

2 febbraio 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

CORRIERE DELLA SERA

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02 62821
Roma, Via Campania 59 C - Tel. 06 688281

DEL LUNEDÌ

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

Milano-Cortina 2026

Mattarella: un'avventura
Italia al centro del mondodi Francesco Battistini
e Monica Guerzoni da pagina 14 a 17

Domani tocca al Milan

Inter salda in testa
Vince anche la Juvecronaca, pagelle e commenti
alle pagine 38, 39 e 41

Madenantiquaria

XXXIX Mostra di Alto Antiquariato

7 - 15 febbraio 2026
Modena Fiere

Troppe in fuga

STARTUP
LA UE CAMBIA
LE REGOLE

di Francesco Giavazzi

Diverse centinaia di nuove aziende nate in Europa, e frutto dell'idea di un giovane imprenditore europeo, a un certo punto decidono di trasferirsi negli Stati Uniti. Una stima della Commissione europea (Issn 1831-9424) suggerisce che, su un campione di circa 11.000 startup europee finanziate da venture capital, circa il 6% si è trasferito all'estero e di queste la stragrande maggioranza (circa l'85%) si è spostata negli Stati Uniti. Ciò significa che circa 600 startup si sono trasferite, la maggior parte delle quali negli Stati Uniti.

Un esempio è ToolsGroup, un'azienda nata trent'anni fa tra Milano e Barcellona dall'idea di un fisico israeliano e un ingegnere genovese, che introdussero l'uso di modelli probabilistici, e in seguito dell'intelligenza artificiale, nella gestione delle catene di fornitura delle imprese. Vent'anni fa l'azienda decise di spostarsi a Boston. Aveva bisogno di continuare a crescere, ma in Europa questo non era più possibile. Non perché il mercato fosse troppo piccolo: nell'Ue ci sono 450 milioni di consumatori, 100 milioni più che negli Stati Uniti, ma perché il mercato europeo è troppo frammentato. Aprire una succursale in un altro Paese europeo comporta costi fissi (registrazione dell'azienda, assistenza amministrativa, notaio, commercialista, consulenti tributari e del lavoro, tutte funzioni specifiche al Paese in cui vai) che un'azienda in crescita, ma ancora piccola, non riesce a sopportare.

continua a pagina 30

Fermato uno degli aggressori: ha 22 anni. La Lega rilancia la cauzione per i cortei. Schlein sente la premier

Sicurezza, stretta dopo Torino

Meloni visita i poliziotti feriti: «È tentato omicidio». Oggi vertice di governo

Sta meglio il poliziotto accerchiato e picchiato, anche con il martello, a Torino. Le indagini hanno permesso di riconoscere uno dei responsabili, arrestato un 22enne di Grosseto. La visita di Meloni agli agenti feriti: «È tentato omicidio». Oggi il vertice di governo sulla Sicurezza.

da pagina 2 a pagina 5

Canettieri, Giulini, Gressi
Logroscino

di Antonio Polito

a pagina 30

GIANNELLI



L'INTERVISTA / IL SINDACO LO RUSSO

«I nostri alleati
in quella piazza?
Basta ambiguità»

di Carmine Festa

a pagina 5

IL DOSSIER / I GRUPPI VIOLENTI

Antagonisti, il fine
è solo lo scontro
Ora ci sarà il Ponte

di Giovanni Bianconi

alle pagine 4 e 5

È GRAVISSIMO

Conflitto a fuoco
a Rogoredo:
agenti colpiscono
un rapinatore

di Cesare Giuszi



Ha rapinato l'arma a una guardia giurata a Rogoredo e alla vista della polizia che gli intimava di fermarsi, Liu Wenham, 30 anni, cinese, ha sparato per tre volte. Gli agenti hanno risposto al fuoco e lo hanno fermato. Colpito alla testa, è grave. In Centrale aveva già aggredito una guardia.

a pagina 6

Australia Battuto Djokovic, è il più giovane a vincere i 4 Slam



Alcaraz il fenomeno:
a 22 anni già nella Storia

di Gala Piccardi

Lo spagnolo Carlos Alcaraz vince in quattro set gli Australian Open, l'ultimo torneo Slam che gli mancava, ed entra nella Storia. A 22 anni è il più giovane di sempre a completare il «Career Grand Slam». a pagina 43

Guerra Zelensky: dodicimila bombe a gennaio
Drone russo su un bus,
strage in Ucraina:
«Uccisi 12 minatori»

DATAROOM
Le liste d'attesa:
tempi e business

di Milena Gabanelli
e Simona Ravizza

Liste d'attesa infinite per una visita, un circolo vizioso per fare soldi. I report interni alla struttura sanitaria svelano il business a danno dei pazienti: un sistema che vale (e costa alle nostre tasche) ben dieci miliardi di euro. Nel pubblico attività privata fino al 90%. Ecco il caso di due eccellenze, come il Rizzoli di Bologna e l'Humanitas di Milano.

a pagina 24

di Lorenzo Cremonesi



Colpito dai russi nel Dnipro, un bus di minatori che tornavano dal lavoro, 12 morti.

a pagina 9

DOPO IL VENEZUELA

Trentini racconta
la sua prigionia

di Alessandra Arachi

a pagina 25

ULTIMO BANCO
di Alessandro D'Avenia

Nelle prime settimane dell'anno si è diffusa la trovata social di postare le proprie foto di dieci anni fa, quelle del 2016. Sono andato a vedere le mie, non per postarle, ma per giocare con il tempo. Il 2016 era lì, in una galleria che raccontava un anno, senza le parti noiose o superflue, perché fotografiamo ciò che deve venire alla luce (la fotografia è proprio questo: scrivere con la luce grazie a una camera oscura). Il 2016 non era nostalgicamente perduto nella memoria (del telefono) ma era il sogno del 2026. Noi non passiamo, ma diventiamo ciò che vogliamo venga alla luce dalla camera oscura del cuore: il 2016 non è «passato prossimo» ma «passato promosso», divenuto carne nel 2026, la continuità dell'io è che cosa e quanto amiamo. Por-

Salvare foto



tiamo oltre il gioco: guardiamo le foto di gennaio 2026 e vedremo già il 2036, e non grazie agli oroscopi. Il futuro non è davanti, come siamo convinti nella nostra concezione lineare e progressiva del tempo, che è una convenzione spaziale, in alcune culture infatti il futuro è dietro perché ignoto e davanti c'è il passato perché ancora visibile. Il futuro è dentro: dimmi che cosa hai «in memoria» (a cuore) e ti dirò chi sarai. Il 2036 fiorirà (nel bene o nel male) dal 2026. Il presente è «futuro anteriore», tempo «salvato» come «salvate» sono le foto: da cosa? Dalla morte: «immortaliamo» ciò che speriamo essere «immortale». E che cosa c'è di «eterno» nelle «distananze» del 2026, tanto da vedere già il 2036?

continua a pagina 26

PER SENTIRSI MENO IN ANSIA
E PIÙ LEGGERI.

Laila farmaco di origine
vegetale per il sollievo
dei sintomi dell'ansia lieve
a base di olio essenziale di
Lavandula angustifolia Miller.

LAILA è un medicinale di origine vegetale a base di Olio Essenziale di Lavanda.
Leggere attentamente il foglio illustrativo. Autenticazione del 16/05/2025.

AL NEGRONE

L'ECONOMIA
La Fed di The Donald alla prova dei tassi

TOMMASO NANNICINI - PAGINA 23

E l'Italia ha smarrito la via della crescita

VERONICA DEROMANIS - PAGINA 29

LE CRONACHE
Ale uccisa a quattro anni da chi doveva salvarla

CATERINA SOFFICI - PAGINA 18

1.90€ II ANNO 160 II N.32 II IN ITALIA (PREZZI PROMOZIONALI ED ESTERO IN ULTIMA) II SPEDIZIONE ABB. POSTALE II DL.353/03 (CONV. IN L. 27/02/04) II ART. 1 COMMA 1, DGB - TO II WWW.LASTAMPA.IT



LA STAMPA

LUNEDÌ 2 FEBBRAIO 2026

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



GNN

TRE ARRESTI, SI INDAGA PER DEVASTAZIONE. SCHLEIN SENTE MELONI. L'ORUSSO SUGLI ALLEATI DI AVS IN CORTEO: "NESSUNA AMBIGUITÀ"

"A Torino matrice eversiva"

Parla Piantadosi: "In azione potenziali terroristi". C'è la stretta: super-Daspo e fermo preventivo

IL COMMENTO

Ma adesso tutti isolino i violenti

GIANNI ARMAND-PILON

Quando una ferita viene incisa nella carne viva di un'intera comunità, le parole di una politica persa a distribuire colpe, rinfacciarsi errori e rivolgersi accuse reciproche hanno un suono stonato.

BAROSIO, CASELLI - PAGINE 4, 5 E 29

IL RETROSCENA

Quella guerriglia pianificata via chat

LEGATO, STAMIN

La guerriglia di Torino è stata studiata prima via chat. Su Telegram, nelle ore precedenti alla manifestazione, gli antagonisti avevano diffuso il «manuale del corteo»: 16 pagine in cui si consigliava il «Malloox» o l'«aceto» e il succo puro di limone per contrastare l'effetto dei lacrimogeni e di «staccare la batteria» del cellulare per impedire «alle guardie di ascoltare le nostre conversazioni». Il bilancio è un centinaio di agenti feriti. CARRATELLI, RICCI, SCHIANCHI, ZANCAN - PAGINE 4-7

L'INTERVENTO

Sprofondando nelle rabbie mobili

ALESSANDRO BERGONZONI

Veder fare, non poter stare, guardar morire, ingiunocchiare. Ascoltar dire, inorridire, guardar sparire. Esser colpiti dal veder colpire, sentire il bisogno di maledire e di benedire, pregare di non trucidare o sol pregare o meditare. Di fronte a guardie giurate, guardie spregiudicate, scongiurate, di non uccidere torturare. - PAGINA 29

CAPURSO, FAMÀ, LOMBARDI - PAGINE 2 E 3



IL DIBATTITO SULLA BORGHESIA

Ricolfi: l'area grigia esiste dagli Anni 70

FRANCO GIUBILEI

La procuratrice generale Lucia Musti indica un'«area grigia» che giustifica i violenti. Secondo Luca Ricolfi «non è una novità, l'area grigia c'è sempre stata, almeno dai primi Anni 70. E non è solo un fenomeno torinese». - PAGINA 9

Odifreddi: io sto con chi va in piazza

GIULIARICCI

«Un conto è la manifestazione pacifica di migliaia di persone, un altro sono le frange violente e ristrette» dice Piergiorgio Odifreddi. «Ma io sono felice di vedere i giovani protestare, cercare di farsi sentire». - PAGINA 9

IL BIMBO DI 5 ANNI ARRESTATO DALL'ICE RILASCIATO CON IL PADRE. L'ABBRACCIO, I SORRISI, I PUPAZZI

Liam torna a casa

SIMONA SIRI - PAGINE 4 E 5



Se finisce la vergogna

MAURIZIO MAGGIANI - PAGINA 13

Liam Conejo Ramos, il bambino ecuadoriano di cinque anni arrestato dall'ice, è tornato a casa: eccolo con la mamma

I CONFLITTI

Raid in Ucraina: strage di minatori. Il Papa invoca la tregua olimpica

PEROSINO, PIGNI



Nuova tragedia nella guerra in Ucraina, stavolta una strage di minatori. Intanto Papa Leone XIV invoca la tregua olimpica. - PAGINE 10 E 11

L'ANALISI

Così l'Occidente dimentica il Diritto

MASSIMO CACCIARI

Sta nella natura umana compiere operazioni intelligenti in modo inconscio e operazioni idiote in modo consapevole. Pare che l'«alleanza occidentale» si stia specializzando in questo secondo genere. L'aver condotto guerre che dovevano esportare democrazie e hanno sostituito regimi effimeri con altri ancora peggio, il non essere riusciti né a prevenire né poi a risolvere conflitti strazianti non ha insegnato nulla. - PAGINA 11

IL MEDIO ORIENTE

Non possiamo tradire i curdi

BERNARD-HENRI LÉVY

Il popolo curdo è un grande popolo diviso in quattro entità, a loro volta rinchiusi in quattro Stati diversi: Turchia, Iran, Iraq, Siria. I curdi di cui si sta parlando (non abbastanza) in questi giorni sono i curdi siriani. Se ne parla perché vengono attaccati, fatti a pezzi, umiliati. - PAGINA 28

IL CALCIO

Bremer, McKennie, David la Juve è uno spettacolo

BALICE, BARILLÀ, RIVA

Come volevasi dimostrare: il 4-1 di Parma sembra fatto apposta per certificare che c'è una Juventus A e c'è una Juventus... un po' meno A. Il confronto con la sfida di Monaco è emblematico. Là in Costa Azzurra era finita (ammesso che fosse iniziata) con un pareggio senza gol. - PAGINE 34 E 35



LO SPECIALE DI 24 PAGINE

I segreti di Milano-Cortina guida ai Giochi delle stelle

PAOLO BRUSORIO



Losanna, 24 giugno 2019: l'Italia si aggiudica i Giochi Olimpici invernali 2026. Sembra un secolo fa e non è questione solo del calendario. Da allora abbiamo fatto i conti con il Covid e iniziato a farli con due guerre. In questo contesto venerdì si aprono i Giochi di Milano Cortina. - NELL'INSERTO

L'ITALIA DEI PRIMI ITALIANI
RITRATTO DI UNA NAZIONE APPENA NATA

CASTELLO DI NOVARA
1 NOVEMBRE 2025 - 6 APRILE 2026

WWW.METSARTE.IT



Le liste d'attesa: tempi e business

di **Milena Gabanelli**
e **Simona Ravizza**

Liste d'attesa infinite per una visita, un circolo vizioso per fare soldi. I report interni alla strutture sanitarie svelano il business a danno dei pazienti: un sistema che vale (e costa alle nostre tasche) ben dieci miliardi di euro. Nel pubblico attività privata fino al 90 %. Ecco il caso di due eccellenze, come il Rizzoli di Bologna e l'Humanitas di Milano.

a pagina 24

DATAROOM

Liste d'attesa senza fine La macchina da soldi

I REPORT INTERNI CHE SVELANO IL BUSINESS A DANNO DEI PAZIENTI

VALE 10 MILIARDI. NEL PUBBLICO ATTIVITÀ PRIVATA FINO AL 90%

I CASI DI 2 ECCELLENZE: RIZZOLI DI BOLOGNA E HUMANITAS DI MILANO

di **Milena Gabanelli** e **Simona Ravizza**

La storia che ci viene raccontata è sempre la stessa: siamo costretti a pagare di tasca nostra 10 miliardi di euro l'anno perché le liste d'attesa sono troppo lunghe. E infatti una visita su 2 e un esame diagnostico su 3 sono a carico dei cittadini. Quello che nessuno ci spiega è il motivo per cui queste liste d'attesa non si riducono mai e quali interessi economici contribuiscono ad almentarle.

La legge e la realtà

Per legge, la libera professione intramoenia — cioè l'attività privata svolta dai medici dentro o per conto dell'ospedale pubblico — non può superare l'attività istituzionale garantita dal Servizio sanitario nazionale.

L'obiettivo è chiaro: le liste d'attesa vanno tenute sotto controllo. Accade esattamente il contrario. I dati del ministero della Salute dimostrano la percentuale di attività in libera professione svolta in tutti gli ospedali pubblici. Vediamo con esempi estratti da documenti riservati cosa succede tra gennaio e settembre 2025 per gli esami diagnostici. Cardarelli di Napoli, colonscopia: al 98% in libera professione. Ospedale Besta di Milano: ecografia osteoarticolare al 90%. Istituti fisioterapici ospitalieri di Roma, risonanza



magnetica: 85%. Sulle visite mediche abbiamo i dati aggiornati a tutto il 2025. Azienda ospedaliera universitaria di Padova prima visita cardiologica 84%. Azienda Usl Toscana Sud-Est prima visita ginecologica 70%. Ospedale Policlinico San Martino di Genova prima visita neurologica 66%. Su *Corriere.it* la lista completa.

Il circolo vizioso

Questo accade perché ci sono storture di sistema che creano un circolo vizioso che agisce su due livelli. Primo livello. Il Servizio sanitario nazionale non riesce a soddisfare il bisogno di cure, pertanto le liste d'attesa si allungano. A quel punto la domanda viene catturata a pagamento dagli stessi medici pubblici, che fanno libera professione ovunque: dentro l'ospedale, negli studi privati, perfino fuori Regione. Il paziente paga la visita o l'esame diagnostico in libera professione. Se poi serve l'intervento chirurgico, si rientra nel Servizio sanitario nazionale; ma non è una novità che il canale privilegiato aperto con la visita privata consenta spesso di saltare la fila. E questo aumenta l'intasamento dell'ospedale pubblico.

Secondo livello. Gli ospedali privati accreditati ricevono metà dei loro ricavi dal Servizio sanitario nazionale, però orientano pesantemente la loro attività verso le prestazioni più redditizie e a pagamento. E per ampliare il business privato arrivano a utilizzare in libera professione gli stessi medici del Servizio sanitario nazionale. Per rendere più chiaro il circolo vizioso prendiamo due esempi: quello di un ospedale pubblico, e quello di un privato accreditato, entrambi d'eccellenza.

Il caso del Rizzoli di Bologna

L'ospedale Rizzoli è ai vertici mondiali per l'ortopedia: primo in Italia, quarto in Europa, undicesimo nel mondo. Ha 374 posti letto, oltre 150 mila pazienti e 20 mila ricoveri l'anno. Sul suo sito si legge: «Libera professione: medici del Rizzoli nella tua regione». Tradotto: 3 primari e 19 équipe (con specialisti che ruotano a turno) vanno a fare visite a pagamento in libera professione in 77 ambulatori privati di 57 città di mezza Italia. Chi poi deve essere operato tende a fare l'intervento a Bologna, anche se non è di particolare complessità. Tra gennaio 2024 e agosto 2025, su 27.613 ricoveri in ortopedia e traumatologia, 14.795 pazienti arrivano dall'Emilia-Romagna (54%) e 12.818 dal resto d'Italia (46%).

Quel 46% rispetta i criteri con cui vengono programmati e finanziati i posti letto ospedalieri nelle regioni? Il decreto ministeriale 70 del 2015, che definisce gli standard dell'assistenza ospedaliera, stabilisce siano attribuiti su base regionale 3 posti letto per acuti ogni mille abitanti, tenendo conto della mobilità interregionale solo come fattore marginale. Il presupposto è che il bacino

principale di riferimento resti quello dei residenti e che i flussi da fuori regione abbiano dimensioni fisiologiche. Quando, invece, quasi un ricovero su due riguarda pazienti extra regionali, come accade al Rizzoli, salta

il meccanismo su cui quei 374 posti letto sono stati assegnati. Va, però, detto che il Rizzoli è un Irccs, e in virtù dell'alta specialità attrae molti pazienti da fuori Regione, pertanto questi parametri sono meno stringenti. Ma se poi i medici del Rizzoli vanno anche a cercarsi capillarmente i pazienti in tutta Italia, e non per interventi di alta complessità, l'intasamento diventa inevitabile. Il risultato per i cittadini della Regione è questo: tra gennaio 2024 e agosto 2025, oltre la metà dei 2.482 interventi di anca e dei 1.743 di ginocchio sfiora i tempi previsti. Per gli interventi da eseguire entro 180 giorni, le attese arrivano a oltre un anno per la sostituzione d'anca (con punte a 490 giorni) e a un anno e mezzo per il ginocchio. Il 7 novembre 2025 il governatore Michele de Pascale denuncia a *24 Mattino*: «Il nostro problema principale è l'enorme pressione di persone che si vengono a curare qui da fuori Regione. Il sistema si sta intasando, e non riusciamo più a soddisfare i nostri cittadini».

Il caso di Humanitas a Milano

Il gruppo dell'imprenditore Gianfelice Rocca è ai vertici della Sanità privata della Lombardia, secondo per fatturato solo al Gruppo San Donato della famiglia Rotelli. Il suo gioiello è l'ospedale Humanitas a Rozzano (Milano), con 759 posti letto, 2,3 milioni di visite e 45 mila ricoveri l'anno. Il fatturato complessivo 2024 è di 627 milioni di euro, con un aumento di 35,7 milioni rispetto al 2023: 303,5 milioni provengono dall'attività per il Servizio sanitario nazionale (+4,9 milioni), 208,3 milioni dall'attività privata (+15,5 milioni). La parte privata cresce tre volte più di quella pubblica. Il 26 giugno 2025 Humanitas compra dalla famiglia Cremascoli una partecipazione al 47,5% nella società Columbus Clinic Center S.r.l. Da fine giugno, su 8 membri del consiglio di amministrazione, 5 sono indicati da Rocca, compreso l'amministratore delegato Alex Carini. La Columbus è una clinica interamente privata, senza nessuna convenzione con il Servizio sanitario nazionale. Sul sito di Humanitas c'è il rimando diretto per prenotare alla Columbus. Chi ci lavora? Almeno 137 medici dei più importanti ospedali pubblici di Milano. Lo possono fare perché la legge prevede: «In caso di carenza o inidoneità degli spazi aziendali, le aziende sanitarie possono acquisire, anche mediante convenzioni, spazi ambulatoriali esterni».

L'attività a pagamento fuori dall'ospedale pubblico dovrebbe però essere un'eccezione, qui invece diventa d'ordinaria amministrazione e finanzia il business di una clinica privata.



La commistione pubblico-privato

Per legge quando i tempi di attesa indicati sulla ricetta con le «classi di priorità» (Urgente, Breve, Programmata, Differita) non possono essere rispettati dal Servizio sanitario nazionale ci sono due opzioni. La prima è che il direttore generale dell'ospedale si rivolga ai suoi medici che fanno attività a pagamento dentro l'ospedale in modo che la riducano a vantaggio del Sistema sanitario nazionale. La seconda opzione la deve esercitare la Regione, ed è quella di farsi aiutare dai privati accreditati. Ma, alla luce di questo scenario, chi davvero può rispettare la legge? E tantomeno viene pubblicizzato il fatto che in caso di mancato rispetto dei tempi di attesa il cittadino ha il diritto di utilizzare la libe-

ra professione dentro l'ospedale e pagare solo il ticket.

Diciamolo, allora, senza ipocrisie: le liste d'attesa sono un serbatoio enormemente redditizio, e abbatterle non conviene a nessuno. E i pazienti o pagano o non si curano.

Dataroom@corriere.it

% dell'attività a pagamento negli ospedali pubblici Alcuni esempi



Prenotazioni gen-set 2025	in libera professione		Prenotazioni 2025	Prima visita	in libera professione	Prenotazioni 2025	Prima visita	in libera professione
Ospedale Cardarelli di Napoli	Colonscopia	98%	Ospedale univ. di Padova	Cardiologica	84%	Ospedale S. Croce e Carle	Ginecologica	64%
Ospedale Besta di Milano	Ecografia osteoarticolare	90%	Istituto Ortopedico Rizzoli	Ortopedica	81%	Ospedale Besta di Milano	Neurologica	63%
Istituti fisioterapici ospitalieri di Roma	Risonanza magnetica	85%	Ospedale univ. delle Marche	Cardiologica	77%	Irccs ospedale Policlinico S. Martino	Cardiologica	63%
			Trento	Cardiologica	75%	Ospedale universitario Careggi	Ginecologica	63%
			Az. Usl Toscana Sud-Est	Ginecologica	70%	Trento	Ginecologica	61%
			Az. Ulss n. 3 Serenissima	Cardiologica	69%	Ospedale univ. di Verona	Neurologica	61%
			Irccs osp. Policlinico S. Martino	Neurologica	66%	Fondazione Irccs S. Gerardo di Monza	Ginecologica	61%
			Ospedale Cardarelli di Napoli	Urologica	65%	Ospedale Cardarelli di Napoli	Ortopedica	60%
			Ospedale univ. di Ferrara	Oculistica	65%	Asst Papa Giovanni XXIII	Urologica	60%

Fonte: ministero della Salute

Fonte: ministero della Salute

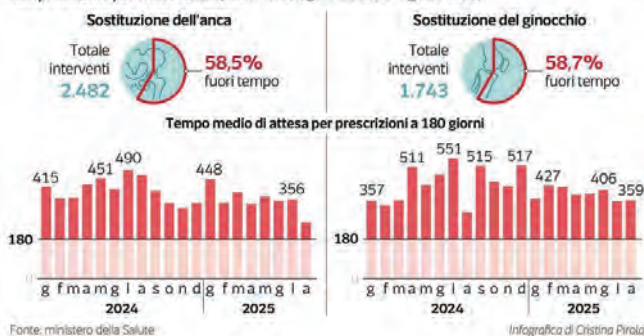
Gli ambulatori dove visitano i medici del Rizzoli di Bologna



Ricoveri ospedale Rizzoli ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA (gennaio 2024 - agosto 2025)



Tempi di attesa per i ricoveri (Ospedale Rizzoli, gennaio 2024 - agosto 2025)



Proprietà della clinica Columbus di Milano



Sanità: subito gli aumenti ai medici, slitta la riforma sull'accreditamento

Milleproroghe

Gli emendamenti segnalati dalla maggioranza in commissione alla Camera

Marzio Bartoloni

Per la Sanità non c'è solo la proroga della possibilità per i medici di restare volontariamente fino a 72 anni grazie a un emendamento depositato dal Governo. Tra le modifiche segnalate dalla maggioranza all'esame delle commissioni Affari costituzionali e Bilancio della Camera ce ne sono almeno due che potrebbe avere un certo impatto, entrambe a firma di Annarita Patriarca (Forza Italia). La prima fa scattare immediatamente nelle buste paga dei medici gli aumenti delle indennità di specificità previste dalle manovre di quest'anno e dell'anno precedente, senza dover aspettare il riconoscimento attraverso il rinnovo contrattuale: se dovesse essere approvato l'emendamento i camici bianchi si vedrebbero subito 150-160 euro netti di stipendio in più al mese. «È una misura che ci aspettavamo già in manovra ed è stato uno schiaffo non vederla visto che i soldi già ci sono», spiega

Pierino Di Silverio segretario Anaao (i medici ospedalieri).

Tra gli altri emendamenti segnalati sulla Sanità - sempre a firma di Patriarca (Fi) - c'è un nuovo slittamento della riforma dell'accreditamento dei soggetti privati

al 31 dicembre 2027 (ora era prevista a fine anno); avrà dunque ancora più tempo il tavolo tra ministero della Salute, Regioni e associazioni di categoria che dovrà lavorare a questo delicato riassetto.

Tra gli emendamenti segnalati dai gruppi di maggioranza restano in piedi quelli relativi alle concessioni demaniali marittime e alle concessioni per il commercio su aree pubbliche (ambulant).

Nel primo caso, la proposta di Forza Italia (a prima firma Bergamini) punta a sospendere la disciplina delle gare, non però in riferimento a tutti gli stabilimenti bal-

neari ma alle spiagge ma alle sole «attività turistico-ricreative e sportive asservite alle strutture turistico ricettive», cioè alle strut-

ture collegate ad hotel, campeggi eccetera. La sospensione dovrebbe durare fino al dodicesimo mese successivo all'applicazione degli esiti delle procedure di infrazione aperte in questo ambito dalla Commissione Ue nei confronti di Grecia e Spagna.

Un emendamento della Lega (Comaroli) propone invece di prorogare dal 31 dicembre 2025 al 31 dicembre 2032 la validità delle concessioni per gli ambulant che non siano già state interessate dai procedimenti di rinnovo previsti dal Dl rilancio del 2020.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Forza Italia avanti sulle proroghe per strutture balneari collegate ad hotel. Assist Lega per gli ambulant



UNA RIFORMA CON POCHE SOLUZIONI

Sanità Un'occasione mancata. Approvata la legge delega: ci sono buone intenzioni ma non c'è un riordino complessivo del servizio

di **Sergio Harari**

P

ochi giorni fa è stato approvato il disegno di legge che delega il governo a riformare l'organizzazione del nostro Servizio sanitario nazionale entro il 2026 e disegna il perimetro entro il quale si dovrà muovere. La buona notizia è che finalmente la sanità torna nei pensieri della politica ma oltre a questa ce ne sono ben poche altre.

Viene proposta l'istituzione di ospedali di terzo livello (di eccellenza nazionale, anche per privati non profit) e ospedali elettivi senza Pronto soccorso collegati alla rete di emergenza. Sembra un ritorno al passato, promuovere oggi nuove strutture prive di Pronto soccorso rischia di far ricadere la parte meno «nobile» dell'assistenza sulle altre, oltre a frammentare il percorso assistenziale.

Un esempio può rendere meglio l'idea: un malato è seguito per un problema oncologico in un ospedale di terzo livello nazionale ma ha una complicanza da chemioterapia, la struttura non ha Pronto soccorso, così verrà ricoverato (sempreché la rete di emergenza funzioni) in un altro ospedale che nulla conosce della sua storia clinica e che dovrà gestire il problema acuto per poi riaffidarlo all'ospedale che lo seguiva in precedenza. Intanto le sue condizioni cliniche possono però essere cambiate. Non funziona, non può funzionare e per questo oggi si punta ad avere strutture specialistiche nel contesto di ospedali generali. Inoltre si rischia una selezione della casistica, in altre parole l'ospedale senza Pronto soccorso sceglie i malati «più interessanti» e lascia agli al-

tri quelli più gravi o meno redditizi (monetariamente o scientificamente).

Un altro degli obiettivi è quello di ridurre la mobilità tra regioni, problema particolarmente sentito nel Sud Italia, però non è ponendo barriere che si frenano i cosiddetti viaggi della speranza ma migliorando l'offerta sanitaria

localmente, facendo funzionare servizi e ospedali e garantendo standard di qualità. Peraltro non sempre la mobilità è un dato negativo, concentrare le esperienze in alcuni contesti medici è vantaggioso, per esempio per particolari interventi chirurgici o quando si necessita di tecnologie avanzate o nel caso delle malattie rare, è ridicolo avere 10 centri che seguono ciascuno 10 malati, meglio averne uno o due che ne seguono 50 o 100. Il controsenso è poi che nello stesso testo di legge tra i criteri di valutazione per il riconoscimento di ospedale di terzo livello viene considerata la percentuale di pazienti fuori regione.

Il vero punto che si sarebbe dovuto affrontare, se davvero si fosse voluto discutere del riordino della rete ospedaliera, sarebbe stato la chiusura dei piccoli ospedali e di quelli con volumi di attività così piccoli da essere pericolosi, ma non c'è neanche un cenno su questo, anzi Dio ci scampi dal dovere discutere argomenti ostici e potenzialmente impopolari.

Si prevede poi il riordino della disciplina dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta ma non si dice come, se facendoli dipendere dal Ssn o meno. E l'elenco delle enunciazioni generiche sarebbe molto lungo.

Si cita il riordino della rete territoriale e si accenna al suo collegamento con l'ospedale ma anche qui sembrano più enunciazioni di buone intenzioni che contenuti concreti.

Complessivamente il disegno di legge delega sembra un contenitore vuoto e anche fuorviante, oltre che senza neanche un euro di finanziamenti proprio quando la Corte dei Conti certifica l'aumento della spesa sanitaria pubblica del 5% nel 2024 per un totale di 137,5 miliardi (erano 130,9 nel 2023), alla quale poi sommare gli oltre 41 miliardi di privata out of pocket. Mi sbaglierò ma credo non se ne farà nulla, d'altra parte le vie dell'inferno, come anche quelle di Roma, sono lastricate di buone intenzioni.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Boom dei consumi intermedi in Sanità Svelato il costo del lavoro precario

La Corte dei Conti certifica una crescita del 7,5%
L'aumento per pagare gettonisti, coop ed esternalizzazioni

di GIULIO CAVALLI

C'è un numero che pesa più di molte dichiarazioni politiche. È scritto nero su bianco nella Relazione al Parlamento sul Servizio sanitario nazionale approvata il 19 gennaio dalla Corte dei conti. Nel triennio 2022-2024 la voce di spesa cresciuta più di tutte è quella dei "consumi intermedi", con un aumento del 7,5 per cento. Nello stesso periodo, complice l'inflazione e il finanziamento fermo del Fondo sanitario deciso dal governo Meloni, la spesa sanitaria complessiva è cresciuta di circa l'1 per cento in termini reali. La distanza tra questi due dati racconta una scelta strutturale, con ricadute immediate su bilanci e corsie.

DENTRO I CONSUMI INTERMEDI

I consumi intermedi dovrebbero indicare farmaci, dispositivi, servizi. Oggi raccontano altro. In quella voce finiscono i contratti esternalizzati che tengono in piedi reparti e turni: cooperative che forniscono infermiere e infermieri, professionisti a partita Iva, medici a gettone. Personale che svolge le stesse mansioni dei dipendenti del Ssn, con salari più bassi e tutele ridotte, pagato però molto di più dalle aziende sanitarie. Un paradosso certificato dai magistrati contabili e ricostruito anche da *Collettiva*: si risparmia sugli organici stabili e si spende di più comprando lavoro sul mercato. Qui entra il tema che la Corte mette al centro: la leggibilità dei conti. Quando ore di lavoro diventano "servizi acquistati", lo stipendio si trasforma in fattura e il costo cambia for-

ma prima ancora che sostanza. La spesa di personale scivola dentro un capitolo pensato per beni e servizi, rendendo più complicato misurare quanto vale davvero l'esternalizzazione, confrontare aziende, valutare scelte e responsabilità. La Corte

richiama l'esigenza di chiarire presupposti giuridici ed economici di queste operazioni e di indicare con precisione le voci di conto economico in cui vengono registrate: trasparenza contabile come condizione minima di governo della spesa.

IL RITORNO

Il fenomeno era stato indicato come emergenziale. Il ministro della Salute **Orazio Schillaci** aveva annunciato l'uscita dei gettonisti da ospedali e ambulatori. Intanto la Corte osserva che, dopo una breve flessione, nel 2024 la dinamica dei consumi intermedi torna a salire. La ragione è nota: tetti di spesa sul personale ancora operativi, concorsi lenti, dimissioni in aumento. Il risultato è un sistema che affitta turni per garantire i Lea e sposta costi di natura salariale in capitoli di bilancio meno trasparenti.

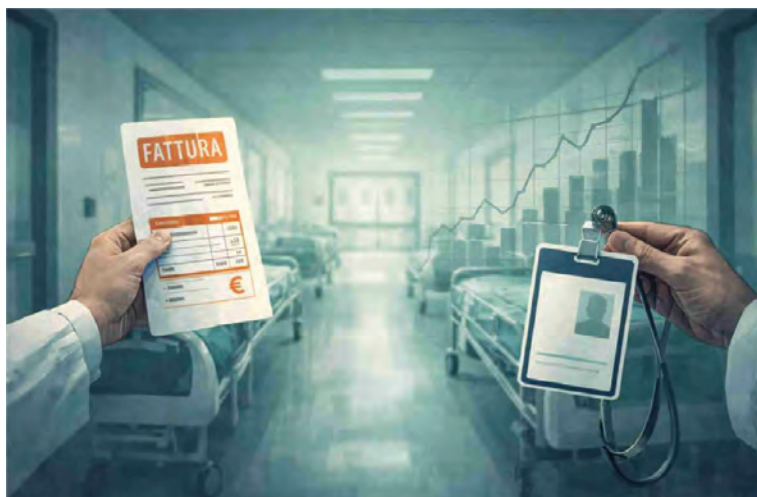
IL COSTO DEL LAVORO COMPRATO

La distorsione ha un impatto diretto sui conti e sulla qualità dei servizi. Un medico a gettone può costare all'azienda sanitaria il doppio o il triplo di un dipendente, senza continuità organizzativa e senza investimento sul capitale umano. La Corte invita a seguire il fenomeno "con particolare attenzione" perché intreccia due rischi immediati: l'aumento

strutturale della spesa e la fragilità dell'assistenza. Dove il ricorso alle esternalizzazioni è più alto, la carenza di personale è più grave. E la continuità clinica diventa un problema operativo: turni coperti "a chiamata", reparti in cui chi entra resta il tempo di una guardia, procedure e protocolli imparati al volo, passaggi di consegne compressi. La lettura sindacale coincide con quella dei magistrati. Per **Michele Vannini**, segretario nazionale della Fp Cgil, il gettonismo è diventato una risposta ordinaria a vuoti di programmazione. Gli ultimi rinnovi contrattuali hanno recuperato solo una parte dell'inflazione accumulata. Chi può lascia il pubblico e spesso rientra dalla porta laterale, come esterno, alimentando un circuito che drena risorse. Ogni euro speso per comprare turni è un euro sottratto a organici stabili, formazione, continuità di cura. Il dato del +7,5 per cento pesa perché descrive una sanità che tiene aperti i reparti pagando di più il lavoro e svalutando chi resta. Finché il personale dipendente resterà il capitolo da comprimere, i consumi intermedi continueranno a crescere. La Corte dei conti lo registra, la politica lo conosce, il conto arriva ai pazienti e ai bilanci pubblici.

Il paradosso

I soldi sono stati utilizzati per i salari del personale che svolge le stesse funzioni degli interni ma a prezzi più alti



PERCHÉ È NECESSARIO «RIVALORIZZARE» LA MEDICINA INTERNA

È il fulcro della presa in carico dei pazienti complessi, ma oggi affronta criticità strutturali

di **Andrea Montagnani***

Le lunghe attese sulle barelle dei Pronto Soccorso durante i picchi influenzali sono l'ennesima dimostrazione di una realtà critica: i nostri ospedali non sono a misura di anziani. In un Paese con 4,6 milioni di over 80, il numero crescente di pazienti con pluripatologie richiede un ripensamento radicale dell'assistenza sanitaria.

La Medicina Interna è il fulcro della presa in carico di questi pazienti complessi, ma oggi affronta criticità strutturali che ne limitano la capacità di risposta. Ogni anno, i reparti di Medicina Interna italiani gestiscono oltre un milione di ricoveri. Si tratta in gran parte di casi fragili, caratterizzati da comorbidità che richiederebbero un'intensità

clinico-assistenziale elevata.

Purtroppo, a causa di una classificazione normativa ormai datata, le Medicine Interne sono ancora considerate discipline a «bassa intensità di cura». Questo equivoco burocratico si traduce in una carenza di risorse: meno posti letto, meno personale e attrezzature insufficienti rispetto alle necessità reali.

I dati di una recente survey Fadoi, condotta su 216 reparti, parlano chiaro: il 58% delle unità operative è in costante «overbooking», con un tasso di occupazione superiore al 100% e pazienti assistiti fuori reparto o nei corridoi, e l'85% delle strutture denuncia una carenza di personale medico e infermieristico.

Questa congestione ricade direttamente sui Pronto Soccorso. Senza un adeguato turnover dei letti nei reparti internistici, si genera il fenomeno del cosiddetto *boarding*: il sovraffollamento di pazienti

complessi che restano bloccati in emergenza in attesa di un posto letto.

Eppure, sempre dati di una indagine Fadoi, ci suggeriscono che circa un terzo dei ricoveri in Medicina Interna potrebbe essere evitato con una migliore assistenza sul territorio, attraverso cure domiciliari attive e strutture intermedie come Case e Ospedali di Comunità. Senza una governance efficace tra questi attori, però, i nuovi modelli rischiano di non essere efficaci e non portare agli effetti desiderati, ovvero la riduzione degli accessi ai Pronto Soccorso.

Il nuovo ddl delega per la riforma del Ssn rappresenta un'occasione storica. Per rispondere ai bisogni reali dei pazienti, è indispensabile che la Medicina Interna venga riclassificata come disciplina a media-alta intensità di cura, potenziando posti letto e organici in base alla reale complessità dei casi. Inoltre an-

drebbe integrata con la sanità territoriale, per garantire una continuità assistenziale che eviti ricoveri impropri e snellisca i flussi nei Pronto Soccorso. Valorizzare la Medicina Interna è una risposta doverosa verso i professionisti e, soprattutto, verso i pazienti anziani, che meritano un'assistenza adeguata alla loro fragilità.

**Presidente Nazionale Fadoi, Federazione medici internisti ospedalieri*

Le lunghe attese in Pronto Soccorso durante i picchi influenzali sono la dimostrazione di una realtà difficile nei nostri ospedali





Servizio L'analisi

Cure essenziali: dentista, mal di testa cronico e psoriasi ancora fuori dal perimetro della sanità pubblica

L'aggiornamento dopo nove anni dei Livelli di assistenza lascia scoperte patologie ad alto impatto per la popolazione mentre l'attuazione a macchia di leopardo nelle Regioni e tariffari "incerti" indeboliscono il diritto all'assistenza: l'analisi di Salutequità

di Redazione Salute

30 gennaio 2026

«L'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza (Lea), arrivato a distanza di nove anni, è un passaggio positivo per il Servizio sanitario nazionale, ma presenta criticità che dovrebbero essere affrontate e superate». Così Tonino Aceti, Presidente di Salutequità, si è espresso durante l'audizione alla Commissione Affari Sociali della Camera sullo "Schema di decreto del Presidente del Consiglio dei ministri recante modifiche e integrazioni al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, in materia di livelli essenziali di assistenza (Lea)".

I punti critici

Aceti rileva anzitutto un problema di trasparenza nel processo di selezione delle prestazioni incluse: dalla relazione tecnica non risultava inizialmente quante proposte fossero pervenute al Ministero. Nel corso dell'audizione è emerso che su 370 proposte di integrazione sottoposte al ministero della Salute quelle approvate sono state pari a 91. Un dato ritenuto essenziale per la qualità del percorso decisionale.

Tra le principali criticità, secondo il presidente di Salutequità, figurano alcune incongruenze normative. La cefalea primaria cronica, riconosciuta come malattia sociale dalla legge 81/2020, non è inserita nei Lea con un codice di esenzione. Analoga situazione per molti pazienti con psoriasi severa a placche, che ancora non possono godere del codice di esenzione 045, e per la dermatite atopica, patologia cronica altamente impattante ancora esclusa dai codici di esenzione.

Sul fronte oncologico, Salutequità giudica positivo l'inserimento dei test diagnostici per l'accesso ai nuovi farmaci, ma segnala un corto circuito strutturale: Aifa approva nuovi farmaci più velocemente di quanto il Ssn aggiorni il rimborso dei test necessari per accedervi, con il rischio di compromettere l'accesso effettivo alle cure.

Perplessità anche sulla previsione di sole dieci sedute di terapia psicoeducazionale per i disturbi alimentari, insufficienti rispetto alla complessità clinica di queste patologie.

Il nodo odontoiatria

«Tra i nodi strutturali - ha proseguito Aceti - emerge con forza il tema dell'odontoiatria, oggi in gran parte fuori dal perimetro del Servizio sanitario nazionale e a carico dei redditi delle famiglie. È necessario avviare una riflessione seria sull'ampliamento dell'offerta pubblica, ricordando che la salute orale è parte integrante del diritto alla salute».

Tariffe in stallo

Preoccupazione anche sull'attuazione concreta dei Lea. «I Lea vigenti e questo nuovo aggiornamento – ha spiegato Aceti – a seguito dell'annullamento del Decreto tariffe da parte del Tar Lazio, rischiano di essere cancellati se non si provvederà alla stesura e all'approvazione entro settembre 2026 di un nuovo Decreto tariffe. Per questo è fondamentale garantire in questo iter un coinvolgimento tempestivo delle Regioni, che secondo quanto emerso non sarebbero ancora pienamente ingaggiate sul testo e sulle coperture finanziarie».

Ulteriore elemento critico sottolineato nell'audizione, riguarda l'impatto finanziario e le coperture dell'aggiornamento Lea, costruiti sulla base di un decreto tariffe poi annullato dal Tar: «Quando le tariffe verranno ridefinite - ha aggiunto il presidente di Salutequità - i costi potrebbero non coincidere più con quelli stimati e riportati nella relazione tecnica del provvedimento, aprendo nuovi margini di contestazione».

«Un'Aifa per i Lea»

Salutequità ha sollecitato anche una riforma del meccanismo di aggiornamento dei Lea, giudicato troppo lento e burocratico, non al passo con i bisogni dei cittadini, le innovazioni tecnologiche, organizzative e professionali del Ssn. La proposta è istituire un'autorità stabile e indipendente, sul modello di Aifa, capace di garantire un aggiornamento continuo sulla base delle migliori e più aggiornate evidenze scientifiche. Anche perché le norme prevedono un aggiornamento annuale dei Lea e lo stanziamento di ingenti risorse, che non possono essere sprecate.

Check insufficienti

Altro scoglio evidenziato è l'applicazione a macchia di leopardo dei Lea e l'inadeguatezza del sistema di monitoraggio: «A fronte di oltre 142 miliardi trasferiti alle Regioni per la sanità – ha sottolineato ancora Aceti - il rispetto dei Lea viene valutato con appena 27 indicatori di performance, ritenuti insufficienti e troppo rigidi».

Infine, il nodo del finanziamento: «Oggi – ha concluso Aceti - mancano sia una metodologia robusta per calcolare il costo reale dei Lea sia una cornice strategica di riferimento. L'ultimo Piano sanitario nazionale risale al 2006, lasciando il sistema privo di una visione di lungo periodo. È indispensabile rivedere anche i criteri di riparto del Fondo sanitario e superare il rimborso a prestazione, puntando invece sul finanziamento dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali e sugli esiti di salute, per garantire una vera presa in carico reale dei pazienti cronici e dei malati rari».

Oblio oncologico. Dal 10 febbraio meno discriminazioni in polizza

Corsa ad adeguare
tutti i documenti
precontrattuali
salvo quelli Rc auto

Federica Pezzatti

Conto alla rovescia per le compagnie e per gli intermediari assicurativi che dovranno adeguare entro il 10 febbraio i documenti precontrattuali (escluse le polizze auto) alle nuove regole introdotte da Ivass relative al cosiddetto oblio oncologico.

Stiamo parlando dell'ultimo miglio necessario per realizzare quello che tutti riconoscono sia "un grande atto di civiltà nella tutela dei diritti delle persone guarite dal cancro" che non dovranno più essere discriminate quando vogliono comprare una copertura assicurativa o sottoscrivere mutui o finanziamenti.

È stato, infatti, pubblicato sulla Gazzetta ufficiale del 26 gennaio 2026, il Provvedimento n. 169 recante modifiche e integrazioni ai Regolamenti Ivass 40/2018 e 41/2018 in materia di diritto

all'oblio oncologico, che dà concreta attuazione alla Legge n. 193 del 7 dicembre 2023. In Italia, grazie a questa legge viene consentito agli ex malati di cancro di non dichiarare la propria pregressa malattia dopo 10 anni dalla fine delle cure (5 per i minori di 21 anni), ma per alcuni tumori a prognosi migliore i tempi sono ridotti a un anno (tiroide, testicolo, seno stadio I-II, colon-retto stadio I) o 5-7 anni (linfoma di Hodgkin, melanoma, utero).

La legge 193/2023 riconosce, infatti, il diritto di chi ha superato una malattia oncologica di non essere discriminato nell'accesso a servizi assicurativi, bancari e finanziari e gli intermediari e le compagnie assicurative dovranno adeguare i Moduli Unici Precontrattuali (Mup) e i Documenti Informativi Precontrattuali (Dip) aggiuntivi inserendo una sezione dedicata al diritto all'oblio oncologico.

Qui si specifica che le persone guarite (nei termini previsti) non sono tenute a fornire informazioni né a subire indagini, visite mediche o accertamenti su patologie oncologiche pregresse. Inoltre le imprese e distributori non possono acquisire tali informazioni sanitarie (divieto di raccolta tramite questionari, visite o altre fonti).

Non possono utilizzare dati già in possesso per determinare premi, franchigie, esclusioni o altre condizioni contrattuali. In caso di rinnovo o nuova stipula, non applicano trattamenti differenziati rispetto alla generalità dei contraenti e se il contraente presenta la certificazione di oblio oncologico (rilasciata secondo i decreti ministeriali del 2024), le imprese devono cancellare entro 30 giorni tutte le informazioni sanitarie pregresse relative alla patologia oncologica.

Le compagnie assicurative sono da tempo allertate ma si attendevano il coinvolgimento delle sole polizze dove le condizioni di salute sono determinanti per la fissazione del premio. «Ci aspettavamo che le obiezioni fatte in pubblica consultazione venissero tenute in considerazione e invece il regolamento Ivass estende a tutti i tipi di polizze questo nuovo obbligo di inserimento dell'oblio oncologico (Vita e danni esclusa l'RcAuto) e non si limita alle polizze più toc-



cate dal tema che attiene la salute (polizze malattia e infortuni Tcm e polizze vita in generale). Dovranno essere rivisti quindi centinaia di Dip e di Mup anche attinenti a coperture che poco hanno a che fare con l'oncologia – spiega Salvatore Iannitti, partner dello studio legale internazionale Norton Rose Fulbright –. Le compagnie e le banche stanno ora facendo una corsa contro il tempo e cominceranno dalla revisione dei documenti precontrattuali delle polizze più interessate per poi estendere l'inserimento alle altre. Un altro aspetto che sta creando un po' di criticità è quello che riguarda il diritto alla cancellazione dei vecchi dati (ossia i dati

che finiscono in oblio) dalla cartella dell'assicurato. Si pone un problema tecnico su come intervenire sulle vecchie informazioni e su come cancellare anche quelle inerenti a vecchi sinistri già pagati e relativi a problemi oncologici». A certificare gratuitamente al paziente l'oblio oncologico saranno medici di strutture sanitarie pubbliche o private accreditate, medici dipendenti del Ssn specializzati ma anche medici di medicina generale. Anche qui si pone il problema di capire da quando iniziano a decorre i dieci anni dalla guarigione.

Le principali compagnie contattate da Plus24 spiegano che, nonostante i

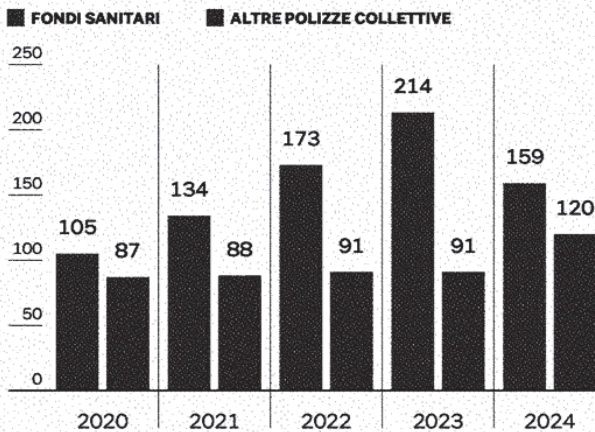
tempistretti, ce la faranno a essere compliant. Ivass comunque ha spiegato che vigilerà sull'applicazione delle nuove regole a vantaggio degli ex malati.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

ASSICURAZIONI SANITARIE. La fotografia in Italia

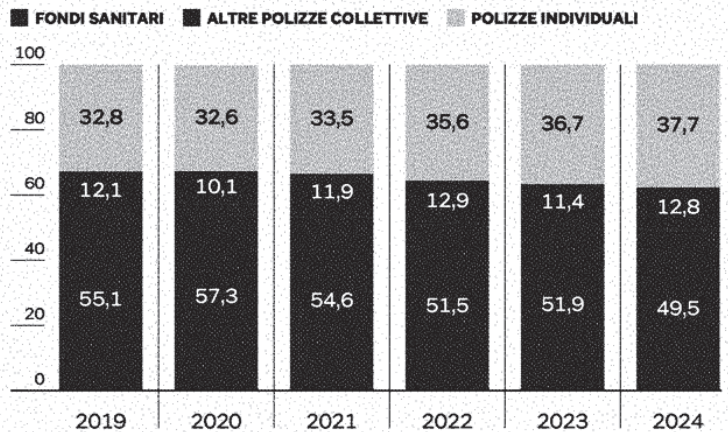
PREZZO MEDIO POLIZZE COLLETTIVE MALATTIA

Dati in euro



RIPARTIZIONE PREMI DIRETTI MALATTIA PER TIPOLOGIA DI POLIZZE*

Dati in milioni di euro



(*) Quote calcolate sui dati della rilevazione polizze collettive, come da lettera al mercato del 9 maggio 2024. Partecipano all'indagine le imprese vigilate con almeno 10 milioni di premi diretti contabilizzati nel ramo malattia nell'esercizio di riferimento. Fonte: Ivass



Il Papa: su pace e aborto resta attuale la voce di Madre Teresa

«Non ci sarà pace senza porre fine alla guerra che l'umanità fa a sé stessa quando scarta chi è debole, quando esclude chi è povero, quando resta indifferente davanti al profugo e all'oppresso. Solo chi ha cura dei più piccoli può fare cose davvero grandi». Così ha detto il Papa nel passaggio centrale del discorso rivolto ieri mattina ai partecipanti al convegno "One Humanity, One Planet". Si tratta di un incontro internazionale di formazione rivolto

soprattutto a giovani amministratori e leader, promosso dalla Ong New Humanity, legata al Movimento dei Focolari, in collaborazione con la Pontificia Commissione per l'America Latina e il sostegno della Fondazione Porticus. «Madre Teresa di Calcutta, santa degli ultimi e premio Nobel per la pace – ha continuato Leone XIV – affermava a riguardo che "il più grande distruttore della pace è l'aborto" (cfr. Discorso al National Prayer Breakfast, 3 febbraio 1994). La sua

voce rimane profetica: nessuna politica può infatti porsi a servizio dei popoli se esclude dalla vita coloro che stanno per venire al mondo, se non soccorre chi è nell'indigenza materiale e spirituale». «Davanti alle molte sfide del presente abbiate dunque coraggio» ha concluso il Papa, «ricordando che non siete soli a cercare la fraternità universale: l'unico Dio ci dona la terra come casa comune per tutti i popoli. Il titolo del vostro convegno, "One Humanity, One Planet", merita perciò

di essere completato con "One God": riconoscendo in Lui il creatore buono, le nostre religioni ci chiamano a contribuire al progresso sociale, ricercando sempre quel bene comune che ha per fondamenta la giustizia e la pace».



L'opera del professore Marco Salvatore con il giornalista Marco Demarco

Se i medici non hanno sempre ragione: il libro-confessione

di **Mario Garofalo**

Che sia un medico a consigliare di prendere con le pinze, «con spirito critico», ciò che dicono i medici può certo stupire. Soprattutto se non si tratta di un medico qualunque, ma di uno dei più noti a Napoli, professore di diagnostica per immagini, ex direttore del istituto dei tumori Pascale, appartenente a una famiglia di camici bianchi ramificati tra università e ricerca.

Marco Salvatore però ha vari motivi per dirlo, e li mette tutti in fila nel libro-confessione (*Immagini e vita: autobiografia affettiva e professionale di un medico napoletano*, Mondadori) scritto a quattro mani con il fondatore del *Corriere del Mezzogiorno* Marco Demarco. Il primo è un'operazione che subi quan-

do era ragazzo per correggere lo strabismo, nella quale il chirurgo sbagliando operò al contrario, allargando e non riducendo l'angolo tra gli assi visivi. Il secondo è il tumore, un «timoma», che scoprì di avere nel 1997. Portò avanti le cure per anni fin quando non decise di smettere visti gli inesorabili peggioramenti. Sono passati altri dieci anni ed è ancora qui a raccontarlo. Come se lo spiega? Con un'illusione ottica dovuta agli strumenti diagnostici sempre più precisi, che rendevano evidenti lesioni che prima c'erano ma non si vedevano, dando la sensazione di un peggioramento che non c'era.

Più in generale, però, Salvatore dà quel consiglio perché pensa che la medicina sia una scienza «tutt'altro che esatta», condizionata com'è dalle incertezze e dalla diversità dei corpi a cui si applica, macchine biologiche uniche, tanto complesse che «neanche l'in-

telligenza artificiale, allo stato attuale, può prevedere tutte le combinazioni che possono innescarsi nei molteplici contesti in cui viviamo».

Non è un invito a curarsi da soli o con la magia, ovviamente, perché il metodo scientifico è necessario: «Senza, restano solo la superstizione, la credenza separata dai fatti o la fede religiosa».

Salvatore, che è ricercatore, scienziato e professore, dialoga con il fratello Franco, biochimico, secondo cui l'invecchiamento non è causato dal tempo che scorre, ma dalle malattie che si verificano nell'organismo: dunque non è un processo immutabile, si potrebbe forse prevenire con diagnosi tempestive: «Ognuno dovrebbe essere tenuto sotto controllo — nel tempo — in modo mirato, per cogliere — in tempo — le variazioni che dovessero manifestarsi nel corso dei monitoraggi. Solo così sarà più facile

fare una diagnosi corretta e tempestiva. E più precoce è la diagnosi, più precocemente si può iniziare a suggerire una cura o uno stile di vita il più adeguato possibile per non far progredire le malattie».

«Ma sarà mai possibile monitorare tutto?», si chiede scettico l'autore del libro. «Sebbene la morte sia sempre riconducibile a un problema tecnico», scrive Marco Salvatore, non si potrà puntare a sconfiggerla. Ma — questo forse sì — a ritardarla per raggiungere «una longevità sana e attiva».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il volume



● «*Immagini e vita: autobiografia affettiva e professionale di un medico napoletano*» (Mondadori), di Marco Salvatore con Marco Demarco



Il potere dei geni

Lo studio di «Science»: la longevità dipende per oltre il 50 per cento da fattori ereditari
Ma lo stile di vita può frenare l'invecchiamento

di **Laura Cuppini**

Da cosa dipende la longevità? Immaginiamo un puzzle di due colori, blu e rosso. I pezzi blu rappresentano l'eredità genetica, quelli rossi l'influenza dell'ambiente, il cosiddetto *esposoma*, cioè l'insieme di elementi esterni (chimici, fisici, psicologici, sociali) che hanno un impatto sul Dna. Uno studio pubblicato giovedì su *Science* dimostra che l'ereditabilità relativa alla durata della vita umana, escludendo i decessi causati da fattori estrinseci come incidenti o infezioni, è di poco superiore al 50%. Dunque le due aree, blu e rossa, hanno circa le stesse dimensioni: geni e scelte quotidiane pesano in ugual misura.

Il lavoro, a firma di ricerca-

tori del Weizmann Institute of Science (Israele), Karolinska Institutet (Svezia), Westlake University (Cina) e Leiden University (Paesi Bassi), mette un punto fermo su un dibattito che appassiona gli scienziati e non solo loro: è la genetica o lo stile di vita a condizionare quanto vivrà? Ricerche precedenti avevano riscontrato un'ereditabilità del 20-25% e alcune suggerivano che fosse soltanto del 6%. Dunque sembrava che il fattore ambientale fosse preponderante nella traiettoria del nostro destino. Invece no, le due parti del puzzle sono uguali, anzi l'«area genetica» è un po' più grande.

Per spiegare come interagiscono geni e ambiente serve introdurre l'epigenetica, ovvero l'analisi di come i fattori esterni riescano a modificare l'espressione dei geni pur senza intaccare la sequenza del Dna, il «codice della vita». E qui si arriva ad argomenti

un po' tecnici. Tra i processi epigenetici più importanti in relazione all'invecchiamento c'è la metilazione del Dna, ovvero un fenomeno per cui un marcatore (o «etichetta chimica») si attacca a parti specifiche del genoma (la totalità del materiale genetico di un organismo) per silenziare alcuni geni. L'insieme di etichette chimiche che intervengono sul Dna si chiama epigenoma. La metilazione è fortemente influenzata dall'ambiente ed è un «orologio biologico»: la sua analisi permette di definire la reale età di una persona, che può non corrispondere a quella anagrafica. Con il passare degli anni la regolazione dei processi epigenetici diventa meno efficiente e di conseguenza si modifica (in peggio) il funzionamento delle cellule, fino a giungere a disfunzioni di organi e dell'intero sistema. È ciò che chiamiamo invecchiamento.

Allo stato attuale delle conoscenze non possiamo invertire questo processo con l'obiettivo di ritornare giovani, ma possiamo rallentarlo. È un super potere che abbiamo e riguarda i nostri comportamenti: mangiare sano (e in quantità adeguata), fare esercizio fisico, dormire bene, evitare il più possibile lo stress e ciò che è dannoso per la salute (fumo, alcol, droghe, smog), ricevere le vaccinazioni indicate per l'età e seguire i programmi di screening. Poi è cruciale ricordarsi che siamo «animali sociali». Si può coltivare un orto per avere prodotti di stagione, ma serve anche coltivare le amicizie. Chi ha vinto la «lotteria genetica», ereditando caratteristiche di longevità, è fortunato, ma quello che facciamo ogni giorno può davvero allungarci la vita. La nostra storia non è scritta (solo) nei geni.



«Dieta e movimento: mia madre centenaria dimostra l'importanza delle buone abitudini»

Carlo Alberto Redi: il Dna non è il nostro destino

Carlo Alberto Redi, accademico dei Lincei e presidente del Comitato etico di Fondazione Veronesi, sua mamma Silvana ha 100 anni. Merito dei geni o dello stile di vita?

«È una donna che ha sconfitto la malaria, attraversato una guerra mondiale, lavorato tutta la vita facendo la pendolare. Ma è sempre stata attenta alla dieta e all'esercizio fisico. Fino all'anno scorso andava regolarmente in palestra e anche adesso che non può farlo cerca di muoversi il più possibile. È un esempio vivente del fatto che, al netto del corredo genetico e di quel che la vita ci riserva, le buone abitudini possono davvero fare la differenza».

Le sue quali sono?

«Vado tutti i giorni in bicicletta e cerco di proteggermi dallo smog, se serve anche con la mascherina. Sto attento alla dieta: mangio molti vegetali e pochissimi cibi ultraprocesati, che sono collegati al rischio di tumori. Consumo carne solo una volta a settimana, anche per una scelta ambientale: gli allevamenti intensivi inquinano quanto i mezzi di trasporto».

Cos'è l'invecchiamento?

«Dal punto di vista biologico è un fenomeno regolato da molti geni (poligenico) e l'espressione di questi geni è influenzata dall'ambiente: dove vivo, cosa mangio, cosa respiro, se faccio uso di medicine, se assumo droghe. Sono tanti i fattori che hanno un impatto sulle caratteristiche

ereditarie. E, come dimostra il nuovo studio pubblicato su *Science*, geni e ambiente hanno all'incirca lo stesso peso sulla longevità, 50 e 50».

Si può intervenire a livello biologico per rallentare il declino?

«Un filone di ricerca molto interessante è quello della riprogrammazione cellulare, nata dagli studi del medico giapponese Shin'ya Yamanaka, Premio Nobel nel 2012. Ha scoperto che una cellula trattata con quattro fattori di riprogrammazione (Oct4, Sox2, Klf4, c-Myc, noti come fattori Yamanaka) ringiovanisce, tornando ad essere una cellula staminale. Il problema è che due dei quattro fattori sono cancerogeni e nei topi hanno portato allo sviluppo di tumore. Ma la ricerca si muove velocemente. È notizia di pochi giorni fa l'avvio del primo tentativo di inversione dell'invecchiamento in volontari umani, approvato negli Usa dalla Food and drug administration e condotto da David Sinclair, ricercatore all'Università di Harvard, basato proprio sulle scoperte di Yamanaka. Il trattamento con fattori di riprogrammazione sarà testato su una dozzina di pazienti con glaucoma, malattia più frequente negli anziani caratterizzata da aumento della pressione intraoculare e danneggiamento progressivo del nervo ottico. Virus portatori di tre potenti fattori riprogrammatori verranno iniettati in un occhio di ciascun paziente: staremo a

vedere i risultati. Altri gruppi di ricerca studiano interventi sulla metilazione (vedi articolo sopra) e sulla lunghezza dei telomeri (le parti terminali dei cromosomi). C'è anche chi tenta di bloccare l'invecchiamento dei mitocondri, le centraline energetiche delle cellule, il cui funzionamento è cruciale per la salute dell'intero organismo».

Torniamo all'eredità genetica: chi non ha antenati longevi deve rassegnarsi a una vita «breve»?

«Il Dna non è destino. L'invecchiamento, con il correlato di malattie legate all'età, è come detto un fenomeno regolato da diversi geni e dipendente anche dall'ambiente: di conseguenza c'è un'estrema complessità e variabilità. Potremmo dire che la nostra eredità genetica è modulabile, perfino riscattabile. Se i miei genitori sono morti giovani, non è detto che lo stesso accadrà a me. Quello che possiamo fare tutti è intervenire sullo stile di vita, che influisce sulla longevità tanto quanto l'eredità genetica, come dimostra lo studio pubblicato su *Science*. Dobbiamo fare leva sui fattori ambientali, modificabili, per incidere sul determinismo dei geni».

Si può stabilire quanto rapidamente procede l'invecchiamento di una persona?



«Negli ultimi anni la ricerca si è concentrata su diversi orologi biologici, una sorta di meccanismi interni di misurazione del tempo, descritti per la prima volta dal genetista Steve Horvath una quindicina di anni fa: lunghezza dei telomeri, metilazione del Dna, Rna non codificante (molecole che svolgono ruoli cruciali nella regolazione dell'espressione genica). Sono sperimentazioni, non hanno ancora una ricaduta pratica al di fuori dei laboratori».

Si trovano in vendita test del sangue o della saliva per misurare l'età biologica: sono

affidabili?

«L'invecchiamento attrae interessi scientifici, ma anche commerciali e su internet si trova di tutto. I test che promettono un calcolo dell'aspettativa di vita non sono credibili perché l'invecchiamento dipende da tanti fattori. Uno dei problemi principali riguarda la precisione delle misurazioni: un singolo campione di sangue o saliva può dare risultati molto diversi».

L. Cu.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Il biologo:
negli Usa
i primi test per
«ringiovanire»
gli occhi**

**Gli interessi commerciali
Occhio alle truffe: gli
esami che promettono
di calcolare l'aspettativa
di vita non sono credibili**



Carlo Alberto Redi (sopra, con la mamma), accademico dei Lincei e presidente del Comitato etico di Fondazione Veronesi



I DIRITTI

Alzheimer, il boom di casi e la solitudine dei familiari

CHIARA SARACENO — PAGINA 27



ALZHEIMER, IL BOOM DI CASI E LA SOLITUDINE DEI FAMILIARI

CHIARA SARACENO



L'invecchiamento della popolazione porterà il numero delle persone che soffrono di Alzheimer nell'Unione Europea da 9.065.706 a 14.335.788, da un'incidenza media del 2,02% ad una del 3,41%. È la stima del Rapporto sulla diffusione dell'Alzheimer in Europa di Alzheimer Europe, uscito in questi giorni. La media nasconde differenze anche significative tra paesi, anche se la tendenza all'aumento è comune.

L'Italia è il paese europeo con l'incidenza più alta sia oggi - 2,43%, pari a 1.436.859 persone - che nelle previsioni: 4,28% nel 2050, pari a 2.218.571 persone. Sotto queste cifre ci sono persone e famiglie che spesso non sono aiutate, o che ricevono aiuto troppo tardi. Alzheimer e altre forme di demenza richiederebbero, per essere contenute, diagnosi precoci e, oltre ai farmaci, la disponibilità non casuale e non onerosa di attività di stimolo cognitivo e sostegno emotivo competenti. Invece, in Italia, chi soffre di Alzheimer o demenza è per lo più lasciato alle cure dei caregiver familiari ed alle loro risorse private, non solo economiche, ma di conoscenza e di capacità di individuare eventuali servizi disponibili. L'esistenza dei café Alzheimer, una risorsa preziosa, e la loro disponibilità e accessibilità sul territorio, è lasciata per lo più all'iniziativa del Terzo settore, senza che ci sia una programmazione. E ci sono forti differen-



ze territoriali, anche tra regioni contigue, nella disponibilità di servizi. La mancanza di servizi e trattamenti adeguati a prescindere dalle risorse personali o familiari ha conseguenze negative sia sulla progressione della malattia, quindi sulla qualità della vita di chi ne soffre, sia su chi se ne prende cura.

Le ricerche mostrano che i caregiver familiari, che sono nella maggioranza donne, non solo spesso soffrono di stress e solitudine, ma che questo rafforza il loro rischio di Alzheimer. Le donne, infatti, in tutti i paesi hanno un'incidenza di Alzheimer molto superiore a quella degli uomini, per motivi biologici (calo degli estrogeni in menopausa ed altro) e per la maggiore longevità. Conta anche, almeno nelle generazioni oggi anziane, il fatto che le donne hanno mediamente un livello di istruzione (che è un fattore protettivo) inferiore a quello degli uomini. Ma gioca anche un ruolo lo stress, l'ansia e la depressione che possono sperimentare se si trovano a doversi occupare intensamente e da sole di una persona non autosufficiente. La malattia ha anche un decorso più rapido e più velocemente fatale. In parte ciò può dipendere dal fatto che la diagnosi e i farmaci sono ancora largamente tagliati, in questo come in altri campi della medicina, sul corpo e l'esperienza maschile. Per questo la diagnosi è mediamente più tardiva per le donne rispetto agli uomini; quindi i trattamenti che potrebbero fer-

mare o rallentare la progressione del male non vengono messi in atto tempestivamente e con i farmaci adeguati al corpo femminile.

Gli estensori del Rapporto di Alzheimer Europe segnalano che la ricerca ha fatto progressi nell'individuare trattamenti che possono contenere la progressione del male e migliorare la qualità della vita di chi ne soffre, ma i paesi non sembrano sempre in grado, o disponibili, a diffonderli nella pratica. Auspicano che i dati in esso presentati sollecitino i governi europeo e nazionali a mettere l'Alzheimer e le demenze al centro delle politiche sanitarie, della ricerca e di sostegno per le persone con disabilità e per i caregiver familiari, ma non sono molto ottimisti alla luce delle ridefinizioni dei bilanci in atto a livello europeo e nazionali a favore delle spese militari.

Nel contesto italiano, la legge di stabilità da poco approvata lascia poche speranze sul versante dei servizi, con un livello essenziale di assistenza definito in un'ora di servizio domiciliare a settimana per tutte le persone non autosufficienti, subordinato per altro alle risorse vigenti. Anche il disegno di legge quadro sui caregiver familiari approvato dal Consiglio dei Ministri qualche settimana fa si limita ad un piccolo riconoscimento economico ai/alle caregiver con ISEE molto basso, mentre la mancata attuazione della legge quadro sulla non autosufficienza lascia nel limbo proprio i servizi, lasciando di fatto le/i caregiver da sole a fronteggiare i bisogni dei loro cari. —



IL PROGETTO MNESYS

Da Genova la nuova terapia per contrastare il Parkinson

ALESSANDRA ROSSI

Il progetto Mnesys, avviato nel 2022 e finanziato con 115 milioni del Pnrr, ha avuto Genova come capofila nella ricerca sulle terapie per il Parkinson. Grazie alla spinta propulsiva di Mnesys, a Genova, tra i primi centri in Italia, è stato messo a punto un tipo particolare di stimolazione cerebrale che migliora la qualità della vita del paziente.

GLI ARTICOLI / PAGINA 11



Genova apripista di una nuova terapia anti-Parkinson «Esiti strabilianti»

La presentazione durante i lavori di Mnesys
Zona (San Martino): «Così vita quasi normale»

Alessandra Rossi / GENOVA

Quando si pensa al Parkinson, l'immagine più comune è quella di una malattia che colpisce per lo più gli anziani: i numeri raccontano un'altra storia. Quelli più recenti, diffusi lo scorso anno da Iqvia Italia, leader mondiale nell'analisi di dati sanitari e farmaceutici, rivelano la presenza di 309 mila persone con questa diagnosi in Italia. Sebbene la maggior parte abbia più di 70 anni (84%), il numero di nuovi casi tra gli under 60 è in cre-

scita, con un esordio che può verificarsi già a partire dai 40 anni. In particolare, nell'ultimo anno sono state diagnosticate 16 mila persone che hanno iniziato il trattamento. La Liguria, insieme ad Abruzzo e Marche, è la regione con la più alta concentrazione di pazienti in trattamento.

Non è dunque un caso che il progetto Mnesys, avviato nel 2022 e finanziato con 115 milioni del Pnrr, abbia avuto Genova come capofila, con ricercatori che da decenni studiano l'evoluzione di questa patologia. Un'evoluzione che, come tante altre, non è solo clini-

ca, ma anche sociale. Il Parkinson, infatti, sta entrando nella vita delle persone in età lavorativa, influenzando la vita quotidiana. Fondamentale dunque intervenire per consentire, a chi ne è colpito, di vivere una vita il più normale possibile.

Grazie alla spinta propulsiva di Mnesys, al confronto tra ricercatori impegnati su di-



versi fronti, capaci con questo progetto di mettere a sistema il proprio sapere, la neurochirurgia funzionale ha fatto un passo in avanti. E con lei, anche alcuni pazienti affetti da Parkinson. «Grazie ad un lavoro di squadra, con me nei panni di una sorta di direttore d'orchestra – spiega Gianluigi Zona, direttore della Clinica di Neurochirurgia e Neurotraumatologica dell'Irccs Policlinico San Martino – siamo riusciti a Genova, tra i primi in Italia, a mettere a punto un tipo particolare di stimolazione cerebrale, ovvero la stimolazione cerebrale profonda, che viene definita adattativa».

Enrico Castanini, che ha seguito passo dopo passo gli sviluppi di questo lavoro in quali-

tà di presidente di Mnesys Scarl, descrive il risultato raggiunto con lo stupore di chi osserva una rivoluzione: «Penso, solo per fare un esempio, al caso di una giovane donna che a causa di un Parkinson precoce non riusciva quasi più a muoversi: dopo l'intervento dell'equipe del professor Zona, può di nuovo correre. È strabiliante».

In particolare, spiega nel dettaglio Zona, «gli impulsi che questi generatori producono, non sono prestabiliti. Fino ad ora utilizzavamo una media di stimolazione per il paziente che poteva andar bene per alcuni momenti, mentre per altri no, perché il problema della malattia del Parkinson è la fluttuazione giornaliera dei sintomi. Questi

nuovi sistemi di stimolazione invece ricevono informazioni dalle cellule cerebrali, dai neuroni stessi, e scaricano “à la demande”, quindi su richiesta: nel momento in cui c'è bisogno, avviene l'impulso». Questo incredibile risultato consente ad alcuni pazienti selezionati, «che sono giovani e all'insorgere della loro malattia, di avere una qualità di vita quasi normale. Una stimolazione “on demand” non del paziente, ma del neurone».

La cura è un processo lento, sottolinea il neurochirurgo, ma «ai pazienti voglio dire di avere fiducia nella ricerca. Gli investimenti in ricerca, se ben utilizzati, si traducono in cura». Zona spezza anche una lancia a favore di una sanità locale: «Da non genovese, mi

sento anche di ridare fiducia alla sanità genovese e ligure, capace – sottolinea – di fare grandi cose. Genova sta diventando ancora di più il centro della ricerca neurologica a livello italiano ed europeo».

**In Italia le persone con questa diagnosi sono 309 mila
Crescono gli under 60**



GIANLUIGI ZONA
DIRETTORE CLINICA
NEUROCHIRURGIA, SAN MARTINO

I sintomi fluttuano in modo irregolare. Gli stimoli, perciò, avvengono su richiesta quando ce n'è bisogno

Il convegno su Mnesys, progetto Pnrr da 115 milioni di euro, ieri nella Sala del Maggior Consiglio di Palazzo Ducale

PAMBIANCHI



A tavola con
Antonia Madella Noja
Quei bambini
trascurati dalla
Sanità e la ragazza
che voleva cambiare
il mondo

di **Paolo Bricco**
—a pagina 10



Antonia Madella Noja. Viene da Lotta Continua, ha studiato con Geymonat, ha creato la Fondazione Tog per chi è nato con lesioni cerebrali, alla quale collabora Carlo Cracco

Quei bambini trascurati dalla Sanità e la ragazza che voleva cambiare il mondo

Paolo Bricco

«I bambini con lesioni cerebrali non emanano l'odore della paura. Vivono la loro esistenza in maniera naturale. Sono i genitori, invece, ad avere addosso, in ogni loro gesto, l'odore dell'angoscia. Perché sanno che la



condizione dei loro figli non è reversibile. Molti di loro non riescono ad accettarlo. È umano. È un dolore emotivo assai profondo che produce problemi pratici molto complicati».

Antonia Madella Noja – classe 1949 – ha creato a Milano la Fondazione Tog, dove si offrono cure riabilitative gratuite a bambini con patologie neurologiche complesse, paralisi cerebrali e sindromi genetiche con disabilità intellettiva. La Fondazione Tog, di cui Madella Noja è segretaria generale, è un luogo particolare: rappresenta un punto di incontro fra la cultura italiana della riabilitazione, che ha una sua originalità medico-clinica e accuditivo-culturale storica, presente e futura, e una istanza di gratuità che ha una componente quasi politica, direttamente connessa alla biografia della sua fondatrice.

Siamo nel bistrot che Carlo Cracco, attraverso la sua non profit di famiglia Fondazione Mastro Martino, ha aperto all'interno di Tog. Tog, costruita dove una volta c'erano le docce pubbliche dismesse di via Livigno, si trova vicino a Viale Jenner, non distante dalla vecchia moschea abusiva.

«Cracco segue pro bono le cene di raccolta fondi. Il Comune domandava che una quota del progetto fosse aperta al quartiere. È stato naturale chiedergli se fosse interessato a partecipare», spiega Antonia.

Il bistrot è semplice. Non c'è nessuna forma di eleganza affettata. I piatti si pagano le stesse cifre, se non di meno, di qualunque bar o tavola calda in questa città ormai insospitale per chi non ha un patrimonio oltre che un reddito. I camerieri sono molto gentili. Gli spazi possono essere utilizzati dalle mamme e dai papà, dalle nonne e dai nonni mentre aspettano che i loro piccolini facciano le riabilitazioni e le terapie. La storia di Antonia si intreccia con le storie dei bambini e delle bambine.

Suo padre Pietro e sua madre Elisa erano di Mantova. Pietro era di una famiglia di possidenti agrari. Elisa aveva una estrazione popolare e lavorava come commessa in una pasticceria del centro. Si trasferirono a Milano, dove Pietro era ingegnere nella fabbrica di dischi e grammofoni La Voce del Padrone: era una sua invenzione la particolare pressa con cui venivano realizzati i vinili, di enorme successo, di Giuseppe Di Stefano e di Maria Callas. Era una altra epoca. I tempi, però, stavano cambiando.

Antonia frequenta il classico Beccaria, nell'ultimo anno del metodo di Giovanni Gentile in purezza, con tutti e tre gli anni di liceo portati alla maturità più i riferimenti generali del programma del ginnasio. Racconta mentre una cameriera ci porta un menù: «La mia famiglia era della media borghesia. Abitavamo vicino a Corso Sempione. Come tanti adolescenti di allora diventai di sinistra per una ragione più psicologica che culturale, più interiore che riflessiva. Un giorno incontrai un mendicante per strada. E iniziai a pensare che non fosse giusta quella condizione. Al liceo ho aderito al Movimento studentesco. All'università ho scelto Lotta Continua. Per avere l'indipendenza economica trovai lavoro come impiegata alla Gillette, dove facevo analisi di mercato. Alla Statale mi iscrissi a filosofia, dove mi laureai con Ludovico Geymonat, con una tesi sulla universalità dell'arte che trascende ogni ideologia». Come antipasto, entrambi prendiamo l'uovo di Carlo Cracco, un classico della sua cucina.

Antonia rappresenta bene la parte meno sulfurea e pericolosa di Lotta Continua, la meno dedita al potere e all'ambiguità verso la violenza, la più interessata a coltivare con candore la conoscenza del mondo e l'intervento sulle cose e sulle persone: «Allora in Lotta Continua ci si spostava di città in città per fare attività politica. Nel 1973 io e il mio futuro marito Ciro Noja andammo a Palermo. La scelta di vivere a Palermo fu dettata anche dal clima troppo duro che si respirava Milano, dove alcune cose non piacevano né a me né a Ciro. Ci trasferimmo in Sicilia insieme a Mauro Rostagno e a Chicca Roveri, due grandi amici. All'inizio stavamo in una masseria a Mondello. Poi traslocammo in città in Via Domenico Costantino, vicino a Villa Trabia. Vivere a Palermo fu entusiasmante. Ricordo ancora l'odore del sale e del sole che ogni mattina ti investiva quando aprivi la porta di casa. Oltre alla attività politica e culturale di militanza e di proselitismo di Lotta Continua, mio marito iniziò a collaborare con la cattedra universitaria di architettura e io fui assunta come segretaria dalla principessa Arabella Lanza di Scalea. Ero di un altro pianeta rispetto alla principessa. Ma apprezzai tantissimo la cultura di quella persona e di quell'ambiente. Una raffinatezza umanistica superiore a quella del Nord, che io e mio marito ritrovavamo frequentando la libreria Sellerio di Elvira e Enzo Sellerio. Conoscemmo meno Leonardo Sciascia, che però diventò molto intimo di Mauro Rostagno che si appassionò, come faceva lui con una ossessione quasi metafisica, al fenomeno della mafia».

Antonia non beve vino. Io, invece, prendo un calice di rosso toscano. Nel 1974 nasce Lisa: «Quasi subito capimmo che qualcosa non andava. A nove mesi non riusciva a stare dritta nel box. Mia suocera Annalisa era rimasta amica di un suo antico fidanzato che, a Milano, lavorava al Besta. I controlli cognitivi e neurologici andarono bene. Emerse invece una malattia neuromuscolare. Sia io sia mio marito facemmo gli esami. Entrambi eravamo portatori sani. Nostra figlia aveva il 25% di probabilità di svilupparla. E così andò. La scelta di tornare a Milano fu dettata dalla presenza di alcuni gruppi di medici e di operatori che già allora stavano sulla frontiera più avanzata, clinica e assistenziale. Fu la decisione giusta per la riabilitazione e la terapia e per l'inserimento scolastico di Lisa». Oggi Lisa, che è stata parlamentare con Italia Viva di Matteo Renzi, è consigliere regionale lombardo ed è un avvocato di diritto societario e antitrust che lavora sia in Italia sia negli Stati Uniti.

Antonia come piatto principale prende un salmone. Io, invece, spaghetti aglio, olio e peperoncino. Al rientro a Milano, Lisa viene curata



all'Associazione italiana assistenza spastici (Aias) di Via Mantegazza. La cultura italiana sviluppa la neuropsichiatria infantile, che pone in connessione la neurologia e la psicomotricità, in un dialogo fra le neuroscienze, le scienze umane e la psicologia relazionale.

L'Aias, gli ospedali cittadini Buzzi e Besta e il San Gerardo di Monza erano – sono – in network con le maggiori esperienze inglesi e israeliane. La mamma di Lisa si iscrive alla facoltà di medicina riabilitativa. Viene assunta in Aias e diventa la coordinatrice dei terapeuti. Nota Antonia: «I genitori sanno che non esiste una cura che faccia guarire i loro figli. Per usare un termine filosofico, si tratta di una condizione ontologica. Una forma particolare dell'essere. Allo stesso tempo, però, non è ineluttabile. Si possono fare molte cose per i piccoli. Lo stesso con le loro famiglie e con i loro insegnanti». Si ferma, sta zitta un attimo. E poi riprende la parola: «Prima ho detto che i nostri bambini non hanno odore. Non è vero. Per usare una immagine politica, hanno l'odore della terza via. La loro condizione non è reversibile. Ma è affrontabile. È riformabile, quasi rifondabile. Non sono né sani, per quanto questo voglia dire, né malati. Ho studiato filosofia con Geymonat, un grande ibridatore di pensiero umanistico e scientifico. I miei bambini e le mie bambine mi ricordano la fisica quantistica, che ha cambiato le regole della linearità delle cose. Lo dico in maniera semplice: con e per loro non sempre due più due fa quattro. Se tutti insieme ci impegniamo e se loro hanno fortuna può fare cinque». Come dolce entrambi prendiamo un Monte Bianco. Antonia lavora all'Aias per poi uscirne nel 2011. Crea appunto la Fondazione Tog con il supporto della

Fondazione Carlo De Benedetti che sceglie il suo progetto come iniziativa di charity di famiglia. Negli ultimi venticinque anni, nella sanità pubblica italiana è cambiata la definizione amministrativa di che cosa sia una malattia e di che cosa sia una cura. Spiega Madella Noja: «Dal 2000 lo Stato e le Regioni hanno ridotto i fondi per la medicina riabilitativa. I nostri bambini e le nostre bambine non sono guaribili. La burocrazia pubblica ha penalizzato, proprio in virtù della non reversibilità della loro condizione, lo stanziamento dei budget.

Il problema dei soldi conta. Adesso, per fortuna, stiamo ottenendo qualche risorsa pubblica in più. Ma la maggior parte dei nostri fondi, dopo la consistente donazione iniziale della famiglia De Benedetti, proviene da privati e da fondazioni bancarie. Giuseppe Guzzetti, il vecchio patron della Cariplo, ci ha aiutato non poco. Da noi vale una regola aurea: qui nessuno paga per le prestazioni».

E, così, anche oggi a Milano, mentre fuori piove, torna alla luce la ragazza di Lotta Continua che, tanti anni fa, andò a vivere a Palermo con il suo Ciro, nell'aria piena di sole e di sale della Sicilia, dove insieme ebbero Lisa, da cui tutto – in fondo – si è generato.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'ESPERIENZA CON LA FIGLIA LISA, IL RITORNO A MILANO DALLA PALERMO DEI SELLERIO E ROSTAGNO LA VOGLIA DI AIUTARE GLI ALTRI GENITORI



Laurea in filosofia.

Antonia Madella Noja è laureata in Filosofia e Medicina Riabilitativa, ha lavorato a Milano dal 1979 al 2011. Dal 2011, dirige il centro di Eccellenza creato dalla Fondazione TOG Onlus per la cura e riabilitazione di bambini affetti da Paralisi Cerebrali Infantili e Sindromi genetiche rare.





Servizio Lo studio

Se l'ipertensione viene dall'acqua che bevi: gli effetti dell'acqua a maggior contenuto di sale

L'aumento anche lieve di salinità è sufficiente a lasciare un segno sulla salute cardiovascolare a livello di popolazione ed è a rischio soprattutto chi vive nelle aree costiere dei Paesi a basso o medio reddito dove le falde d'acqua dolce vengono a contatto con l'acqua marina e i sistemi di depurazione sono limitati

di Maria Rita Montebelli

30 gennaio 2026

Il pericolo per la salute può nascondersi anche dove meno ce lo si aspetta, come bere un bicchiere d'acqua di rubinetto. Un gesto automatico e del tutto innocente, che potrebbe nascondere un'insidia. Spoiler: non si parla di acqua sporca o contaminata. Ma di qualcosa di insospettabile: il sale. Un nuovo studio internazionale, pubblicato su BMJ Global Health fa scattare un nuovo campanello d'allarme: bere acqua a elevata salinità si associa a un aumento della pressione arteriosa e dunque negli anni a un possibile aumento del rischio cardiovascolare. Un rischio per nulla trascurabile, anzi, secondo gli autori paragonabile a quello della sedentarietà.

Lo studio

A suggerirlo è questa nuova metanalisi che ha preso in esame i risultati di 27 studi osservazionali condotti su 74mila persone in 7 Paesi diversi. Il messaggio: le persone che consumano acqua potabile più "salata" presentano in media un aumento di pressione sistolica di 3,22 mmHg e di diastolica di 2,82 mmHg. Può sembrare una cosa trascurabile, ma non lo è né a livello del singolo (per ogni aumento di 5 mmHg di sistolica, il rischio di mortalità aumenta del 10%), né tanto meno a livello di comunità dove il rischio ipertensione, nelle comunità che bevono acqua troppo ricca di sale, risulta aumentato del 26%. Un livello di rischio per nulla trascurabile, paragonabile – ricordano gli autori – a quello della scarsa attività fisica che aumenta la probabilità di ipertensione del 15-25%. Insomma, proiettata su larga scala, l'acqua del rubinetto un po' troppo sapida rischia di trasformarsi in un problema di sanità pubblica.

Più a rischio il Sud del mondo

Il problema è particolarmente evidente nelle aree costiere dei Paesi a basso o medio reddito, dove le falde d'acqua dolce vengono facilmente a contatto con l'acqua marina e dove l'accesso a sistemi di depurazione avanzati è limitato. Negli Usa insomma l'effetto "acqua di rubinetto salata" è decisamente meno impattante che nelle aree costiere del Bangladesh. L'innalzamento del livello del mare, l'erosione delle coste e lo sfruttamento intensivo delle risorse idriche danno tutti un contributo importante al fenomeno. Per il resto, che il sale in eccesso (di qualunque provenienza) contribuisca a innalzare i livelli pressori è cosa nota da tempo, forse perché provoca una maggior rigidità delle arterie, o riduce la produzione di ossido nitrico (potente vasodilatatore prodotto dalle cellule del rivestimento interno dei vasi), o per un'eccessiva attivazione del sistema nervoso

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA

simpatico. Un eccesso di sodio in circolo insomma, comunque la si veda, è uno stress test per il sistema cardiovascolare.

Insomma si configura un nuovo fattore di rischio e non una tempesta in un bicchiere d'acqua, anche se non ancora "attenzionata" dall'Organizzazione mondiale della Sanità, che infatti a oggi non dà alcuna indicazione circa il limite massimo accettabile di sodio nell'acqua potabile. Al momento, l'unica protezione viene dalle papille gustative: sopra i 200 mg/litro di sale, l'acqua ha un sapore orribile e la gente si guarda bene dal berla.

Cibo primo "imputato"

Gli autori dello studio dimostrano tutto il loro buon senso quando ricordano che la principale fonte di sodio resta comunque il cibo, o meglio il cibo 'non vero' per dirla con le ultime Linee Guida Dietetiche per gli Americani, cioè gli alimenti ultra-processati, il cibo industriale ultra-trasformato (e ultra-salato). D'altronde, nei contesti ad elevata salinità, anche l'acqua può dare un contributo importante all'assunzione totale di sodio quotidiana. Saranno necessarie ulteriori ricerche per esaminare le connessioni con infarti e ictus e per definire strategie idonee a controbilanciare gli effetti dell'eccessiva salinità da acqua di rubinetto, soprattutto nelle aree costiere, le più vulnerabili all'impatto dei cambiamenti climatici. Ma il take home message è chiaro: anche quello che diamo per scontato e salutare, come un bicchiere d'acqua, può nascondere delle insidie e impattare alla lunga sulla nostra salute.

Servizio Corpo e mente

I nuovi farmaci antiobesità «scudo» contro depressione e aumento di peso da psicofarmaci

Nuove evidenze scientifiche aprono la strada a una psichiatria di precisione dove i farmaci metabolici potrebbero diventare coadiuvanti fondamentali nel trattamento dei disturbi oltre a favorire l'aderenza terapeutica scongiurando il rischio di aumento di peso

di Redazione Salute

30 gennaio 2026

Non hanno rivoluzionato soltanto la perdita di peso e la gestione del diabete, i nuovi farmaci antiobesità si stanno rivelando preziosi alleati per la salute mentale. Da un lato, infatti, aiutano a contrastare l'aumento di peso legato ad alcuni psicofarmaci che compromette l'aderenza terapeutica, dall'altro potrebbero contribuire a ridurre il rischio di depressione e disturbo bipolare.

Le prime evidenze

In sostanza gli agonisti del recettore del peptide-1 glucagone-simile (GLP-1), come semaglutide, liraglutide e tirzepatide, sono composti simili a ormoni naturalmente presenti nel nostro organismo sui quali ci sono iniziali evidenze di efficacia, oltre che per il diabete e l'obesità, anche per altre patologie neuropsichiatriche. Lo dimostrano due studi recentemente pubblicati sulle riviste JAMA Psychiatry e BMC Psychiatry, di cui si è parlato in occasione del XXVII congresso nazionale della Società italiana di Neuropsicofarmacologia (Sinpf) a Milano, che ha dedicato un'intera sessione all'interazione tra queste terapie e la salute mentale.

Lo studio su JAMA Psychiatry

Nello studio pubblicato su Jama Psychiatry, i ricercatori dell'Ospedale Universitario della Charité di Berlino hanno dimostrato che semaglutide può aiutare a superare uno dei maggiori ostacoli nel trattamento della psicosi e cioè l'aumento di peso indotto dai farmaci. «Si tratta di un problema che spesso porta i pazienti a interrompere le cure o a sviluppare gravi complicanze metaboliche - spiega Matteo Balestrieri, già professore di psichiatria all'Università di Udine e co-presidente Sinpf. I risultati dello studio mostrano che l'uso di semaglutide in pazienti in terapia antipsicotica ha portato a una riduzione media del peso corporeo dell'8% in sole 24 settimane, mentre l'uso di liraglutide ha portato a una riduzione di circa il 5%. Un risultato straordinario se confrontato con la stabilità del peso osservata nel gruppo trattato con metformina, lo standard attuale». «Per la prima volta – aggiunge Claudio Mencacci, psichiatra, direttore emerito del dipartimento di Neuroscienze dell'ospedale Fatebenefratelli Sacco di Milano e co-presidente Sinpf – abbiamo uno strumento efficace non solo per curare la mente, ma per proteggere il corpo dei pazienti psichiatrici, riducendo drasticamente il rischio di diabete e malattie cardiovascolari correlate alla terapia. I GLP-1 agiscono sui centri della sazietà nel cervello, contrastando l'iperfagia (fame eccessiva) spesso causata dagli psicofarmaci».

“Negli ultimi anni - si legge nell’Abstract dello studio - poche classi farmacologiche hanno attirato tanta attenzione interdisciplinare quanto gli agonisti del recettore peptide-simile al glucagone (GLP-1RA). Sebbene la loro efficacia nella riduzione del peso e nella salute metabolica sia ben affermata, la loro rilevanza emergente per la salute mentale sta ora emergendo in modo più chiaro. Nonostante le preoccupazioni iniziali riguardo a un aumento della suicidalità e dell’autolesionismo durante il trattamento con GLP-1RA, recenti meta-analisi su larga scala e studi osservazionali hanno evidenziato non solo la sicurezza psichiatrica dei GLP-1RA, ma anche i loro potenziali effetti benefici sull’umore e sui sintomi cognitivi, anche se questi risultati rimangono di natura preliminare e secondaria”.

Lo studio su BMC Psychiatry

Nello studio di BMC Psychiatry, condotto dalla Seoul National University Biomedical Informatics su oltre 360 mila persone, gli scienziati hanno utilizzato la tecnica della ‘randomizzazione mendeliana’ cioè una tecnica che analizza, in questo caso specifico, variazioni genetiche del GLP-1 per capire se sono associate ai disturbi dell’umore per indagare il nesso genetico tra il recettore GLP-1 e i disturbi psichiatrici. «I risultati parlano chiaro: una maggiore attività genetica del recettore GLP-1 è associata a una riduzione del rischio di depressione maggiore e disturbo bipolare – afferma Balestrieri –. È la prima prova genetica che suggerisce come il sistema GLP-1 non regoli solo l’insulina, ma influenzi direttamente i circuiti della regolazione affettiva, confermando così il ruolo potenziale degli agonisti GLP-1 nel trattamento della depressione e dei disturbi da uso eccessivo di alimenti e di alcol».

Corpo e cervello in sintonia

Questi dati suggeriscono che il cervello e il metabolismo parlano la stessa lingua. «Queste evidenze aprono la strada a una psichiatria di precisione, dove i farmaci metabolici potrebbero diventare coadiuvanti fondamentali nel trattamento dei disturbi dell’umore – precisa Mencacci –. Significa curare il paziente in modo olistico, stabilizzando sia il metabolismo che la psiche. Inoltre, le evidenze suggeriscono che la genetica può contribuire a identificare chi potrebbe beneficiare maggiormente di questi trattamenti. Effetti positivi sono presenti anche rispetto all’aderenza ai trattamenti: riducendo gli effetti collaterali estetici e metabolici (l’aumento di peso), i pazienti sono più propensi a seguire le terapie psichiatriche».

Corpo e mente sono dunque profondamente interconnessi attraverso il metabolismo. «Utilizzare i GLP-1 in psichiatria significa non solo rendere le cure più tollerabili, ma potenzialmente intervenire sulle radici biologiche dei disturbi dell’umore», concludono gli esperti.



Servizio Lo studio

Il 40% degli anziani si dimentica di prendere i propri farmaci: ecco come aiutarli

Il problema è particolarmente acuto in Italia, dove circa un quinto degli over 65 assume almeno dieci farmaci contemporaneamente

di Cesare Buquicchio

30 gennaio 2026

Passano le epoche, cambiano le aree geografiche, ma c'è un dato che resta pressoché costante nei sistemi sanitari di mezzo mondo: la scarsa aderenza terapeutica degli anziani. Circa il 40% delle terapie croniche non viene assunto correttamente dai pazienti over 65, un fenomeno che si traduce in esiti clinici negativi, ricoveri evitabili e un cospicuo spreco di risorse. «Un farmaco preso male equivale a buttare via i soldi», sintetizza efficacemente Elisabetta Poluzzi, professoressa ordinaria del Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche dell'Università di Bologna e coordinatrice del progetto Eldercare - Enabling medication adherence in the elderly, finanziato dall'Unione Europea per sviluppare strategie concrete contro questa emergenza silenziosa.

La ricerca e il confronto internazionale

La ricerca condotta con l'Università di Milano, l'Università di Napoli Federico II e l'Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri, con la collaborazione di associazioni di pazienti, società scientifiche, e le federazioni di infermieri, medici e farmacisti, Fnopi, Fnomceo e Fofi, per due anni ha raccolto dati e valutato esperienze in Italia e in diversi Paesi prima di arrivare alla presentazione dei risultati e delle raccomandazioni per i decisori. Il problema è particolarmente acuto in Italia, dove circa un quinto degli over 65 assume almeno dieci farmaci contemporaneamente. Non si tratta solo di dimenticanze: dietro la mancata aderenza si nasconde un intreccio complesso di fattori cognitivi, organizzativi, economici e relazionali che il progetto Eldercare ha voluto dipanare attraverso una revisione sistematica della letteratura internazionale e un'ampia indagine sul campo tra professionisti sanitari e pazienti.

Le quattro strade per riconquistare l'aderenza

Dalla ricerca emergono quattro ambiti di intervento ben definiti, come spiega la professoressa Poluzzi. Il primo, e più complesso, riguarda l'organizzazione sanitaria: «Bisognerebbe dedicare tempo e risorse per avere professionisti dedicati al supporto dell'aderenza», sottolinea. Che sia in una casa della comunità, nell'ambulatorio specialistico o dallo studio del medico di medicina generale, al paziente cronico va riservato quel quarto d'ora o mezz'ora in più che può fare la differenza tra successo e fallimento terapeutico. Il secondo pilastro è l'educazione del cittadino: «Serve far capire l'importanza di assumere correttamente i medicinali e di non accontentarsi del primo sollievo dei sintomi», avverte Poluzzi. Troppo spesso i pazienti interrompono le terapie appena si sentono meglio o, al contrario, quando passa la paura legata a un fattore di rischio cardiovascolare scoperto durante un controllo. La terza direttrice punta sulla formazione specifica

dei professionisti sanitari, che devono imparare tecniche di comunicazione e di engagement del paziente. «Bisogna verificare che il paziente abbia capito e ricontattarlo più volte per assicurarsi che stia seguendo correttamente la terapia», chiarisce la docente bolognese. Si tratta di costruire un rapporto di fiducia basato sulla decisione condivisa della terapia e sul mantenimento di un contatto diretto, anche per intercettare tempestivamente effetti avversi o sintomi nuovi. Infine, il quarto capitolo apre alle potenzialità della tecnologia: dai semplici promemoria sugli smartphone, ai portapillole elettronici con segnali acustici e sportellini automatici e fino a nuove soluzioni basate sull'intelligenza artificiale. «È un tema accattivante e le prospettive ci sono, ma se andiamo a vedere realmente quello che è disponibile oggi per i pazienti il campo si restringe. Almeno partirei dalla tecnologia a “costo zero” come promemoria sugli smartphone, anche se poi spesso serve comunque qualcuno che imposti l'app per il paziente anziano, spesso poco competente sul digitale. L'IA? Per ora più promessa che realtà...», osserva pragmaticamente Poluzzi. La revisione sistematica pubblicata sul Journal of the American Geriatrics Society conferma che gli interventi tecnologici funzionano quando la scarsa aderenza deriva dalla complessità del regime terapeutico, ma sono inefficaci se il problema è la sfiducia nella terapia stessa.

Gli alleati indispensabili: i professionisti sanitari

Se le raccomandazioni indicano la strada, sono i professionisti sanitari a doverla percorrere concretamente. E qui emerge con forza il ruolo cruciale del farmacista, figura presente in oltre un terzo degli interventi esaminati dalla revisione internazionale. «La farmacia aperta al pubblico è probabilmente la risorsa più disponibile e la più vicina ai pazienti cronici», ragiona Poluzzi. Servizi come il deblistering – lo spaccettamento del farmaco dalla confezione – o la preparazione di pilloliere settimanali personalizzate, già offerti da realtà come Farmacap, la rete delle farmacie comunali di Roma, rappresentano soluzioni concrete e immediate. «Sarebbe probabilmente la soluzione chiave, e coprirebbe molte delle difficoltà attuali dei singoli pazienti», sostiene con convinzione la professoressa, pur riconoscendo che resta aperto il tema della sostenibilità economica di questi servizi aggiuntivi, spesso offerti a pagamento. In altri paesi, soprattutto quelli con sistemi assicurativi privati, il costo del deblistering è già coperto dalle polizze sanitarie. Gli infermieri rappresentano l'altra colonna portante: la loro presenza è documentata in quasi un quinto degli studi analizzati, distribuiti trasversalmente tra ospedali, case della comunità, assistenza domiciliare e residenze per anziani. La loro flessibilità operativa e la capacità di seguire il paziente lungo tutto il percorso di cura li rende figure strategiche, specialmente per gli interventi che richiedono competenze relazionali e motivazionali. Ovviamente, non meno importante, il coinvolgimento diretto dei medici, che però spesso viene limitato da vincoli di tempo e risorse. Una novità da analizzare con attenzione in questo senso è la recente introduzione della ricetta valida fino a 12 mesi per alcune malattie croniche. «Questo non deve corrispondere al fatto che il medico consegna una ricetta da 12 mesi senza rivedere il paziente in questo arco di tempo – ammette Poluzzi – ma se accompagnata dalle costanti segnalazioni delle farmacie, quando il paziente non ritira i farmaci prescritti, e da tecnologie di monitoraggio e interazione con la cartella clinica elettronica, potrebbe essere davvero utile».



Servizio Quality by Design

Merck: a Bari nuova linea di produzione di farmaci iniettabili in siringhe

Investiti 56 milioni per sviluppare la tecnologia "in isolatore" in collaborazione con l'Università Aldo Moro e il suo spin-off Biofordrug

di Vincenzo Rutigliano

30 gennaio 2026

Arriva una nuova linea di produzione di farmaci iniettabili in siringhe nello stabilimento Merck-Serono di Modugno, alle porte di Bari. La linea è in corso di realizzazione con un investimento di circa 56 milioni di euro ed utilizza la tecnologia "in isolatore", modello produttivo di riferimento nel settore che consente condizioni di sterilità rigorose (l'operatore non ha alcun contatto) per la preparazione di medicinali iniettabili in siringhe. Il progetto - sviluppato in collaborazione con l'università di Bari e il suo spin-off Biofordrug (srl partecipata al 10%) - si inserisce in un più ampio piano di investimenti, avviato nel 2015, di 228 milioni di euro, cofinanziato per 10 dalla regione Puglia, per il completo rinnovo del sito produttivo di Modugno della multinazionale presente in 65 paesi, e che nel 2024 ha generato un fatturato di 21,2 miliardi di euro.

Una innovativa tecnologia produttiva

L'approccio che caratterizza tutto il piano è basato sul concetto di "Quality by Design", nel quale la qualità del prodotto finito ha guidato sin dalle prime fasi la progettazione dei processi e delle macchine. Quello di Modugno è stato uno dei primi siti di Merck ad essere equipaggiato con la tecnologia produttiva in isolatore, già nel 2021, in parallelo alla implementazione di una nuova linea produttiva per farmaci iniettabili in cartucce, anticipando le indicazioni delle autorità regolatorie in tema di rafforzamento dei requisiti di sicurezza, e controllo, dei processi per la produzione di farmaci iniettabili. L'esperienza maturata negli ultimi 5 anni ha fatto, così, del sito di Modugno, un modello di eccellenza per il riempimento in asepsi di medicinali iniettabili con i più elevati standard di qualità del prodotto e sicurezza per l'operatore.

Più alti standard di qualità e sicurezza

Sulla transizione verso la nuova tecnologia a fondamento delle linee "in isolatore" in corso di realizzazione, ha lavorato un team di ricerca multidisciplinare pubblico-privato. Il lavoro di ricerca ha consentito la creazione di una nuova linea di produzione più flessibile, grazie anche all'uso di sistemi monouso che rendono più sicura la gestione di sostanze farmacologiche particolarmente potenti. Insieme a questo è stata migliorata la sicurezza dei prodotti attraverso l'analisi di eventuali sostanze di degradazione che potrebbero formarsi con l'introduzione delle nuove tecnologie, ed è aumentato il livello di attenzione al controllo dei passaggi più delicati del processo produttivo e alla verifica che le procedure di biodecontaminazione siano sempre efficaci e ripetibili nel tempo.

"I risultati ottenuti dal progetto di sviluppo sperimentale - spiega Annalisa Calvano, direttore dello stabilimento di Modugno - ci aiuteranno a validare i nuovi processi produttivi in isolatore per la nuova linea di siringhe, garantendo così i più elevati standard di qualità del prodotto e sicurezza per l'operatore".

Cure palliative e del dolore, parte il piano regionale: più posti letto e personale

Previsto il potenziamento anche nell'hospice pediatrico

Silvia Pedemonte / GENOVA

L'obiettivo è quello di aumentare i posti letto negli hospice, di ampliare il numero di infermieri, medici, psicologi, assistenti sociali, fisioterapisti dedicati alle cure palliative e di anticipare la presa in carico dei pazienti con malattie inguaribili: Regione Liguria vara il Piano regionale di potenziamento della rete di cure palliative, della rete di terapia del dolore e delle cure palliative pediatriche.

Un nuovo Piano che prosegue il cammino intrapreso: la Liguria è una delle regioni al di sopra della media nazionale per applicazione di quanto previsto dalla legge 38 del 2010 sull'accesso alle cure palliative alla terapia del dolore. I dati erano stati diffusi nei mesi scorsi su rilevazioni di Agenas (l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali): in Italia, nei media, l'accesso alle cure palliative e l'assistenza alle persone affette da malattie croniche e inguaribili si attesta al 33%. Ovvero: una persona ogni tre (con grandi disparità territoriali e una vera e propria forbice fra nord e sud). La Liguria, assieme a

Lombardia ed Emilia Roma-

gna supera il 40%.

Ora il nuovo Piano. Con obiettivi concreti da raggiungere entro giugno 2026. Nello specifico, allora: per quanto riguarda gli hospice i posti letto, a livello regionale, dovranno passare dagli attuali 86 – di cui 4 pediatrici con l'hospice “Il guscio” all'ospedale Giannina Gaslini - a una forbice che dovrà andare da un minimo di 124 a un massimo di 156 posti letto. Di questi: quelli dedicati ai bambini dovranno crescere ad almeno 6 (fino a un massimo di 8). L'incremento tracciato è anche quello di 20 medici e 40 infermieri, sempre al giugno 2026.

IL QUADRO

In Liguria la presa in carico è passata da 4.091 pazienti nel 2022 a 5.170 pazienti nel 2025. Guardando nel dettaglio delle varie aree regionali i numeri più alti riguardano la zona di Genova e dell'area metropolitana genovese dove dai 1.954 pazienti del 2022 si è passati, nel 2025, alla presa in carico di 2.618 persone: la metà, quindi, del dato regionale complessivo. Per quanto riguarda il centro residenziale di terapia del dolore e cure palliative “Il Guscio” dell'ospedale pediatrico Ga-

slini i pazienti sono triplicati: da 22 nel 2018 a 60 nel 2025. Numeri che tracciano, in modo inequivocabile, un aumento di richieste e necessità. «La Liguria si posiziona tra le regioni italiane con le migliori performance

nell'ambito delle cure palliative e con questo Piano - spiega l'assessore regionale alla Sanità Massimo Nicolò - Compriamo un ulteriore passo importante per garantire a tutti i cittadini liguri cure sempre più vicine alle persone e alle famiglie. Rafforziamo l'assistenza sul territorio e a domicilio, investendo su una rete integrata che coinvolge ospedali, servizi territoriali e hospice, con l'obiettivo di raggiungere una copertura sempre più ampia e omogenea su tutto il territorio regionale». E sempre l'assessore regionale Nicolò rimarca: «La riorganizzazione del sistema sanitario regionale e il ruolo centrale di Azienda Tutela Salute Liguria, poi, consentono una regia unica e un coordinamento più efficace dei servizi, superando frammentazioni e disomogeneità territoriali. Rafforziamo quindi l'assistenza sul territorio e a domicilio, investendo su una rete integrata che coinvolge ospedali, servizi territoriali e hospice, con un monitorag-



gio costante dell'attuazione del Piano e nel pieno rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza, per mettere davvero al centro la dignità e la qualità della vita delle persone».

La Fondazione Gigi Ghirotti assiste 2.500 pazienti, in media, ogni anno, che necessitano di cure palliative. «Bene il nuovo Piano della Regione per aumentare i posti letto e il personale dedicato - commenta l'avvocato Stefano Rossi, vicepresidente della realtà che ha nel professore Franco Henriquet il

fondatore e la colonna assoluta - Noi stiamo pensando di allargare il servizio ai malati di Alzheimer perché pensiamo che, specie in una regione anziana come la nostra, sarà sempre più la malattia prevalente. Dedicare le cure ai malati di Alzheimer significherà anche alleviare il carico, pesantissimo, che hanno i loro familiari: pensiamo a uno spazio specifico nell'hospice di Albaro, ci stiamo lavorando». —

5.170

pazienti presi in carico per cure palliative, in Liguria, nel 2025
Nel 2022 erano 4.091

86

i posti letto presenti attualmente negli hospice. Dovranno diventare almeno 124

2.500

le persone seguite ogni anno dalla Fondazione Gigi Ghirotti



L'inaugurazione dell'hospice pediatrico "Il Guscio" al Gaslini nel 2018



La struttura appena inaugurata a difesa delle donne e dei minori

Al Campus Biomedico un nuovo centro antiviolenza

di DORELLA CIANCI

A Roma, ogni giorno, decine di donne chiedono aiuto per una violenza che, sempre più spesso, si consuma dietro la porta di casa: è per questa ragione che è necessario monitorare ogni sforzo e ogni passo avanti che si muove nella direzione del sostegno e della solidarietà, a partire da quei veri e propri luoghi di rinascita, che sono i centri antiviolenza. Questa settimana è stato inaugurato il nuovo centro antiviolenza della Fondazione Policlinico universitario "Campus Bio Medico", destinato a rappresentare un punto di riferimento nell'area sud della città per la consulenza, l'ascolto e il supporto per donne che subiscono maltrattamenti, soprattutto nei contesti familiari, cercando di garantire loro cura e protezione anche per eventuali figli minorenni. La Fondazione del Campus è un ente non profit, che eroga assistenza, formazione e servizi sanitari e può utilizzare risorse proprie (accanto a contributi derivati da convenzioni con il Servizio Sanitario Nazionale o fondi di enti in partnership) per incentivare nuove attività sociali e di *welfare* da svolgere proprio sul territorio romano. Ed è questo il caso del nuovo presidio territoriale, che va ad aggiungersi al centro della Sapienza, del Gemelli e di altri collegati al Comune di Roma. Pensando anche agli ultimi fatti di cronaca, si comprende bene che la situazione romana, all'interno di un ben più ampio quadro nazionale, non è tranquillizzante.

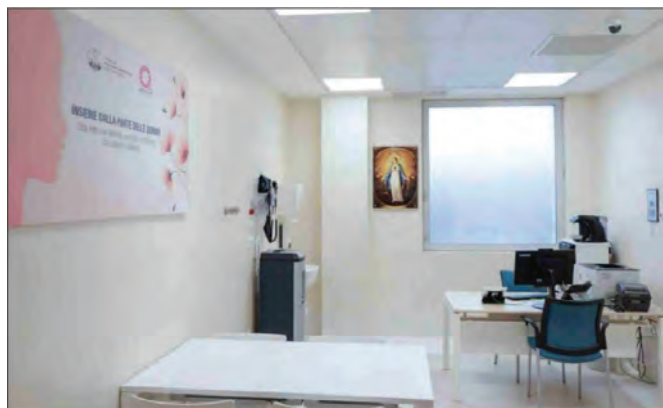
I dati di partenza, soltanto a Roma, delineano una situazione tanto silenziosa quanto allarmante: 19 procedimenti penali al giorno legati a episodi di violenza di genere. L'inaugurazione di quest'utile presidio del Campus è stata un momento anche di riflessione, grazie alle considerazioni dell'assessora della regione Lazio, Simona Renata Baldassarre, a Titti Di Salvo, presidente del IX Municipio, alla senatrice Beatrice Lorenzin e alla deputata Ylenia Lucaselli. I vertici del Campus, a iniziare dal presidente Carlo Tosti e dall'ad Paolo Sormani, commentando l'apertura, hanno voluto ricordare anche gli ultimi drammatici dati dell'Istat di fine 2025, dove è emerso che quasi 6,4 milioni di donne, fra i 16 e i 75 anni, in Italia, hanno subito almeno una forma di violenza ed è soprattutto

in relazione a questi numeri che è decisamente urgente avere un ulteriore centro territoriale, nella Capitale, dove si possa offrire non solo ascolto, ma anche consulenze legali gratuite, incontri individuali e di gruppo, percorsi per aiutare queste donne a intraprendere una autonomia personale e abitativa. Il centro è nato con la collaborazione dell'Associazione AssoLei APS, una realtà di notevole supporto alle donne, che integra servizi sanitari, sociali e legali. «Con l'apertura di questo centro antiviolenza vogliamo riaffermare un principio che guida ogni nostra scelta: la tutela della persona e della sua dignità in ogni momento della vita», ha commentato Tosti. «La violenza contro le donne – ha aggiunto – è un'emergenza che riguarda tutti e che impone responsabilità. Il Policlinico vuole essere parte attiva, offrendo un luogo dove la donna possa sentirsi accolta. Questo progetto si inserisce in una visione di sanità come servizio alla comunità, orientato non solo alla cura, ma anche al rispetto dei diritti fondamentali. È una missione che trae forza dai valori che ci ispirano fin dalla nascita, secondo l'insegnamento di san Josemaría Escrivá e del suo successore, il beato Álvaro del Portillo». Il progetto, come accennato, va a inserirsi in un'ampia rete cittadina, che si occupa del tema, avendo una cabina di regia inter-istituzionale raggruppata nel M.A.R.A, acronimo di "Mappare e aumentare le risorse", coordinato da Monica Lucarelli, assessora alle Pari Opportunità e da Barbara Funari, delle Politiche sociali e dell'assessorato alla Salute. Lucarelli ha spiegato che Roma, essendo una città complessa, fatta di territori molto diversi fra loro, deve potersi dotare di strumenti condivisi e chiari per il contrasto alla violenza di genere. Durante l'inaugurazione, gli addetti ai lavori del Campus hanno ricordato che la violenza di genere prospera soprattutto laddove c'è silenzio, per cui poter avere a di-



sposizione punti di ascolto non vuol dire soltanto poter raccontare il proprio dolore, ma significa ricevere cura e avere un senso di appartenenza alla comunità, dal momento che, sempre più spesso, le vittime tendono ad auto-isolarsi. È importante evidenziare, come fatto dall'assessorato alle Politiche sociali, che la città di Roma dispone, già da anni, di una rete multilivello di prevenzione, fondata su un'idea di integrazione fra i servizi sociali, sanitari, giudiziari e delle realtà del terzo settore. I CAV (cioè i centri antiviolenza) sono principalmente collegati, prim'ancora che al progetto M.A.R.A., alla rete D.I.Re (Donne in rete contro la violenza), che opera non solo sulla presa in carico delle vittime, ma si occupa, nello specifico, di prevenzione primaria e secondaria attraverso attività di valutazione del rischio. Nel caso del CAV del Campus appena attivato, si intende associare, proprio come avviene per il centro del Policlinico Gemelli, una collaborazione concreta con il resto del presidio ospedaliero, sempre più coinvolto nei protocolli di identificazione tempestiva dei casi di violenza (accanto, ovviamente, ai servizi sociali, responsabili dell'attivazione dei percorsi di protezione). Invece, sul piano della prevenzione strutturale, Roma è interessata da programmi continuativi nelle scuole, che si sommano alla formazione degli operatori sanitari, delle forze dell'ordine e del personale educativo. Il coordinamento fra diversi attori sociali è finalizzato, perlopiù, a riconoscere precocemente i segnali di violenza e a ridurre il sommerso. Sempre nell'ambito della prevenzione primaria, si segnala che l'assessora Claudia Pratelli, ha avviato, da molto tempo, dei programmi di educazione socio-affettiva e di guida alle relazioni, che vengono svolti nelle scuole secondarie di primo grado, con un investimento complessivo di 420 mila euro rivolti a insegnanti ed enti del Terzo Settore. Proprio durante la relazione d'apertura svoltasi per il nuovo centro del Campus Bio Medico, si è detto con chiarezza che, prim'ancora del sostegno medico, psicologico e legale, occorre promuovere, sempre più e in diversi contesti, la consa-

pevolezza alle dinamiche di genere (a iniziare dalle discriminazioni digitali sin dall'età pre-adolescenziale fra gli 11 e i 14 anni). Il presidio ora attivo, tuttavia, andrà ad agire soprattutto nella prevenzione secondaria, finalizzata all'identificazione delle violenze anche in situazioni di assenza di denuncia formale. Gli indicatori di intervento medico, in questo caso, includono l'accesso al pronto soccorso per lesioni traumatiche, dopo un'attenta valutazione della presenza di sintomi somatici specifici. Sul versante psicologico, al CAV del Campus, così come per gli altri presenti su tutto il territorio, si andranno a considerare, con gli esperti, la manifestazione di disturbi d'ansia, di dissociazione e di ideazione suicidaria, di disturbi del sonno e dell'alimentazione, nonché segnali di ritiro sociale e di perdita di autonomia decisionale. Il Campus Bio Medico, inoltre, con la sua competenza di primo livello nella ricerca scientifica, ha messo a punto, nella progettazione delle linee guida del centro, alcuni indicatori noti come "indicatori di *outcome* nei percorsi di contrasto alle violenze di genere". Questi parametri permettono di valutare, con efficacia, i cambiamenti prodotti nella condizione di sicurezza e di autonomia delle donne coinvolte. L'analisi è utile soprattutto per ridurre il rischio di recidiva della violenza, per la diminuzione dei traumi collegati, valutabili attraverso scale cliniche validate, anche a livello internazionale. Infine è importante ricordare che l'accesso diretto è disponibile al mattino, ma la reperibilità telefonica, anche via whatsapp, è attiva 24 ore su 24. La violenza di genere – come evidente anche da questi supporti – non può esser più vista come un'emergenza personale, ma è una responsabilità pubblica, che inizia a partire dall'interruzione del silenzio come atto di giustizia.



STAMPA LOCALE ROMA CAPITALE

Dir. Resp.: Luciano Fontana

SANITÀ, INAUGURAZIONI AL REGINA ELENA

Terapie oncologiche: più tecnologie, spazi, anestesisti e infermieri

L'estensione del blocco operatorio su 600 metri quadrati, la realizzazione di due nuove sale e l'assunzione di anestesisti e infermieri. Ecco le novità dell'Ifo-Regina Elena e San Galliano presentate ieri: gli interventi sono costati complessivamente 2,2 milioni. Soddisfatto il presidente della Regione, Francesco Rocca: «Potenziare le cure per i malati di tumore».

a pagina 4 **Chieli**

Tumori, al Regina Elena nuove sale operatorie

Rocca inaugura il blocco chirurgico con le più moderne tecnologie, assunti anestesisti e infermieri

L'estensione del blocco operatorio su 600 metri quadrati, la realizzazione di due nuove sale, il potenziamento del personale. Ecco i nuovi servizi inaugurati ieri all'Ifo (Istituti fisioterapici ospitalieri Regina Elena e San Galliano): il costo complessivo dell'intervento che mira a potenziare le cure ai malati di tumore ammonta a 2,2 milioni. Alla presentazione c'erano tra gli altri il presidente della Regione, Francesco Rocca, il direttore della direzione regionale Salute e Integrazione sociosanitaria Andrea Urbani, e il direttore generale degli Ifo, Livio De Angelis. «Era una sfida difficile ma abbiamo raccolto risultati concreti - commenta il governatore -. A chi affronta una malattia oncologica e per

le famiglie coinvolte in questo difficile percorso, possiamo dire con orgoglio di garantire tra le migliori cure a livello nazionale».

Il presidio, già punto di riferimento per la chirurgia robotica d'avanguardia in ambito oncologico, grazie alla nuova organizzazione - spiegano dall'Ifo - potrà assicurare nuovi standard di assistenza, tecnologia e sicurezza. Oltre all'avanzamento tecnico delle apparecchiature diagnostiche di alto livello e all'ampliamento delle strutture, l'assunzione a tempo indeterminato di 17 anestesisti e 27 infermieri garantirà la continuità assistenziale e una netta riduzione delle liste d'attesa.

«Evitare che l'Ifo-Regina Elena perdesse ruolo e forza

era un dovere - sottolinea Rocca -. Oggi l'ospedale ha recuperato la sua piena centralità: finalmente, abbiamo dato corpo a una visione che rafforza la nostra oncologia pubblica».

Se infatti nel corso dell'ultimo anno sono stati effettuati quasi 7.400 interventi chirurgici in sede, sarà ora più facile gestire le operazioni, potendo contare su un totale di 10 sale operatorie dedicate esclusivamente alla chirurgia complessa e collegate digitalmente con la cartella clinica elettronica. L'avanzamento tecnologico è poi assicurato anche da apparecchiature all'avanguardia (tre sistemi robotici multiport e un sistema single-port, sette colonne laparoscopiche

3D/4K) capaci di garantire una maggiore precisione diagnostica e un più rapido recupero post operatorio.

Irene Chieli

Cure anticancro

Una delle nuove sale operatorie del Regina Elena, polo di riferimento per le patologie oncologiche





Servizio Regione Lazio

Ifo: nuovo blocco operatorio hi-tech e investimenti sul personale

Spesi 2,28 milioni per realizzare due nuove sale operatorie con i relativi servizi di supporto: per la gestione saranno assunti 17 anestesisti e di 27 infermieri

di Ernesto Diffidenti

30 gennaio 2026

E' stato inaugurato il nuovo blocco operatorio dell'IFO Regina Elena e San Gallicano ampliato di 600 mq con un investimento di 2,28 milioni e l'attivazione di due nuove sale operatorie e relativi servizi di supporto. Accanto all'ampliamento degli spazi arrivati a 3mila mq e al rafforzamento tecnologico, è prevista l'assunzione a tempo indeterminato di 17 anestesisti e di 27 infermieri.

Per Livio De Angelis, direttore generale IFO "l'ampliamento ci permetterà di incrementare le attività chirurgiche con un notevole vantaggio in termini di qualità delle cure e di abbattimento dei tempi di attesa per gli interventi di chirurgia oncologica".

Oltre 7.300 interventi chirurgici nel 2025

Il Blocco Operatorio si avvale di tre sistemi robotici multi-port e di un sistema single-port (SP), tra le acquisizioni più recenti. A supporto della chirurgia mininvasiva sono disponibili sette colonne laparoscopiche 3D/4K, strumenti avanzati per il trattamento dei tessuti e applicazioni di chirurgia guidata da fluorescenza, con benefici in termini di precisione e recupero post-operatorio.

Nell'ultimo anno agli IFO sono stati effettuati 7.377 interventi chirurgici, tra regime ordinario e day surgery, riferiti complessivamente agli Istituti Regina Elena e San Gallicano. Nel 2025 sono stati eseguiti 1.468 interventi di chirurgia robotica multi-port e single-port, con una crescita complessiva di circa il 55% negli ultimi cinque anni.

Investimenti complessivi di 101 milioni

Per il presidente della Regione Lazio, Francesco Rocca, presente al taglio del nastro "era un dovere evitare che l'IFO perdesse ruolo e forza. Con 101 milioni di euro di investimenti complessivi tra Pnrr ed edilizia sanitaria - ha aggiunto - abbiamo rafforzato, come mai prima, questa struttura. A chi affronta una malattia oncologica e per le famiglie coinvolte in questo difficile percorso, possiamo dire, con orgoglio, di garantire tra le migliori cure a livello nazionale".

All'IFO l'intero percorso oncologico, e in particolare la chirurgia, è supportato da clinica e tecnologia diagnostica di alto livello. Ad esempio, nel 2025 la medicina nucleare ha effettuato 6.390 PET, di cui 5.820 per pazienti ambulatoriali, mentre la radiologia si avvale di tecnologie di ultima generazione, tra cui il nuovo mammografo digitale 3D con tomosintesi. Servizi che confermano, insieme all'anatomia patologica il ruolo strategico dell'Istituto nella diagnosi, stadiazione e follow-up oncologico.

La tecnologia del nuovo blocco operatorio

In occasione dell'inaugurazione, direttamente dal centro congressi IFO, sono stati trasmessi in diretta quattro interventi di chirurgia oncologica robotica di alta complessità, più un intervento in laparoscopia. "Questi interventi - conclude De Angelis - sono la testimonianza di un modello clinico e organizzativo di eccellenza riconosciuto a livello internazionale. In collegamento dalle sale sono intervenute le équipes di urologia, ginecologia, otorinolaringoiatria, chirurgia toracica ed epatobiliopancreatica, che hanno mostrato in tempo reale come tecnologia, esperienza e lavoro di squadra si traducano in cura efficace per i pazienti".

35 progetti

Lotta ai tumori
l'Airc investe
sulla Sapienza

Oltre tre milioni di euro per la ricerca oncologica d'eccellenza. È il finanziamento ottenuto dall'università Sapienza da parte di Airc. La Fondazione Italiana per la ricerca sul cancro ha selezionato 35 progetti di ricerca della Sapienza che saranno sviluppati nel corso del 2026. L'ateneo romano sarà in prima linea per sviluppare progetti che possano

aiutare a riconoscere, diagnosticare e curare la malattia. Sapienza, infatti, fa parte delle Università che, a livello nazionale, sono supportate da Airc, la Fondazione che dal 1965 è impegnata nella battaglia contro il cancro.

Adinolfi a pag. 39

Sapienza, lotta ai tumori tre milioni per la ricerca: 35 progetti pronti a partire

► La Fondazione Airc premia l'ateneo romano finanziando decine di studi clinici e di base. La rettrice Polimeni: «Riconoscimento di altissimo valore scientifico»

IL FOCUS

Oltre tre milioni di euro per la ricerca oncologica d'eccellenza. È il finanziamento ottenuto dall'università Sapienza di Roma da parte di Airc. La Fondazione Italiana per la ricerca sul cancro, infatti, ha selezionato 35 progetti di ricerca della Sapienza che saranno sviluppati nel corso del 2026. L'ateneo romano, quindi, sarà in prima linea per sviluppare progetti che possano aiutare a riconoscere, diagnosticare e curare la malattia. Sapienza, infatti, fa parte delle Università che, a livello nazionale, sono supportate da Airc, la Fondazione che dal 1965 è impegnata nella battaglia contro il cancro.

LA PROCEDURA

I fondi deliberati dalla Fondazione Airc sono distribuiti prin-

cipalmente tra giovani ricercatori vincitori dei bandi Italy post doc, My first Airc grant, ma anche startup e ricercatori affermati, vincitori di Investigator Grant (IG). I 35 progetti selezionati da Airc, hanno passato un rigoroso processo di revisione, garanzia di qualità, merito e indipendenza. La procedura standard per tutti i progetti finanziati dalla Fondazione Airc.

L'IMPEGNO

Per la rettrice dell'ateneo, Antonella Polimeni, «i 35 finanziamenti assegnati dalla Fondazione Airc alle nostre ricercatrici e ai nostri ricercatori rappresentano un riconoscimento di altissimo valore scientifico e umano. Sono il segno della qualità della ricerca che si svolge alla Sapienza e dell'impegno costan-

te della nostra comunità accademica nel contribuire in modo concreto al progresso della conoscenza e alla lotta contro il cancro». La rettrice ha poi sottolineato l'importanza della collaborazione con Airc, «da sempre un partner fondamentale per la ricerca indipendente e d'eccellenza, e questi risultati confermano quanto investire nei giovani e nei gruppi di ricerca d'ec-



cellenza significhi investire nel futuro della salute».

Airc, infatti, è il principale finanziatore non profit della ricerca oncologica in Italia, sostenendo il lavoro di circa 5mila scienziati in quasi 100 strutture in tutta Italia.

GLI ALTRI RISULTATI

Questo non è l'unico risultato positivo ottenuto dai ricercatori di Sapienza nelle ultime settimane. Solo pochi giorni fa, l'ateneo si era aggiudicato anche il finanziamento di tre progetti europei nell'ambito dei prestigiosi Erc Proof-of-Concept grant, as-

segnati in questo caso nel campo delle nanotecnologie, dell'ingegneria biologica e delle neuroscienze cognitive. Vincendo i finanziamenti per i tre progetti, Sapienza ha ottenuto quindi il miglior risultato di sempre per l'ateneo in questa tipologia di finanziamenti.

Solo un mese fa, invece, Sapienza si era aggiudicata anche la cifra record di oltre 30 milioni per 24 progetti, finanziati in questo caso dal ministero dell'Università e della Ricerca nell'ambito del terzo bando del Fondo Italiano per la Scienza (Fis 3), il

programma nazionale che sostiene la ricerca di base più innovativa.

Chiara Adinolfi

LE PROPOSTE HANNO SUPERATO UN RIGOROSO PROCESSO DI SELEZIONE FONDI DISTRIBUITI TRA GIOVANI RICERCATORI E SCIENZIATI AFFERMATI



Il rettore dell'Università Sapienza di Roma
L'ateneo si è aggiudicato un finanziamento da oltre tre milioni per la ricerca oncologica d'eccellenza

