

30 settembre 2025

RASSEGNA STAMPA



ARIS
ASSOCIAZIONE
RELIGIOSA
ISTITUTI
SOCIO-SANITARI

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

DIEGO
M
MILANO
DIEGOM.IT

la Repubblica



Fondatore
EUGENIO SCALFARI

Direttore
MARIO ORFEO



Rcultura
Svelati i segreti
dell'archivio le Carré
di **ANTONELLO GUERRERA**
alle pagine 42 e 43

Rsport
Giannelli: volley d'oro
vogliamo pure l'Europeo
di **MATTIA CHIUSANO**
a pagina 49



Martedì
30 settembre 2025
Anno 50 - N° 231

In Italia **€ 1,90**

Marche, vince il centrodestra bis di Acquaroli

FdI primo partito, crollo della Lega
Schlein: ora sfida in altre cinque Regioni



52,5%
Acquaroli-Centrodestra



44,4%
Ricci-Centrosinistra

Le Marche restano al centrodestra. Non c'è alcun testa a testa, ma una vittoria netta. Il presidente uscente Francesco Acquaroli (FdI) batte di otto punti il rivale di centrosinistra Matteo Ricci e viene confermato alla guida della Regione. La premier Giorgia Meloni esulta: «Gli elettori ci premiano». La segretaria del Pd Elly Schlein guarda alle prossime scadenze elettorali e promette che «l'impegno unitario continua con determinazione». Fratelli d'Italia vola al 27,4 per cento ed è il primo partito. La Lega al 7,3 per cento, molto ridimensionata rispetto alle ultime regionali.

di **BEI, CERAMI, DE CICCO, PALUMBO e VITALE** alle pagine 10, 11, 12 e 13

La gelata sul campo largo

di **ANNALISA CUZZOCREA**

Se lo scarto fosse stato minore, sarebbe stato diverso. Ma otto punti di distanza dal candidato che si pensava di poter battere impongono al centrosinistra più di una riflessione. Matteo Ricci, Pd, ha perso contro Francesco Acquaroli, FdI, nelle Marche.

a pagina 12



Gaza, il piano Trump ultimatum a Hamas

Accordo con Netanyahu: ostaggi liberi in 72 ore, transizione Usa-Blair
"Se la proposta di pace sarà respinta, Israele libero di finire il lavoro"

di **PAOLO MASTROLILLI NEW YORK**

Un giorno storico per la pace, potenzialmente uno dei più grandi per la nostra civiltà. La passione per l'iperbole non ha mai fatto difetto a Donald Trump.

alle pagine 2, 3 e 4 con i servizi di **CAFERRI e TONACCI**

Flotilla, stop alle mediazioni oggi le barche in zona rischio

di **CANDITO, CIRIACO, BOCCI, FOSCHINI, MACOR e ZINITI** alle pagine 6, 7, 8 e 9

octopusenergy

L'energia non deve costarci il mondo

Trustpilot octopusenergy.it

La Moldova e quello schiaffo al Cremlino

L'ANALISI
di **PAOLO GARIMBERTI**

La Russia cerca sistematicamente di avvelenare i pozzi in Europa. Soprattutto in quella parte orientale che, prima del 1989, l'Unione Sovietica controllava politicamente e militarmente attraverso la costellazione satellitare del Patto di Varsavia.

a pagina 15
servizi di **CASSETTI** a pagina 17



San Siro, strappo di Forza Italia aiuta il sindaco

di **BERIZZI, ROMANO e VENNI**
alle pagine 22 e 23

Affrontiamo il clima che cambia con filosofia

LE IDEE
di **STEFANO MANCUSO**

In fisica si definisce instabile ogni sistema impossibile da controllare a causa del suo comportamento imprevedibile. Prendiamo, ad esempio, il caso di tre corpi nello spazio che orbitano l'uno intorno all'altro e di cui si conoscano sia le posizioni iniziali che la velocità. Si tratta del famoso problema dei tre corpi.

a pagina 41

CORRIERE DELLA SERA

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02 63821
Roma, Via Campana 59 C - Tel. 06 688281

FONDATA NEL 1876

Servizio Clienti - Tel. 02 6387530
mail: servizioclienti@corriere.it

Cinema e AI
Il caso di Tilly Norwood
L'attrice che non esiste
di **Walter Veltroni**
a pagina 54

Marc Marquez
«Rinato dal dolore
mi godo il trionfo»
di **Daniele Sparisci**
a pagina 61



Il primo ministro israeliano Benjamin Netanyahu e il presidente degli Stati Uniti Donald Trump in conferenza stampa nella Sala da pranzo di Stato della Casa Bianca

Gaza, transizione a guida Usa. Paesi arabi coinvolti
**Netanyahu accetta
il piano di Trump**
« Hamas dica sì
o non ci fermiamo »

L'ELEZIONE IN MOLDAVIA
Sandu l'europeista
batte i filo-russi

di **Marco Imarisio**
a pagina 17

L'INTERVISTA CINGOLANI
«Armi, a Leonardo
accuse false»

di **Federico Fubini**
a pagina 9

di **Giulio Fasano**
e **Viviana Mazza**

Un piano per la pace a Gaza
in venti punti. Trump, che
ha parlato di giornata storica,
lo ha presentato ieri, quando
ha ricevuto alla Casa Bianca
Netanyahu. Ostaggi liberi in 72
ore, transizione con gli Usa e
Blair, ricostruzione della Striscia
per i palestinesi. Il sì da
Netanyahu e i dubbi di Hamas.
«O così — ha detto Trump —
o finiremo il lavoro».

da pagina 2 a pagina 9
Arachi, Privitera
Ricci Sargentini, Salom

Regionali Il governatore confermato con il 52,5% dei voti. Affluenza in calo. In Valle d'Aosta prevalgono gli autonomisti

Marche, la vittoria del centrodestra

Il bis di Acquaroli. FdI è il primo partito. La delusione di Schlein: «L'impegno non è bastato»

NIENTE ALIBI

di **Massimo Franco**

L'unica ombra, nella vittoria netta della maggioranza nelle Marche, è l'astensionismo che ha ridotto la partecipazione al 50 per cento: 9 punti in meno rispetto al 2020. Significa che nemmeno la presenza massiccia in campagna elettorale di uomini e donne del governo, compresa la premier Giorgia Meloni, e dei vertici di opposizioni stavolta unite, è riuscita a vincere un'apatia e una sfiducia radicate. Ma l'affermazione del presidente di FdI, Francesco Acquaroli con quasi otto punti di distacco, è ossigeno per un governo a caccia di conferme, e in attesa del risultato delle Marche anche per sbloccare la trattativa sulle candidature della destra nelle altre regioni.

continua a pagina 42

di **Cesare Zappari**

Marche ancora al centro-destra, Francesco Acquaroli è stato rieletto presidente della Regione. Il governatore uscente di FdI ha superato il 52% battendo l'ex sindaco di Pesaro, l'europarlamentare pd Matteo Ricci sostenuto dal campo largo, che si è invece fermato al 44%. FdI è il primo partito. Preoccupa l'astensionismo, che ha ridotto la partecipazione al 50%. La delusione di Schlein: «L'impegno non è bastato». Meloni: «Premiato il buon lavoro». In Valle d'Aosta vittoria netta degli autonomisti.

da pagina 10 a pagina 15
M. Cremonesi
Gressi, Logroscini
Lorenzetti, Meli

GIANNELLI



IN PRIMO PIANO

PARLA ARIANNA MELONI
«È il segnale
che l'Italia
si fida di noi»

di **Paola Di Caro**
a pagina 12

IL BILANCIO DEL VOTO
Una sconfitta
che indebolisce
la linea di Elly

di **Francesco Verderami**
a pagina 11



Un nuovo testamento di Gianni Agnelli, risalente al 1998 e apparentemente inedito, è stato depositato ieri in tribunale a Torino. Dice: «A Edoardo il 25% della Dacia». A consegnarlo ai giudici i legali di Margherita, figlia dell'avvocato, all'interno della causa civile contro i figli John, Lapo e Ginevra Elkann. Che decisero replicare: «Non incide su nulla».

a pagina 27

IL CAFFÈ

di **Massimo Gramellini**

Sembra un altro e invece è lui. O sembra lui e invece è un altro. Con Sgarbi non si sa mai. L'assenza del cluffo e degli occhiali gli consegna un'aria mansueta, quindi antisgarbiana e soprattutto anticiclica. Viviamo infatti nel tempo dell'aggressività verbale e della polemica divisiva. Un'arte di cui lo storico (dell'arte) è stato un maestro e un precursore. Ci provò Grillo a imitarlo, però come tutti i predicatori funzionava solo nei monologhi. Mentre Sgarbi non è mai stato un predicatore, ma un provocatore e si è sempre esaltato nei dialoghi, che lui trasformava inesorabilmente in duelli, grazie al sangue freddo che gli permetteva di restare calmo fingendo di arrabbiarsi. Intollerante nei modi più che nelle idee, libertario e libertino.

Sgarbi dopo Sgarbi

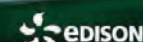


La foto diffusa dai suoi social lo ritrae al seggio elettorale di San Severino Marche, uno dei paesi più belli d'Italia e dunque del mondo, dove è stato anche sindaco. La figlia Evelina, che gli ha fatto causa per quell'inestricabile miscuglio di affetto ed egoismo di cui è intessuto l'amore filiale, dice di non riconoscerlo più. Non saprei, ma c'è qualcosa in quell'immagine che mi commuove. Una reazione paradossale e contraddittoria, lo riconosco, perché a provocarla è l'assurda nostalgia per gli aspetti del suo carattere che lo rendevano insopportabile. Come quando, guardando un leone diventato fragile, ne rimpiangiamo l'antica energia, che pure a suo tempo ci aveva infastidito e qualche volta spaventato.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Futuro in corso.

Da oltre 140 anni, siamo impegnati per il progresso e la sicurezza energetica del Paese. Anche adesso, anche qui.



Diventiamo l'energia che cambia tutto.

PESCARA
"Io, schedato in ospedale perché sono omosessuale"

FILIPPOFIORINI — PAGINA 20



IL LEGALE DI SEMPIO
"Un'organizzazione criminale dietro il delitto di Chiara Poggi"

NICCOLÒZANCAN — PAGINA 21



IL CALCIO
Ko a Parma, baratro Toro ora Baroni può saltare

BARILLÀ, ODDENINO — PAGINE 36 E 37

1.90€ II ANNO 159 II N. 269 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, DCB - TO II WWW.LASTAMPA.IT



LA STAMPA

MARTEDÌ 30 SETTEMBRE 2025

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



NETANYAHU DICE SÌ AL PIANO TRUMP: "OSTAGGI LIBERI IN 3 GIORNI, SE HAMAS RIFIUTA ISRAELE POTRÀ FINIRE IL LAVORO". I MILIZIANI APRONO



Gaza, 72 ore per la pace

ALBERTO SIMONI

Per dire di sì Bibi vuole anche la grazia

NELLO DEL GATTO — PAGINA 3

Il solo patto possibile, ma pieno di rischi

STEFANO STEFANINI — PAGINA 8

La stretta di mano fra Donald Trump e Benjamin Netanyahu ieri alla Casa Bianca dopo la conferenza stampa congiunta

I PUNTI DELL'ACCORDO

**Si alla Palestina
amnistia ai terroristi**

FRANCESCO IANNUZZI

Un cessate il fuoco condizionato al rilascio, entro 72 ore, di tutti gli ostaggi, vivi o morti. In cambio la libertà 250 detenuti palestinesi. Poi il graduale ritiro dell'esercito israeliano dalla Striscia. — PAGINA 4

Un piano in 20 passaggi per porre fine a due anni di conflitto a Gaza. Il presidente Trump l'ha illustrato ieri nella Dining Room della Casa Bianca. Al suo fianco c'era il premier israeliano Benjamin Netanyahu.

MALFETANO, SEMPRINI — PAGINE 2-4

**La mission impossible
di Tony Blair**

MARCO VARVELLO — PAGINA 7

L'INTERVISTA

**Jebreal: ora vediamo
se l'esercito si ritira**

FABIANA MAGRI

«Il piano è lo stesso presentato un anno fa all'Onu dal ministro degli Esteri giordano. Il punto cruciale, in questa versione di Trump, sono le 8 fasi per il ritiro dell'Idf: dubito avverrà» dice Rula Jebreal. — PAGINA 6

IL CASO

**Flotilla a un passo
dalla Zona Rossa**

ELEONORA CAMILLI — PAGINA 10

**Se gli attivisti fanno
il lavoro degli Stati**

NATHALIE TOCCI — PAGINA 11

LA POLITICA

**Acquaroli batte
il campo largo
Schlein, la sconfitta
va oltre le Marche**

ALESSANDRO DE ANGELIS



La sconfitta è più grande delle Marche per Elly Schlein e il famoso campo largo. Lo è per dimensioni. Otto punti già sono una batosta, in una regione che fu rossa fino a 6 anni fa. — PAGINA 29

IL COMMENTO

**E Meloni canta
tre vittorie**

FLAVIA PERINA

Niente Vae Victis, il centrodestra sceglie (con rare eccezioni) la chiave della vittoria sobria. Ogni dichiarazione è all'insegna della contenenza — il successo figlio della concretezza, della coerenza, del buongoverno — anche se il divario di otto punti tra Acquaroli e Ricci consentirebbe fuochi d'artificio. Il secondo mandato conquistato da FdI, visto dal mondo meloniano, è la garanzia di superare indenne l'intera tornata delle Regionali. — PAGINA 29

LA VALLE D'AOSTA

**L'Union Valdôtaine
ferma il centrodestra**

STEFANO SERGI

Una valanga autonomista ha sepolto in Valle d'Aosta i sogni di gloria del centrodestra. Lo spoglio ha sancito il successo dell'Union Valdôtaine: 31,9%. — PAGINA 13

Buongiorno

Charles Darwin è il nemico pubblico dell'America trumpiana, dice lo scrittore David Quammen in una bella intervista a Raffaella De Santis. Il rinascere dibattito fra evuzionisti e creazionisti trova un campo di battaglia in cui i secondi hanno un inaspettato vigore, continua Quammen, e deriva dalla confusione fra fede e governo. Non è mica una tesi campata in aria: Charlie Kirk, di cui c'è un culto nella destra americana, è una carnevalesca imitazione nella destra italiana (da qualche decennio ormai qui è tutto uno sketch), definiva illusoria l'esistenza di una separazione fra Chiesa e Stato. È incredibile e spaventoso. Dopo l'11 settembre del 2001 ci siamo detti che nulla più sarebbe stato come prima. Quegli aerei dirottati e scagliati contro le Torri Gemelle e il Pentagono erano la risposta

scandalizzata al trionfo del mondo senza frontiere, del libero scambio, soprattutto delle democrazie liberali basate sulla separazione laica della legge di Dio, attinente la sfera privata, dalla legge degli uomini, attinente quella pubblica. Gli aerei sulle Torri Gemelle e sul Pentagono inaugurarono la lunga stagione dell'Allah Akbar, Dio è il più grande. E infatti non c'è separazione fra Stato e Chiesa, secondo la tumultuosa destra americana. E il volere divino ha sacerdoti dentro il governo israeliano, benedice la mano di Putin in Ucraina, ispira il pugno di Orbán in Ungheria e avanti così. Dio è grande sempre di più e non è necessariamente Allah, ed è per questo che il mio pensiero va sempre alla ragazze iraniane, perché davanti all'oscurantismo la resistenza più schietta e commovente è la loro.

La Resistenza

MATTIA FELTRI



IL NUOVO LIBRO DI
ALDO CAZZULLO

**FRANCESCO
IL PRIMO ITALIANO**

HarperCollins



Martedì 30 settembre 2025

ANNO LVIII n° 231
1,50 €
San Girolamo
sacerdote e dottore
della Chiesa

Edizione di Roma
data 09.25

Avvenire

Quotidiano di ispirazione cattolica www.avvenire.it



Editoriale

Il proiettile, l'appello a convertirsi NON PERDO LA SPERANZA

MAURIZIO PATRICHELLO

Lunedì, festa dei santi Arcangeli. Di buon mattino, Alessandro e Gennaro, i poliziotti che rischiano la loro vita per tutelare la mia, mi accompagnano a Napoli. Da tempo ho promesso alle mie amiche monache di clausura di predicare loro un corso di esercizi spirituali. Una grazia. Il silenzio ovattato, le volte affissime, le tele annerite, l'ordine, il coro ligneo intagliato, il canto dolcissimo delle suore mi trasportano in un tempo senza tempo. Ne avevo bisogno. Un dono del Signore. Domenica, infatti, è stata, per me e per la mia comunità, una giornata pesante. Alla Messa dei bambini, Vittorio, un uomo che conosco e al quale voglio bene, si è messo in fila per ricevere l'Eucarestia. Strano, non lo fa mai. Vittorio non è una persona qualsiasi, purtroppo, è il suocero di Mimmo Ciccarelli, appartenente al clan camorristico Sautto - Ciccarelli. Suo genero è in carcere, insieme alla moglie, ai fratelli e allo stesso Sautto. Approfondendo di questo vuoto di potere, sabato sera, i loro avversari hanno fatto irruzione nel quartiere, terrorizzando gli abitanti con una doppia "stesa". Che cos'è una stesa? Un corteo di motociclisti che sfrecciano sparando colpi all'impazzita. Un linguaggio. Stanno dicendo che, da quel momento, in quel quartiere, comandano loro. Ancora increduli e impauriti, dopo la sparatoria, ci accingiamo a celebrare la Messa, quando Vittorio, anch'egli visibilmente scosso, entra in chiesa e si ferma a chiacchiere con noi. A un certo punto, dice: «A me, nessuno potrà mai fare niente: sono stato ritenuto incapace di intendere e di volere». Con questa diagnosi, evidentemente, si sente al sicuro. Di atteggiamenti strani e pericolosi. Vittorio, in questi anni, ne ha avuti tanti.

continua a pagina 8

Editoriale

Etica della relazione nell'era dell'IA VOCI E VOLTI PER NAVIGARE

CHIARA GIACARDI

Irena scelto da papa Leone XIV per la Giustizia Giordani, monache di clausura. Comunicazioni sociali: «Custodire voci e volti umani» - tocca il cuore di una questione che definisce il nostro tempo: come mantenere l'umanità al centro quando la tecnologia pervade ogni aspetto della nostra esistenza, e il confine tra macchine ed esseri umani sembra assottigliarsi sempre più. Per Platone, e altri dopo di lui, la tecnica è un "farmaco": da una parte ci cura e potenzia le nostre capacità, ma dall'altra ci intossica. E queste due dimensioni, con buona pace di apocalittici e integrati, sono inevitabili e inseparabili. Quello che possiamo tentare è una "farmacologia positiva", che limiti gli effetti tossici e valorizzi quelli curativi. L'intelligenza artificiale offre certe possibilità straordinarie - dalla diagnosi medica precoce alla risoluzione di problemi complessi, dall'efficienza comunicativa all'accessibilità dell'informazione. Tuttavia, il Papa ci avverte che la stessa tecnologia può generare «contenuti accattivanti ma fuorvianti, manipolatori e dannosi, replicare pregiudizi e amplificare disinformazione». Il linguaggio digitale traduce tutto nella logica binaria dello 0/1. Questa semplificazione sta contagiando sempre più il nostro pensiero e, nulla genera più inganno della rabbia e dell'indignazione. Si crea così un circolo vizioso dove la moderazione viene punita e l'estremismo premiato.

continua a pagina 14

IL FATTO Nuova proposta di pace in 20 punti per il Medio Oriente. Il premier si "scusa" con Doha per il raid

Cambio di piano

Trump modifica il progetto per la tregua a Gaza. Si di Israele, telefonata con il Qatar
Hamas prende tempo. La Flotilla intanto tira dritto, da domani sarà in zona a rischio



LAUDATO SI' L'impegno delle religioni

LE URNE

La Moldavia
ferma i filorusi
Soddisfazione Ue:
«Porte aperte»

NELLO SCAVO

Neanche stavolta i sostenitori di Mosca sono riusciti a riconquistare il potere facendo ripiombare la Moldavia al suo ruolo di satellite russo, con tra i tempi dell'Unione sovietica. Il partito di governo filo-uropeo ha ottenuto una vittoria netta sul blocco rivale platealmente legato al Cremlino. Tradotto: Chisinau entro il 2030 potrà facilmente essere ammessa all'Unione europea.

I servizi

a pagina 4

Al termine della faccia a faccia con il premier israeliano, il presidente Usa ha presentato il testo dell'accordo che ha già incassato il sì di Israele. Un programma per «la pace nell'intero Medio Oriente non solo a Gaza». Il documento, in venti punti, affida il governo della Striscia a un Consiglio di transizione presieduto dallo stesso tycoon mentre Tony Blair avrà un ruolo da protagonista. Ambigue le affermazioni sul ritiro dell'esercito di Tel Aviv «in tempi da concordare tra le parti» e sullo Stato palestinese previsto in un «futuro da definire». Trump garantisce: ostaggi «liberi in 72 ore» e amnistia per i miliziani che deporranno le armi. «Se il gruppo armato non accetterà, Netanyahu sarà libero di finire il lavoro con il sostegno di Washington». Hamas ribadisce: non siamo stati interpellati.

Primopiano alle pagine 2-3

REGIONALI In Valle d'Aosta exploit degli autonomisti dell'Union che raddoppiano

Le Marche confermano Acquaroli e il centrodestra

Nessuna sorpresa nella regione del Centro Italia. Il centrodestra respinge l'assalto del "campo largo" e Francesco Acquaroli, governatore uscente, ottiene un netto bis, con circa 8 punti sullo sfidante Matteo Ricci. Che afferma: «È stata una lotta impari, smentita l'inchiesta a mio carico». Fdl è il primo partito, crolla rispetto a 5 anni fa la Lega, superata da Fd, Euslanto Meloni e Tajani: «Premiato il buon governo». Schleis: avanti sull'impegno unitario. I dubbi di Conte: la nostra proposta non ha convinto. In Val d'Aosta raddoppiano il consenso gli autonomisti dell'Uv, probabile una replica dell'alleanza con il centrosinistra.



Francesco Acquaroli

Primopiano a pagina 5

IN MICHIGAN

Un altro atto d'odio
Ex marine fa strage
uccisi 4 mormoni

Un veterano dell'Iraq ha preso d'assalto un tempio in Michigan, sparando sui fedeli: 4 morti e 9 feriti. «Odiava la chiesa mormona». Poi è stato ucciso. La Casa Bianca: «Ancora un attacco contro i cristiani»

Gerolamo
a pagina 12

Cristiani ed ebrei a difesa del Creato

Domani papa Leone XIV aprirà la Conferenza "Raising Hope" per il decimo anniversario della *Laudato si'*. Parteciperà all'evento il rabbino Jonathan Neril, uno dei principali interpreti del rapporto tra religione ed ecologia. «La crisi ambientale è una crisi spirituale: i disordini che vediamo riflettono lo squilibrio interiore di miliardi di esseri umani». I testi di Shabbat, Shmita e Bal tashchit. Quindi l'invito: «Se la Bibbia ci mette in guardia dal distruggere gli alberi da frutto, a maggior ragione dovremmo stare attenti a non sprecare il frutto stesso».

Averaimo e Ugletti a pagina 6

Verde da rilanciare in città Crediti per la biodiversità

Basilico e Martinelli a pagina 7

FESTIVAL DELL'EDUCAZIONE

Un nuovo sguardo sulle città
da donne, migranti e giovani

Ferrario a pagina 10

IL DATO ISTAT DI AGOSTO

Il conto dei dazi di Trump:
l'export italiano cala del 21%

Arena a pagina 13

Ripartenze

Giorgio Paolucci

Due lezioni

Faccio tesoro di due piccole grandi lezioni di giornalismo arrivate da chi, pur non appartenendo alla categoria, sa indicare la strada da percorrere. Leone XIV, incontrando per la prima volta gli operatori della comunicazione, aveva ricordato: «Viviamo tempi difficili da percorrere e da raccontare, che rappresentano una sfida per tutti noi e che non dobbiamo fuggire. Al contrario, essi chiedono a ciascuno, nei nostri diversi ruoli e servizi, di non cedere mai alla mediocrità. La Chiesa deve accettare la sfida del tempo e, allo stesso modo, non possono esistere una comunicazione e un giornalismo fuori dal tempo e dalla storia. Come

ci ricorda Sant'Agostino, che diceva: *Viviamo bene e i tempi saranno buoni. Noi siamo i tempi*». Papa Francesco in occasione del Giubileo della comunicazione aveva esortato a essere «comunicatori di speranza», a «scoprire e raccontare le tante storie di bene nascoste fra le pieghe della cronaca; a imitare i cercatori d'oro, che setacciavano instancabilmente la sabbia alla ricerca della minuscola pepita», invitando a non «ridurre la realtà a slogan», a «dare spazio alla fiducia del cuore che, come un fiore esile ma resistente, non soccombe alle intemperie della vita più asbica e cresce nei luoghi più impensati». E: quello che sommessamente ho cercato di fare accompagnando i lettori alla scoperta di qualche pepita.

© emmauspress - Azzurro

Agorà

LA GIORNATA

Maxime Rove: «La traduzione è sempre un atto di pace»

Gianetta a pagina 17

TEATRO

Latini porta in scena il mistero degli angeli secondo Pasolini

Cavini a pagina 19

VELA

L'altra faccia di Luna Rossa è femmina e velocissima

Capretti a pagina 20





Servizio Sanità24

Attive 660 Case di comunità, solo 46 con tutti i servizi

Il report. Su 1723 programmate solo 46 erogano tutti i servizi previsti. Sud in ritardo drammatico con Abruzzo, Basilicata e Campania a zero centri

30 settembre 2025

Ci sono 660 Case di Comunità aperte in Italia delle 1723 programmate dalle Regioni e solo 41 sono quelle al Sud, nessuna in Abruzzo, Basilicata e Campania (con l'eccezione al Nord di Bolzano). Ma la cosa più clamorosa è che di quelle attive soltanto 46 forniscono tutti i servizi che dovrebbero erogare per legge ai cittadini. In più solo in 172 di queste strutture che dovrebbero dare una mano ad alleggerire le code nei pronto soccorso c'è una presenza di almeno un medico nell'arco delle 12 ore di apertura (24 ore in quelle più grandi) pronto a visitare i pazienti e solo in 162 c'è un ambulatorio infermieristico nello stesso range orario per fare medicazioni o altri interventi al bisogno. Infine sono sempre 172 le Case di comunità con tutti i servizi attivi, a parte appunto la presenza stabile di medici e infermieri. Gira intorno a questi numeri la fotografia impietosa scattata dall'ultimo report Agenas a neanche un anno dal traguardo del Pnrr previsto a giugno 2026 sulla riorganizzazione delle cure sul territorio che solo su queste strutture investe 2 miliardi. Il monitoraggio che riporta i dati al primo semestre di quest'anno certifica due cose: la prima è il ritardo soprattutto al Sud nell'apertura di questi maxi-ambulatori sul territorio nati perché durante il Covid ci si è accorti che ne eravamo sguarniti, un ritardo che potrebbe essere colmato con un miracoloso rush finale anche perché il target minimo fissato dalla Ue a giugno prossimo per non richiedere i fondi indietro è di 1038 strutture. La seconda è che anche se si arrivasse ad aprire in un vicino futuro tutte e 1723 le strutture programmate dalle Regioni difficilmente queste avranno il personale necessario per attivare tutti i servizi che dovrebbero erogare: dai prelievi alle vaccinazioni, dall'assistenza domiciliare alle prenotazioni delle prestazioni fino all'integrazione con i servizi sociali, ma soprattutto visite anche con la telemedicina e i primi esami diagnostici (come ecografie, spirometrie, ecc.) che smaltirebbero gli accessi in ospedale. Un flop su cui pesa la mancata riforma dei medici di famiglia che si vorrebbe ben presenti in queste strutture (si veda articolo a fianco) e i ritardi delle Regioni nelle assunzioni nonostante i fondi stanziati dal ministero della Salute nella scorsa legge di bilancio.

Ma vediamo i numeri: in testa nell'attivazione di una Casa di comunità (Cdc) con almeno un servizio attivo, la Valle d'Aosta (tutte e quattro le Cdc programmate già attivate) su 4 il Friuli Venezia Giulia con 30 Cdc attive su 32 programmate, il Veneto con 63 su 99, l'Emilia Romagna (140 Cdc su 187), la Lombardia con 142 su 204, la Toscana con 70 su 157. Mentre Abruzzo, Basilicata, Campania, Bolzano, come detto, sono ancora oggi a zero strutture e fanno poco meglio Calabria (2 su 63 Cdc), Molise (2 su 13), Puglia (1 su 123), Sardegna (27 su 80) e Sicilia (9 su 161). Quando si guarda al personale in termini di presenza medica e infermieristica secondo quanto previsto dal Dm 77 però la musica cambia per tutti o quasi: ben 9 Regioni non centrano l'obiettivo con zero strutture e sono appunto Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Friuli Venezia-Giulia,

Bolzano, Bolzano, Trento, Puglia e Sardegna. Un quadro sconcertante, lontanissimo dal parametro standard: presenza medica di 24 ore al giorno per 7 giorni alla settimana nelle Cdc "hub" e di almeno 12 ore al giorno per 6 giorni a settimana nelle Cdc "spoke". Mentre per gli infermieri si richiedono almeno 12 ore al giorno, 7 giorni su 7, nelle Cdc hub e almeno 12 ore al giorno (6 giorni su 7) nelle Cdc spoke. La Regione che fa meglio da questo punto di vista è la Lombardia con 12 case di comunità complete di tutto, ma sulle ben 204 che ha programmato. Segue l'Emilia Romagna (8 Cdc con personale a pieno regime sulle 187 programmate) e la Toscana (7 su 157) e poi il Lazio con 5 case di comunità a pieno regime con tanto di medici e infermieri ma, anche qui, su 146 in cantiere.

FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO

Caos medici, slitta il profilo sintetico dei pazienti

Dovrebbe contenere le informazioni sanitarie principali di ogni paziente e diventa cruciale in caso di emergenze, perché può essere consultabile da parte di medici e strutture anche in mancanza del consenso esplicito del diretto interessato. È il Profilo sanitario sintetico (Pss) o Patient Summary: il documento informatico contenuto all'interno di ogni fascicolo sanitario elettronico che, secondo un decreto del ministero della Salute, doveva essere operativo da oggi. Ma i medici di famiglia, che avevano il compito di compilarlo e gestirlo, denunciano «enormi difficoltà» a partire dai sistemi informatici non aggiornati, oltre

ai problemi che si pongono in termini di privacy e sicurezza dei dati. E così è in arrivo una proroga per redigerlo a fine dicembre in un decreto che sarà esaminato dalla Conferenza Stato Regioni di giovedì.

—**Marzio Bartoloni**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Pensioni e previdenza

Nuovi sostegni ai lavoratori oncologici

VITTORIO SPINELLI

Chi si trova ad affrontare situazioni difficili, come le sofferenze causate da patologie oncologiche, sa bene che oltre all'opera dei medici e degli specialisti, vi sono altri aspetti della vita quotidiana che necessitano di un sostegno e di una attenzione particolare. A questo mira la nuova legge 106 del 18 luglio scorso che, alle tutele già in vigore per i pazienti oncologici, aggiunge nuove misure a sostegno dei lavoratori dipendenti e delle lavoratrici affetti da tumori. Sono interessati i dipendenti pubblici e privati affetti da neoplasie, oppure da malattie invalidanti o croniche o anche rare, che comportano una invalidità pari o superiore al 74 %. Necessaria una certificazione introduttiva del medico di base o del medico specialista di una struttura pubblica, o privata accreditata col Servizio Sanitario Nazionale. Fatti salvi migliori trattamenti previsti dal contratto di lavoro, la nuova legge introduce il diritto alla conservazione del posto di lavoro, ma senza retribuzione. Sono invece retribuiti i permessi per effettuare visite, esami strumentali e cure mediche. I lavoratori hanno inoltre diritto a un periodo di congedo,



continuativo o frazionato, fino a 24 mesi, da utilizzare dopo la scadenza delle altre assenze già consentite nello specifico (malattia, infortuni, ecc.) con o senza retribuzione. Questo congedo spetta anche ai dipendenti con un figlio minore affetto da malattia oncologica in fase attiva o nei controlli preventivi (follow up). Il "congedo oncologico" non è computabile nell'anzianità di servizio né per i trattamenti della previdenza. Apre perciò una parentesi vuota nel rapporto di lavoro con tutti i suoi effetti. Tuttavia è consentito riscattare a proprio carico il periodo di congedo versando i relativi contributi, calcolati con le norme della prosecuzione volontaria. Si attende ora dall'Inps l'emanazione di una apposita circolare con le necessarie indicazioni operative, nel rispetto dei requisiti richiesti per i versamenti volontari attualmente in vigore: avere almeno 5 anni di contributi obbligatori complessivi, oppure almeno 3 anni negli ultimi cinque che precedono la domanda di prosecuzione. Gli importi da versare (pari al 33% dell'ultima retribuzione e completamente deducibili dal reddito) sono ampiamente illustrati dall'Inps nella circolare n. 58 del 14 marzo scorso





Servizio Il monitoraggio

Anziani, rinuncia alle cure fino al 40% per chi non riesce ad arrivare a fine mese

Dopo la pandemia migliora il dato sugli over 65 che non si sottopongono a visite necessarie ma il Sud è sempre in affanno (23%) e in tutta Italia la povertà e le liste d'attesa tagliano fuori dal Ssn 4 persone anziane su dieci

di Barbara Gobbi

29 settembre 2025

Gli anziani in Italia sono oltre 14,5 milioni pari a circa un quarto della popolazione del Paese e con il loro carico di cronicità incidono notevolmente sul Servizio sanitario nazionale e in generale sulla tenuta del Welfare. Ma un'ampia quota resta fuori dalle cure anche oggi, a distanza di 5 anni pieni dalla pandemia di Covid-19 che a questa fascia di popolazione ha presentato il conto più amaro in termini sia di vittime sia di esclusione dal Ssn.

Nell'ultimo biennio analizzato (2023-2024) dall'Istituto superiore di sanità i dati sulla rinuncia a visite ed esami sono in miglioramento ma sempre critici e soprattutto estremamente eterogenei per aree del Paese - con il Sud a tinte fosche - e "crudi", nel rappresentare un picco di emarginazione proprio tra le persone over 65 più fragili per condizioni fisiche e sociali e in difficoltà economica. Per due terzi degli esclusi, la causa dell'allontanamento dall'assistenza sono le liste d'attesa, come certifica l'Iss con i nuovi dati sulla sorveglianza "Passi D'Argento", pubblicati in vista della Giornata internazionale dell'Anziano del 1 ottobre.

Il portafoglio fa la differenza

I dati mostrano che, dopo i picchi registrati durante la pandemia da Covid-19, la quota di persone ultra65enni che dichiara di aver rinunciato a prestazioni sanitarie necessarie continua a ridursi: dal 23% del biennio 2022-2023 al 18% del biennio 2023-2024. Ma questo miglioramento complessivo - avvisano dall'Iss - non è distribuito in modo uniforme.

Le difficoltà economiche continuano a rappresentare un fattore critico: nel biennio 2023-2024 la rinuncia a visite mediche ed esami diagnostici è pari al 25% tra chi dichiara di arrivare a fine mese con qualche difficoltà e raggiunge il 40% tra chi ne dichiara molte, senza segnali di miglioramento rispetto al biennio precedente.

«Il quadro che emerge è quello di una popolazione che, pur mostrando un generale miglioramento rispetto agli anni della pandemia, continua a sperimentare barriere economiche, territoriali e sociali che ostacolano l'accesso equo ai servizi sanitari e sociosanitari – commenta il presidente dell'Iss Rocco Bellantone -. La rinuncia a sottoporsi a visite mediche o esami diagnostici necessari rappresenta un indicatore cruciale della capacità del sistema sanitario di garantire accesso equo e tempestivo alle cure. È un fenomeno che non solo influisce negativamente sugli esiti di salute

individuali, ma può anche determinare, nel lungo periodo, un aggravio di costi per l'intero sistema».

Più fragili, più esclusi

Il gradiente geografico emerge netto: la rinuncia è pari al 13% nelle regioni del Nord, sale al 18% al Centro e al 23% tra chi risiede al Sud e nelle Isole. Anche la popolazione con una salute più vulnerabile rinuncia di più: il 25% tra chi ha due o più patologie croniche (è il 19% tra chi non ne ha) e il 27% tra chi ha problemi sensoriali (il dato è al 20% tra chi non ne riferisce).

Liste d'attesa prima causa

Le principali motivazioni della rinuncia restano le lunghe liste d'attesa, indicate da due terzi degli intervistati che non sono riusciti a fare la visita o l'esame necessario. Seguono la difficoltà a raggiungere le strutture (17%) e i costi elevati delle prestazioni, in aumento negli anni: dall'8% del 2022, al 13% del 2023, fino al 16% del 2024.

Il 59% va a pagamento

Dal 2023, Passi d'Argento raccoglie anche informazioni sull'utilizzo dei servizi: oltre la metà degli intervistati ha fatto ricorso a prestazioni a pagamento (il 12% in modo esclusivo e il 47% talvolta), mentre solo il 41% ha utilizzato esclusivamente il servizio pubblico.

Accesso a ostacoli

Questi dati si affiancano a quelli relativi all'accessibilità ai servizi socio-sanitari: nel biennio 2023-2024 il 32% degli anziani ha riferito difficoltà nel raggiungere i servizi come la Asl, il medico di famiglia o i negozi di beni di prima necessità, con forti disuguaglianze ancora una volta a sfavore di chi ha un livello di istruzione più basso, maggiori difficoltà economiche e risiede nelle Regioni del Sud.

IL CONTRIBUTO DI 2MILA EURO CHIESTO A CHI NON PUÒ LAVORARE

È straniero, invalido e deve pagare se vuole curarsi: il caso alla Consulta

DAMIANO ALIPRANDI A PAGINA 12

ANCHE CHI LAVORAVA REGOLARMENTE IN ITALIA, DEVE PAGARE UN CONTRIBUTO DI 2MILA EURO PER IL SERVIZIO SANITARIO QUANDO L'INVALIDITÀ GLI IMPEDISCE DI MANTENERE L'IMPIEGO

Diritto alla salute: il paradosso della "tassa" per stranieri disabili

Un'ordinanza del Tribunale di Milano porta davanti alla Corte Costituzionale il sistema discriminatorio che ostacola l'accesso gratuito alle cure ai più fragili

DAMIANO ALIPRANDI

Una recente ordinanza del Tribunale di Milano, firmata dalla dottoressa Paola Ghinoy, ha il sapore di quelle decisioni che segnano uno spartiacque nella storia del diritto. Non tanto per la sua complessità tecnica, quanto per la cruda verità che mette a nudo: nel nostro Paese esistono persone che, pur essendo regolarmente autorizzate a soggiornare, non usufruiscono dell'assistenza sanitaria gratuita.

Sono gli stranieri con disabilità, titolari di permesso per "residenza elettiva", che dal 2024 devono pagare 2mila euro l'anno per accedere al Servizio Sanitario

Nazionale. La cifra non è casuale. È il risultato di una modifica legislativa che ha quintuplicato il contributo minimo richiesto, trasformando quello che era già un ostacolo in una vera e propria barriera invalicabile per chi sopravvive con una pensione di invalidità di poche migliaia di euro l'anno.



UNA DISCRIMINAZIONE "PERFETTA"

I protagonisti di questa vicenda sono due uomini, un cittadino egiziano e uno pakistano, entrambi divenuti disabili dopo aver lavorato regolarmente in Italia per anni. Il primo, affetto da sindrome schizoaffettiva e problematiche spinali, aveva lavorato dal 2003 al 2012 prima che la malattia lo rendesse totalmente inabile. Il secondo, pakistano, aveva un permesso per motivi umanitari dal 2009 e aveva lavorato fino al 2022, quando una lesione midollare lo ha reso paraplegico.

Entrambi avevano accesso gratuito al Servizio Sanitario Nazionale quando erano abili al lavoro. Entrambi lo hanno perso nel momento in cui ne avevano più bisogno: quando la disabilità li ha resi completamente dipendenti dalle cure mediche. Il meccanismo è diabolico nella sua perfezione: proprio la condizione che rende indispensabili le cure sanitarie è quella che ne impedisce l'accesso gratuito. Come spiega chiaramente l'ordinanza, questi stranieri «non sono stati soggetti all'iscrizione obbligatoria nel 2024 proprio in conseguenza della loro sopravvenuta condizione di disabilità, avendo potuto invece godere dell'iscrizione obbligatoria in precedenza, nel periodo in cui, abili al lavoro, erano titolari di un permesso di soggiorno per lavoro».

L'ESCLUSIONE CHE SFIDA LA LOGICA

L'articolo 34 del Testo Unico sull'Immigrazione disegna una mappa dell'accesso alle cure che sembra seguire una logica precisa, ma che alla prova dei fatti rivela contraddizioni profonde. L'iscrizione obbligatoria e gratuita spetta a chi ha permessi per lavoro, famiglia, protezione internazionale, cure mediche. Il permesso per "residenza eletti-

va", invece, relega chi lo possiede nell'area dell'iscrizione volontaria a pagamento. La ratio della distinzione dovrebbe essere chiara: l'iscrizione gratuita per chi ha un legame stabile con l'Italia (lavoratori, familiari) o particolari esigenze di tutela (rifugiati, chi ha bisogno di cure). Ma cosa accade quando il permesso per residenza elettiva viene rilasciato proprio a chi aveva un permesso per lavoro o famiglia e lo ha dovuto convertire a causa della sopravvenuta disabilità? Si crea quello che il Tribunale definisce un "paradosso": persone che hanno dimostrato il

proprio radicamento sul territorio italiano, che hanno contribuito al sistema produttivo e fiscale, vengono private dell'accesso gratuito alle cure proprio quando ne hanno più bisogno. E questo non per una scelta del legislatore consapevole delle conseguenze, ma per l'applicazione meccanica di una norma che non considera le specificità della disabilità.

Innumeri raccontano storie che le parole faticano a descrivere. Il cittadino egiziano ha un reddito annuo di 18.816 euro, principalmente dalla pensione di invalidità. Per lui, i 2 mila euro di contributo rappresentano oltre il 10% del reddito totale. Il cittadino pakistano ha un reddito di 15.936 euro: per lui la percentuale sale al 12,5%.

Ma c'è un dettaglio che rende il quadro ancora più amaro. Se questi stessi cittadini fossero italiani, con lo stesso reddito da pensione di invalidità, non pagherebbero nulla per l'accesso al servizio sanitario. L'articolo 63 della legge 833/1978 prevede infatti l'esenzione dal contributo per chi non è tenuto alla presentazio-



ne della dichiarazione dei redditi, categoria che include i percettori di sole pensioni di invalidità. La discriminazione, dunque, non è solo tra stranieri regolari e irregolari, o tra stranieri con diversi titoli di soggiorno. È una discriminazione che si stratifica, creando gerarchie di accesso alle cure che hanno come unico discriminatore la nazionalità. A parità di condizione economica e sanitaria, il cittadino italiano non paga nulla, lo straniero deve versare un terzo del proprio reddito.

IL DIRITTO ALLA SALUTE COME PRIVILEGIO DI CITTADINANZA

L'ordinanza del Tribunale di Milano tocca uno dei nodi più profondi del rapporto tra diritti fondamentali e cittadinanza. L'articolo 32 della Costituzione proclama che la Repubblica "tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo" e "garantisce cure gratuite agli indigenti". Non parla di cittadini, ma di individui. Non distingue per nazionalità, ma solo per condizione economica. Eppure la legislazione ordinaria ha costruito un si-

stema in cui l'accesso gratuito alle cure dipende dal colore del passaporto e dal tipo di permesso di soggiorno. Un sistema in cui, come nota amaramente il Tribunale, lo straniero regolare può trovarsi in condizioni peggiori dello straniero irregolare, che almeno ha diritto alle "cure urgenti ed essenziali" di cui all'articolo 35 del TUI. È qui che la discriminazione rivela la sua natura più iniqua: lo straniero senza permesso di soggiorno può accedere gratuitamente al pronto soccorso per un infarto, lo straniero regolare con disabilità deve pagare 2mila euro per una visita oncologica di controllo.

L'ordinanza pone alla Corte Costituzionale due questioni alternative. La prima, principale, chiede di dichiarare illegittimo l'articolo 34 comma 1 del TUI nella parte in cui non prevede l'iscrizione obbligatoria per i titolari di permesso per residenza elettiva derivante da conversione di precedente titolo e attribuito per percezione di prestazione di invalidità. La seconda, subordinata, mira all'articolo 34 comma 3,

chiedendo di eliminare il contributo minimo fisso di 2mila euro e tornare al sistema proporzionale al reddito effettivo.

La decisione del Tribunale di Milano non è isolata. Le associazioni ASGI, APN, NAGA ed Emergency stanno promuovendo cause simili in tutta Italia, costruendo un fronte giudiziario che mira a scardinare una delle discriminazioni più evidenti del nostro ordinamento. La Corte Costituzionale si troverà davanti a una questione che tocca equilibri delicati tra tutela dei diritti fondamentali, sostenibilità economica del sistema sanitario e discrezionalità del legislatore in materia di immigrazione. Ma difficilmente potrà ignorare l'evidenza di una discriminazione che colpisce i più vulnerabili nel momento del maggior bisogno.



POLITICA SANITARIA, BIOETICA



Innovazione e talenti: l'Italia alla prova della ricerca scientifica

Le sfide del sistema salute. Necessario un confronto costante tra istituzioni, centri clinici e aziende sui temi chiave: le riforme in corso sulle nuove figure professionali e le partnership. L'obiettivo è costruire un ecosistema competitivo a livello internazionale

Francesca Cerati

La ricerca non è un accessorio del sistema salute, ma un pilastro che decide la capacità di un Paese di essere competitivo, attrattivo e pronto ad affrontare le sfide globali. Con questa premessa si apre il terzo Forum Incyte sulla ricerca, in partnership con Il Sole 24 Ore e 24 Ore Salute, dedicato a un tema cruciale: come costruire il futuro valorizzando i talenti. Una sfida che riguarda direttamente l'Italia, chiamata a rafforzare un ecosistema scientifico che mostra luci e ombre.

Secondo l'ultimo rapporto Efpia, l'Europa concentra circa il 22% degli investimenti mondiali in R&S farmaceutica, ma continua a perdere terreno rispetto a Usa e Asia. In Italia, gli studi clinici generano un valore economico significativo, producendo un risparmio di circa 700 milioni di euro all'anno per il Servizio sanitario nazionale (Ssn), grazie a un minor utilizzo di farmaci, con oltre 700 trial attivi e migliaia di pazienti coinvolti. Numeri importanti, che però rischiano di non bastare senza riforme strutturali. Lo studio Iqvia 2024 fotografa una frammentazione regolatoria che penalizza la velocità di avvio dei protocolli: un trial in Italia richiede in media 14 mesi per partire, contro i 10 della media europea. Non a caso al Forum si discute del disegno di legge n. 1377, volto a riconoscere la figura del Coordinatore di ricerca clinica all'interno del Ssn. «Riconoscere formalmente alcune delle figure fondamentali per la ricerca significa riuscire a valorizzarle, attrarle e trattenerle nel sistema Italia - dichiara Roberto Marti, presidente della settima Commissione permanente del Senato -. È in questa direzione che va il disegno di legge a mia prima firma, che diventerà parte del testo di riforma delle professioni sanitarie. Un Paese capace di costruire sulle proprie competenze è un Paese che si assicura un futuro di innovazione e competitività». Altrettanto rilevante è la Missione 6 del Pnrr, che destina risorse alla digi-

talizzazione dei percorsi di cura e al rafforzamento delle reti cliniche. Senza infrastrutture adeguate e personale formato non si può immaginare un futuro competitivo.

Il contesto normativo si arricchisce di un ulteriore tassello: l'Aifa ha appena definito nuovi criteri per l'attribuzione dell'innovatività terapeutica. L'innovatività di un farmaco verrà valutata anche per l'impatto su qualità della vita e organizzazione dell'assistenza sanitaria. Con una novità: per la prima volta entrano automaticamente nel Fondo Innovativi anche gli antibiotici contro i germi multiresistenti, per incentivare la lotta all'antibiotico-resistenza.

Il Forum mette in evidenza anche la valorizzazione dei giovani ricercatori. Ogni anno l'Italia forma talenti che troppo spesso cercano opportunità all'estero: circa il 30% dei dottori di ricerca in discipline biomediche si trasferisce all'estero entro tre anni dal titolo. Per invertire questa tendenza serve una strategia che offra percorsi stabili, accesso a network internazionali e incentivi fiscali per attrarre investimenti in R&S. Accanto alla questione dei talenti, resta centrale il nodo della competitività. L'Italia ospita centri clinici di eccellenza riconosciuti a livello mondiale, ma deve riuscire a trattenere studi multicentrici che generano valore non solo economico ma anche formativo. Ogni trial clinico significa opportunità di aggiornamento per medici e infermieri, possibilità di sperimentare protocolli avanzati e posizionare i nostri ospedali dentro reti globali. «La Lombardia è ormai riconosciuta a livello nazionale e internazionale come hub di innovazione e per la sua capacità di attrarre talenti e risorse - precisa Alessandro Fermi, assessore per l'Università e la Ricerca della Regione Lombardia -. La presenza di centri di ricerca di eccellenza sul nostro territorio resta naturalmente un elemento che ci rende unici, ma da solo non basta. Per questo lavoriamo ogni giorno per implementare politiche di valo-

rizzazione della ricerca, che accorcino le distanze tra università e industria e che promuovano l'eccellenza dei nostri scienziati e ricercatori».

Un'attenzione al territorio che trova riscontro anche in progetti già avviati: un esempio arriva dal protocollo di intesa siglato nel marzo 2025 tra Incyte e il Policlinico di Milano, che conta oltre 700 ricercatori e 815 studi clinici attivi. L'accordo prevede la collaborazione nello sviluppo di studi oncologici, ematologici e immunologici, con l'obiettivo di ridurre tempi e burocrazia nei processi di attivazione. «Favorire la sperimentazione clinica, abbattendo la burocrazia e ottimizzando i processi di attivazione degli studi significa liberare risorse di tempo e di energia per i nostri medici - sottolinea il direttore scientifico Fabio Blandini -. Fare ricerca ed erogare assistenza ai pazienti sono due facce inscindibili della stessa medaglia, perché dove si fa ricerca si cura meglio».

Il dibattito del Forum non si limita alla dimensione nazionale. È l'occasione per riflettere anche sul quadro europeo: il Regolamento 536/2014 punta a una maggiore armonizzazione, ma la sua piena attuazione richiede ancora sforzi. L'Europa rischia di diventare meno attrattiva se non saprà garantire tempi rapidi, chiarezza normativa e percorsi semplificati per l'innovazione. Da qui il messaggio che il Forum intende lanciare: costruire il futuro significa investire sulle persone, ma anche dotarsi di regole certe, infrastrutture solide e strategie di lungo periodo. Valorizzare i talenti non è uno slogan, è una scelta politica ed economica che tocca la qualità della formazione, la capacità di fare sistema e la volontà di premiare il merito.

Il terzo Forum Incyte sulla ricerca diventa dunque un laboratorio di idee e proposte, perché il futuro della scienza non è un esercizio accademico, ma un bene comune che riguarda la salute, la competitività e la qualità della vita dei cittadini.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Le leve per costruire il futuro del sistema salute

L'intervista
Nicola Bencini

General manager di Incyte Italia

In occasione della terza edizione del Forum Incyte sulla ricerca, intitolata "Costruire il futuro valorizzando il talento", Nicola Bencini, general manager di Incyte Italia, analizza le priorità e le prospettive della ricerca clinica nel nostro Paese.

Dottor Bencini, lei sottolinea spesso la necessità di un quadro di policy più omogeneo e competitivo. Quali misure urgenti servono per attrarre ricerca clinica e investimenti?

Per anni la ricerca è stata percepita come distante dalla vita quotidiana. Oggi è riconosciuta come parte integrante dell'offerta di salute: negli ultimi 25 anni la mortalità per patologie croniche è calata del 37% e i sopravvissuti al tumore sono un milione in più rispetto a dieci anni fa. L'Italia deve cogliere questa consapevolezza e favorire un contesto competitivo: armonizzazione delle regole (come previsto dal Regolamento europeo 536/2014), sburocratizzazione e valorizzazione delle competenze. In una fase in cui Oltreoceano si riducono gli investimenti, l'Europa può tornare protagonista dell'innovazione.

Quanto conta il ruolo diretto di aziende, istituzioni e centri clinici nel rendere competitivo l'ecosistema ricerca?

La collaborazione pubblico-privato è decisiva. Irccs, ospedali e università rappresentano un capitale straordinario di professionalità, ma anche le aziende giocano un ruolo chiave. Come Incyte Italia lavoriamo per attrarre investimenti dal nostro headquarters, competendo con Francia, Germania, Spagna. Serve un sistema research-friendly. Un esempio

è il protocollo siglato con il Policlinico di Milano per ridurre burocrazia e tempi di attivazione degli studi. Piccoli passi che diventano buone prassi. Lo stesso spirito anima il nostro progetto avviato nel 2024 con l'inserimento di 20 giovani laureati Stem che già contribuiscono al successo dell'affiliata e che rappresentano un investimento concreto nel capitale umano.

Gli studi clinici hanno valore non solo economico ma anche formativo e di rete. Come incidono sulla competitività degli ospedali italiani?

Sono l'anello di congiunzione tra laboratorio e letto del paziente. Offrono accesso precoce a terapie innovative e consentono ai clinici di confrontarsi con trattamenti avanzati. Inoltre i costi diretti e indiretti sono a carico dell'azienda promotrice, rendendo la sperimentazione anche uno strumento di sostenibilità per il Ssn: uno studio Altems ha stimato un ritorno di quasi 3 euro per ogni euro investito. Incyte oggi ha oltre 70 studi in Italia, coinvolge più di mille pazienti e 450 centri, distribuendo equamente opportunità tra nord, centro e sud. La ricerca clinica diventa quindi non solo motore di cura, ma anche leva di equità territoriale e inclusione.

Qual è il contributo più rilevante del settore Life science al sistema salute?

Il comparto è un'eccellenza nazionale: 56 miliardi di produzione, 54 di export e oltre 300mila addetti. È anche il principale motore di R&D: a fronte di una media manifatturiera del 5%, il pharma investe il 15%, con punte dell'80% per alcune biotech. Solo nel 2024 in Italia si

sono investiti 2,3 miliardi. È positivo che i decisori riconoscano questo valore: il recente testo unico sulla legislazione farmaceutica è un passo avanti. Restano sfide aperte: superare il sistema del payback che penalizza l'innovazione, ridurre la frammentazione regionale nei tempi di accesso e sviluppare modelli innovativi di gestione delle patologie croniche, puntando su assistenza territoriale e riducendo la pressione sugli ospedali.

Quali sono le priorità per fare dell'Italia un hub europeo della ricerca clinica?

Serve una strategia nazionale per le Scienze della vita che unisca ricerca, assistenza e industria. L'obiettivo è offrire cure innovative ed eque ai cittadini e, al contempo, rafforzare la competitività del nostro sistema nell'arena europea e globale. Solo così l'Italia potrà attrarre investimenti, trattenere talenti e diventare davvero un punto di riferimento per la ricerca internazionale.

—Fr.Ce.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Salute 24

Studio Bocconi
Lotta al cancro,
quanto investiamo

Francesca Cerati — a pag. 33

Cancro: l'Italia investe 2,47 miliardi, Airc prima no profit

Studio Cergas Bocconi. Il primato resta quello
del terzo settore, con la Fondazione protagonista
assoluta: in 60 anni ha investito oltre 2,5 miliardi

Francesca Cerati

Sessant'anni fa, nel 1965, nasceva l'Associazione italiana per la ricerca sul cancro. Oggi Airc celebra un anniversario che non è solo memoria, ma impegno rinnovato. Perché il cancro continua a rappresentare una delle più grandi sfide globali: secondo l'Oms, entro il 2050 i casi raddoppieranno e con essi la mortalità. La ricerca oncologica non è dunque un capitolo secondario, ma la vera frontiera per la salute pubblica e la competitività scientifica del Paese.

Il compleanno della Fondazione coincide con la presentazione del rapporto "Alle fonti della ricerca sul cancro", realizzato da Cergas Sda Bocconi, che per la prima volta mappa in maniera sistematica i finanziamenti destinati alla ricerca oncologica in Italia nel periodo 2016-2023. L'analisi mostra un sistema ricco ma frammentato, che necessita di una strategia nazionale coerente.

Il quadro globale

Nel mondo i fondi per la ricerca oncologica sono cresciuti fino a superare

gli 8 miliardi di dollari l'anno, con gli Stati Uniti leader per investimenti e brevetti, seguiti da Regno Unito ed Europa. Ma il sistema resta squilibrato: oltre il 60% delle risorse si concentra su ricerca di base e sviluppo di farmaci, mentre la prevenzione riceve poco più di briciole. A essere penalizzati sono anche i tumori più letali, come polmone, pancreas e stomaco, che ricevono finanziamenti nettamente inferiori rispetto al loro impatto epidemiologico. Una tendenza che si conferma anche in Italia.

Il caso italiano

Tra il 2016 e il 2023 l'Italia ha destinato circa 2,47 miliardi di euro alla ricerca oncologica. Quasi metà dei fondi proviene dal settore non profit: 1,17 miliardi complessivi, di cui ben 973 milioni erogati da Airc. Seguono il ministero della Salute con 635 milioni, l'Unione europea con 505 milioni, il ministero dell'Università e della Ricerca con 120 milioni, e contributi più limitati da Aifa (15,5 milioni) e Regioni (20,5 milioni). Il ministero della Salute resta pilastro del sistema pubblico grazie alla "ricerca corrente" negli

Irccs, che da sola assorbe oltre l'80% dei fondi ministeriali.

Tra il 2016 e il 2023 gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (Irccs) hanno ricevuto complessivamente oltre 500 milioni di euro attraverso la "ricerca corrente" finanziata dal ministero della Salute, quota che da sola assorbe più dell'80% dei fondi ministeriali destinati al settore. L'analisi mostra tuttavia una forte eterogeneità: alcuni Irccs oncologici hanno visto crescere significativamente le risorse, consolidando un ruolo di riferimento nazionale, mentre altri hanno registrato incrementi minimi o addirittura una sostanziale stabilità, segno di un sistema che rischia di accentuare



le disuguaglianze territoriali.

In mancanza di una regia unitaria, i finanziamenti restano frammentati e non sempre legati a indicatori di impatto o di performance, riducendo la capacità di trasformare l'investimento in un vantaggio competitivo per il Paese.

L'Unione europea rappresenta un motore strategico con 221 milioni dal Pnrr e quasi 186 milioni dai programmi Horizon. Ma il primato italiano resta quello del non profit, con Airc protagonista assoluta per continuità, dimensione e qualità dei finanziamenti.

Il ruolo di Airc

In sessant'anni Airc ha erogato oltre 2,5 miliardi di euro, sostenendo migliaia di progetti e formando generazioni di ricercatori. Oggi è l'ente non profit che più di ogni altro alimenta la ricerca competitiva sul cancro in Italia. «Una presa di coscienza globale ha permesso negli ultimi anni di aumentare notevolmente i fondi destinati alla ricerca sul cancro – spiega Daniele Finocchiaro, consigliere delegato di Fondazione Airc –. Lo studio di Cergas conferma che le organizzazioni non profit hanno un ruolo cruciale, e il contributo di Airc

è stato particolarmente rilevante. Molte sono le sfide che ci attendono e nessuno può affrontarle da solo: serve una sinergia tra istituzioni e attori pubblici e privati. La sfida per il futuro è sviluppare forme di collaborazione efficace tra tutti gli enti finanziatori, per massimizzare i risultati verso l'obiettivo che ci accomuna: rendere il cancro sempre più curabile».

Le criticità

Il rapporto evidenzia tre nodi strutturali. Primo: la frammentazione dei canali di finanziamento, che ostacola una visione d'insieme. Secondo: il sottofinanziamento di aree cruciali come prevenzione primaria e tumori ad alta letalità. Terzo: la totale opacità sugli investimenti dell'industria farmaceutica, che promuove l'82% degli studi clinici in Italia ma non rende pubblici i dati finanziari. Senza una regia comune, il rischio è di duplicare gli sforzi o di lasciare scoperte aree vitali.

Guardando al futuro

La presentazione del rapporto è l'occasione per discutere le proposte operative: dalla creazione di un Osservatorio

nazionale sui finanziamenti alla definizione di quote vincolate per prevenzione e tumori letali, fino alla trasparenza obbligatoria per i fondi industriali. Nelle conclusioni, le curatrici del rapporto, Amelia Compagni e Giulia Broccolo, sottolineano la necessità di un approccio "data driven", in cui le risorse siano allocate in base a evidenze e impatto reale. Sessant'anni dopo la sua nascita, Airc resta al centro di questa sfida: sostenere la ricerca di eccellenza, formare i giovani e trasformare i risultati scientifici in cure per tutti.

Perché la ricerca oncologica non produce valore soltanto in termini di nuove terapie: ha un impatto economico e sociale diretto, genera occupazione altamente qualificata e rafforza la capacità del sistema sanitario di affrontare sfide future come l'invecchiamento e le cronicità.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'intervista. Anna Mondino
Direttrice scientifica Fondazione Airc

«Serve uno sforzo collettivo e un piano condiviso»

Sessant'anni, quasi un miliardo di euro erogati nell'ultimo decennio e una comunità di oltre 800 progetti attivi: Airc è oggi il principale motore della ricerca oncologica in Italia. Ne parliamo con Anna Mondino, direttrice scientifica della Fondazione, che traccia un bilancio e guarda alle sfide future.

In sessant'anni Airc è diventata un punto di riferimento. Quali i risultati più significativi?
«Abbiamo contribuito a trasformare la parola cancro da tabù a speranza concreta. Dai primi approcci di chemioterapia uguali per tutti siamo passati a cure mirate, combinazioni più efficaci, farmaci biologici e immunoterapia. Abbiamo introdotto strumenti come la biopsia liquida, che per alcuni tumori permette di seguire l'andamento della malattia attraverso un semplice prelievo di sangue, e contribuito a nuove linee guida cliniche. Parallelamente, abbiamo creato cultura oncologica diffusa, grazie a campagne che hanno portato la ricerca nelle case e nelle piazze».

E le priorità per il futuro?
«Dobbiamo investire in medicina personalizzata, diagnosi precoce e monitoraggio rapido della risposta alle terapie. Le terapie avanzate, come le Car-T, hanno un potenziale enorme ma richiedono di diventare sostenibili. Inoltre, l'intelligenza artificiale aprirà nuove prospettive nella diagnostica per immagini, integrando dati clinici e molecolari».

La prevenzione resta l'anello debole dei finanziamenti. Perché?

«Studiare i meccanismi biologici che portano all'insorgenza di un tumore è complesso e i modelli disponibili sono limitati. Stiamo valutando collaborazioni europee per stimolare la comunità scientifica: è un campo che va rafforzato».

Alcuni tumori ad alta mortalità come polmone e pancreas ricevono meno risorse. Come colmare il gap?

«Airc finanzia la ricerca su entrambi i tipi di tumore ed ha già sostenuto consorzi sul carcinoma del

pancreas con risultati promettenti. Sono patologie difficili e spesso frammentate negli studi. Airc ha già sostenuto consorzi sul carcinoma del pancreas con risultati promettenti. Vogliamo rafforzare reti di ricerca nazionali e internazionali e concentrare fondi sugli unmet clinical need, i bisogni clinici ancora senza risposta».

Uno dei punti di forza di Airc è il sostegno ai giovani. Quanto conta?

«Moltissimo. Ho vissuto in prima persona il rientro in Italia grazie a un bando Airc. I giovani portano innovazione e coraggio, qualità fondamentali per il futuro. Li sosteniamo con finanziamenti dedicati, formazione e visite nei laboratori. Abbiamo l'ambizione di provare a dialogare con ministeri e università per garantire percorsi di carriera più solidi e attrattivi, così da limitare la fuga di talenti e attrarre ricercatori dall'estero».

Il rapporto Cergas-Bocconi segnala la frammentazione del sistema di finanziamento. Qual è la strada?

«Serve fare squadra. Oggi i ricercatori competono su risorse limitate. Vorremmo condividere strategia e priorità con ministeri e agenzie regolatorie per mettere a fattor comune i fondi ed aumentarne l'impatto. Airc finanzia fino al 60% della ricerca indipendente: è il momento di sedersi attorno a un tavolo e pianificare insieme. Dobbiamo questo ai cittadini che ci sostengono».

Qual è, in definitiva, la forza di Airc?

«Aver costruito una comunità che va dalla ricerca di base alla clinica, dai giovani ricercatori ai grandi centri. In fondo il nostro obiettivo è uno solo: far arrivare i risultati della scienza al letto del paziente».

—Fr.Ce.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

PIANI COMUNI
Airc finanzia
fino al 60%
della ricerca
indipendente:
è il momento
di sedersi
attorno a
un tavolo
e pianificare
insieme



Anna Mondino.
Direttrice scientifica di Fondazione Airc per la ricerca sul cancro



PROGETTO CUORE

UN NUOVO MODELLO DI CURA PER IL MALATO

di **Massimo Massetti** — a p. 14

Un modello nuovo per curare le malattie cardiovascolari

Sanità d'eccellenza

Massimo Massetti

Per secoli la salute delle persone è stata affidata alla sapienza del medico, alla sua conoscenza della medicina ma anche del malato grazie al suo intuito e saggio buonsenso. Il progresso scientifico e la tecnologia sono stati di grandissimo aiuto soprattutto negli ultimi decenni e hanno permesso traguardi inimmaginabili fino a qualche anno fa. Insieme alle grandi conquiste, la medicina moderna ha tuttavia condotto a una sempre maggiore specializzazione delle competenze e, con esse, anche a una crescente frammentazione della cura vissuta spesso dai malati come un percorso ad ostacoli, tra le liste di attesa per semplici esami diagnostici o le difficoltà per il ricovero in ospedale. E dunque nel nostro Paese viviamo un'epoca dove l'invecchiamento progressivo della popolazione e l'aumento dei flussi migratori creano crescenti bisogni sanitari che minano la sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale. Non a caso, le difficoltà di accesso alle cure soprattutto nelle periferie e al di fuori dei centri urbani, la mancanza di un vero riferimento nei diversi momenti della cura (esami, terapie e ricoveri) creano tensione e insofferenza crescente nei malati e nelle loro famiglie. Al malessere dei malati si aggiunge quello del personale sanitario, medici e infermieri, chiamati a sostenere ritmi di lavoro stressanti, talvolta insostenibili.

Contemporaneamente, e non è una contraddizione, è proprio il Servizio Sanitario Nazionale che regge grazie alla passione e allo spirito di sacrificio di chi ci lavora e ci tiene a mantenere un modello di assistenza pubblico, pressoché unico al mondo, basato sui principi di Universalità (Salute per tutti), Equità (Uguale accesso per uguali bisogni) e Gratuità (Salute bene universale non vendibile).



Ma, di fronte ai grandi cambiamenti intervenuti in poco meno di 50 anni, tale modello non è più sostenibile senza una profonda rivisitazione di sé stesso. Non parlo di riforma perché di solito le riforme vengono associate a quelle istituzionali, oppure suscitano forti diffidenze in virtù del retro-pensiero che qualcuno ci rimetta: qui si tratta di andare alla radice, di capire che il modello attuale di cura, fondato sulla successione di singole prestazioni, non è più sostenibile economicamente e lascia ormai fuori alcuni milioni di persone che rinunciano a curarsi (problema potenzialmente esplosivo, dalle conseguenze sociali non prevedibili). Il ricorso alla sanità a pagamento aggrava il divario tra chi può garantirsi la salute e chi no in un circolo vizioso che non sembra arrestarsi nemmeno dopo i recenti incrementi del finanziamento pubblico e le misure in favore delle politiche sanitarie.

Insieme a tantissimi colleghi stiamo lavorando per proporre una soluzione che intervenga sulla causa della crisi sanitaria e non solo sulle sue conseguenze: è necessario cambiare il paradigma della cura spostandola dalla prestazione all'intero problema di salute. Questo significa nuovi modelli organizzativi integrati nelle cure mediche e un'organizzazione che prende in cura la persona malata in tutti i suoi disagi, non soltanto quelli causati dalla malattia in quel momento prevalente. I passi in avanti sono rilevanti: come è noto, la legge di bilancio 2024 con i decreti attuativi in via di approvazione, ha dato la possibilità alle Regioni di sperimentare nuovi modelli organizzativi basati proprio su tale paradigma e, contemporaneamente, il Ministero della Salute ha attivato un Tavolo tecnico su queste tematiche.

È in questo contesto che si inserisce il progetto C.U.O.R.E. (*Cardiovascular Unique Offer Reingenerated*) che la Fondazione Policlinico Gemelli, insieme all'Istituto Toniolo e all'Università Cattolica, realizza in collaborazione con la Fondazione Roma, da sempre all'origine di opere uniche nel contesto socio-sanitario. C.U.O.R.E. rappresenta un progetto innovativo nella struttura e nella funzione che trasforma la cura per le malattie cardiovascolari grazie a tecnologie di ultima generazione ma soprattutto attraverso il nuovo modello organizzativo centrato sul malato e in continuità con il territorio. L'obiettivo è proprio quello di superare il sistema tradizionale che frammenta i percorsi di cura, per offrire invece un'esperienza integrata, personalizzata, efficiente ed efficace, offrendo una soluzione reale alla crisi sanitaria che stiamo vivendo poiché i risultati già sperimentati diminuiscono sia l'indice di mortalità dei pazienti sia la spesa.

Direttore del Dipartimento di Scienza Cardiovascolare del Policlinico Gemelli

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Bambino Gesù e Biotechopolo contro virus e super batteri

La collaborazione

Virus emergenti e batteri che non rispondono più agli antibiotici rappresentano due delle minacce più gravi per la salute globale. L'ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma e la Fondazione Biotechopolo di Siena hanno firmato ieri un accordo di collaborazione per contrastare i rischi di nuove pandemie e dell'antibiotico-resistenza. L'intesa mira a rafforzare la capacità di prevenzione, cura e risposta alle emergenze virali e batteriche attraverso progetti condivisi di ricerca scientifica e innovazione, «con particolare attenzione alla salute dei bambini». La collaborazione mette insieme

l'esperienza clinica e scientifica del Bambino Gesù, punto di riferimento internazionale per la ricerca e la cura in campo pediatrico, e il ruolo strategico della Fondazione Biotechopolo di Siena, Centro nazionale anti pandemico. L'accordo, della durata di 3 anni, prevede lo sviluppo congiunto di programmi scientifici sulla mappatura del rischio di malattie infettive emergenti e riemergenti, la caratterizzazione molecolare e strutturale dei microrganismi e delle multiresistenze e lo sviluppo di immunoterapie, vaccini e trial clinici in ambito pediatrico. «Insieme

possiamo creare una piattaforma unica per affrontare le sfide della salute globale», ha sottolineato ieri Gianluca Polifrone, dg della Fondazione Biotechopolo di Siena.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Servizio Ricerca

Super batteri e nuove pandemie, sinergia tra Bambino Gesù e Biotechnopolo di Siena

Accordo triennale tra l'Irccs della Santa Sede e la Fondazione su mappatura del rischio di malattie infettive, caratterizzazione dei microrganismi e delle multiresistenze e sviluppo di immunoterapie, vaccini e trial clinici in ambito pediatrico

di Redazione Salute

29 settembre 2025

Un accordo triennale di collaborazione per contrastare i rischi di nuove pandemie e di super batteri causa dell'antibioticoresistenza. Lo siglano l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù e la Fondazione Biotechnopolo di Siena, dando vita a una collaborazione che mette insieme l'esperienza clinica e scientifica dell'Irccs della Santa Sede, punto di riferimento internazionale per la ricerca e la cura in campo pediatrico, e il ruolo strategico della Fondazione Biotechnopolo di Siena, nata per iniziativa dei ministeri della Salute, dell'Università e della Ricerca, dell'Economia e delle Finanze e delle Imprese e del Made in Italy e che svolge il ruolo di Centro nazionale anti pandemico.

I contenuti

L'accordo prevede lo sviluppo congiunto di programmi scientifici sulla mappatura del rischio di malattie infettive emergenti e riemergenti, la caratterizzazione molecolare e strutturale dei microrganismi e delle multiresistenze e lo sviluppo di immunoterapie, vaccini e trial clinici in ambito pediatrico.

Negli ultimi anni il mondo ha dovuto affrontare epidemie che hanno cambiato il corso della storia, dall'Ebola al Mers fino alla pandemia da Covid-19. Questi eventi hanno mostrato con chiarezza quanto sia cruciale sviluppare strategie efficaci di prevenzione, sorveglianza e cura.

Bambini al centro

Tra le minacce più gravi oltre ai virus emergenti, ci sono anche i batteri che non rispondono più agli antibiotici. L'antibioticoresistenza ogni anno causa milioni di morti nel mondo e mette a rischio soprattutto i pazienti più fragili, come i bambini ricoverati in ospedale. L'intesa mira a rafforzare la capacità di prevenzione, cura e risposta alle emergenze virali e batteriche attraverso progetti condivisi di ricerca scientifica e innovazione, con particolare attenzione alla salute dei bambini.

«Questa collaborazione rappresenta un passo concreto per rendere il nostro Paese più preparato ad affrontare le grandi sfide sanitarie del futuro, con un'attenzione speciale ai più vulnerabili: i bambini - dichiara Tiziano Onesti, Presidente dell'Ospedale Bambino Gesù -. L'unione delle competenze cliniche e scientifiche del Bambino Gesù con quelle della Fondazione Biotechnopolo ci permette di sviluppare strategie condivise e innovative contro minacce globali come le pandemie e

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA

l'antibioticoresistenza. È un'alleanza strategica che rafforza la capacità dell'Italia di prevenire e rispondere in modo rapido ed efficace alle emergenze infettive».

Ricerca e clinica a braccetto

Come ha sottolineato Marco Montorsi, Presidente della Fondazione Biotechnopolo di Siena: «Il Biotechnopolo nasce per rendere l'Italia un punto di riferimento globale nella preparazione e risposta alle pandemie. A questo proposito il Biotechnopolo intende avviare una collaborazione strutturata con il Bambino Gesù attraverso un approccio multidisciplinare che miri ad affrontare in modo integrato diversi ambiti di attività, dedicati alla mappatura del rischio di malattie emergenti, alla caratterizzazione molecolare e strutturale dei microrganismi, al contrasto dell'antibioticoresistenza, fino allo sviluppo di immunoterapie e vaccini e ai trial pediatrici, elementi imprescindibili per garantire una capacità di reazione rapida ed efficace alle minacce infettive. Questa alleanza con il Bambino Gesù dimostra la forza della collaborazione tra ricerca e clinica per tutelare in particolare i più piccoli e i più fragili».

Formalina addio: ecco l'alternativa italiana più sicura ed efficace

La ricerca. Una soluzione biotech made in Italy può sostituire in tutte le attività di laboratorio la formaldeide classificata da anni dalla Ue come cancerogena

Marzio Bartoloni

Una piccola grande rivoluzione nelle corsie degli ospedali e nei laboratori potrebbe arrivare dall'Italia decretando l'addio alla formalina, sostanza da tempo classificata come cancerogena dall'Ue e quindi dannosa per le decine di migliaia di medici, infermieri e tecnici che la maneggiano ogni giorno mentre lavorano. La ricerca italiana ha trovato infatti una alternativa più sicura ma anche più efficace: si chiama Gaf, il Glyoxal Acid Free, una soluzione biotecnologica innovativa che potrebbe facilmente sostituire la formalina, la soluzione acquosa di formaldeide che è stata finora il fissativo di riferimento nella conservazione dei campioni biologici, in particolare in anatomia patologica, medicina legale e ricerca, ma che dal 2014 è stata ufficialmente inserita tra le sostanze cancerogene certe, al pari di amianto e benzene.

Il Gaf oltre ad essere più sicuro per la salute, si è dimostrato dalle prime ricerche anche più efficace nel "fissare" i tessuti e i campioni biologici conservandone l'integrità più a lungo di quanto faccia oggi la formalina. Ma la nuova soluzione Gaf promette, secondo le stime di uno studio realizzato da Deloitte, anche maggiori risparmi visto i minori costi di gestione e di smaltimento (oltre ai minori rischi di cause degli operatori per gli effetti sulla salute) che a seconda delle dimensioni degli ospedali variano tra i 40mila e i 120mila euro l'anno. Il brevetto internazionale di questa invenzione made in Italy appartiene ad Addax Biosciences, azienda spin-off dell'Università di Torino che è stata fondata da Giovanni Bussolati,

professore emerito dell'ateneo torinese, insieme alla figlia Benedetta Bussolati docente di Medicina di Laboratorio presso il Dipartimento di Scienze Mediche dell'Università di Torino, che ha presentato i risultati di oltre dieci anni di ricerca sul Gaf in un evento promosso dall'Inail a Roma nei giorni scorsi. «Il Gaf è un liquido rosa, un glicosale privo di acidi ed è un fissativo innovativo sviluppato interamente in Italia che a differenza della formalina non è classificato come cancerogeno e non presenta le frasi di rischio H che rendono la formaldeide così pericolosa negli ambienti di lavoro. Dal punto di vista scientifico proprio l'assenza di acidi rappresenta l'elemento chiave: gli acidi nucleici, il Dna e l'Rna, sono molecole estremamente sensibili che si degradano rapidamente in ambiente acido, mentre la formulazione deprivata dall'acido mantiene il Dna in uno stato di maggiore stabilità e integrità, rendendolo ideale per le moderne tecniche di sequenziamento genomico ad alta definizione e quindi può assicurare anche diagnosi più accurate per i pazienti», spiega la professoressa Bussolati.

«Il Gaf ha un'efficacia pari alla formalina per quanto riguarda l'aspetto istologico, per i fissativi e i preparati istologici, ma è migliore della formalina per quanto riguarda, invece, la resa immunoistochimica e, soprattutto, per le analisi di biologia molecolare, dunque per la conservazione e successiva analisi del Dna. Insomma potrebbe essere un po' come è stato il cambio dalla benzina al diesel e dal diesel ai motori elettrici», conferma Massimo Montisci, professore ordinario di Medicina legale all'Università degli Studi di Padova, che ne sottolinea i tanti pos-

sibili impieghi: dai test genetici alla medicina legale. Il Gaf che ha già avuto la marchiatura Ce al momento sta cominciando a essere testato in diversi ospedali, ma l'obiettivo è arrivare presto sul mercato italiano ed europeo, con l'azienda che ha avuto il sostegno di Fintech Partners, società di Venture Capital Investments, del gruppo Sri Global. «La partecipazione acquisita investendo in Addax Biosciences è motivo di orgoglio per noi, sia perché parliamo di un successo della ricerca italiana sia per la grande importanza che ricoprirà nell'eliminazione di un elemento cancerogeno, al pari dell'amianto e del benzene, dal rischio esalazioni in ambienti di lavoro. Ricordiamoci che la formaldeide è presente in molti manufatti industriali, come i materiali da costruzione, mobili in truciolato, adesivi, tessuti, vernici e isolanti», avverte Giulio Gallazzi Presidente di Fintech Partners.

© RIPRODUZIONE RISERVATA La ricerca

Questa formulazione deprivata dall'acido mantiene il Dna in uno stato di maggiore stabilità e integrità



I nuovi farmaci anti obesità funzionano e rendono molto

DI FILIPPO BURASCHI

Ifarmaci cosiddetti GLP-1 sono stati paragonati alla scoperta della penicillina. Originariamente sviluppati come trattamenti per il diabete, hanno anche la capacità di favorire la perdita di peso aumentando il senso di sazietà, riducendo l'assunzione di cibo, e di diminuire il rischio cardiovascolare e renale. Le proprietà di questi prodotti stanno già trasformando il panorama sanitario. «L'adozione diffusa dei farmaci GLP-1 potrebbe cambiare radicalmente il modo in cui trattiamo l'obesità e le malattie correlate. Con oltre 1 miliardo di persone in tutto il mondo idonee al solo trattamento dell'obesità, la spesa annuale per questi farmaci potrebbe ammontare a

centinaia di miliardi di dollari. Gli attuali leader di mercato includono Novo Nordisk ed Eli Lilly, che commercializzano gli unici tre farmaci GLP-1 approvati, liraglutide, semaglutide e tirzepatide per il diabete e l'obesità», si legge in un report di **J.Safran Sarasin**.

Nonostante i progressi, "permangono sfide significative. Alcuni pazienti non possono continuare il trattamento per più di sei mesi a causa di effetti collaterali come la nausea. Ciò significa che il profilo di tollerabilità dei farmaci di nuova genera-

zione già in fase di sviluppo deve essere migliorato. Inoltre, il costo elevato di questa classe di farmaci limita l'accesso a molti, soprattutto alle fasce di popolazione a basso reddito. Senza cambiamenti politici volti a migliorare la copertura assicurativa e l'accessibilità economica, i benefici di questi nuovi trattamenti potrebbero rimanere fuori dalla portata delle persone più a rischio», continua l'analisi.

Tuttavia, con l'emergere di nuovi trattamenti e il conseguente

aumento della concorrenza, l'accesso a questa terapia migliorerà gradualmente. Ad esempio, **Eli Lilly** ha recentemente annunciato risultati promettenti da uno studio clini-

co in fase avanzata che dimostra l'efficacia simile a quella di un farmaco iniettabile del suo farmaco orale GLP-1, che potrebbe alleviare le limitazioni di fornitura e tagliare i costi", si sottolinea nell'analisi. «Il panorama del settore sanitario è costellato da molteplici temi in forte crescita, tra cui le malattie rare e l'oncologia o l'immunologia mirata, ciascuno spinto da fattori di crescita unici. Inoltre, i diversi modelli di business offrono un interessante spettro di profili di rischio e rendimento», conclude l'analisi.

—© Riproduzione riservata—

**La vera svolta,
con l'arrivo
del prodotto
di Eli Lilly**



ANTIVIRUS



BATTERIOFAGI MEGLIO DEGLI ANTIBIOTICI



FAGO, vocabolo insueto. Deriva da fagocitare col significato di inglobare, assorbire qualcosa. Fagocitosi è il termine biologico che indica l'azione di alcune cellule di inglobare e distruggere particelle estranee. Esistono alcuni microbi capaci di "mangiare" altri, ma a scopo benefico. Se non ci fossero meccanismi euregolatori, avremmo continue infezioni per sovrappopolazione microbica. I batteri, invece, si autoregolano producendo delle batteriocine, sostanze capaci di inibire la crescita di altre specie. Ma non è l'unico: poco conosciuto e poco studiato è il meccanismo dei fagi. Microrganismi (virus) che attaccano in modo selettivo i batteri e li uccidono. Un giornalista della Bbc è stato invitato dal team del *Phage Collection Project* a raccogliere campioni d'acqua più sporca pos-

sibile e conservarla in fiale. Ha raccolto acque reflue, fango nelle pozzanghere e anche un campione fecale dal fondo del water. Obiettivo della ricerca era trovare un fago utile. I ricercatori hanno aggiunto ceppi patogeni che causano infezioni urinarie gravi e gocce dei diversi campioni filtrati. Il filtrato fecale del giornalista era in grado di inibire la crescita di quei terribili batteri. L'esperimento ci fa pensare a Fleming con l'osservazione del *Penicillium notatum* che inibiva la crescita degli stafilococchi, permettendo la scoperta della Penicillina. In un'epoca in cui l'antibiotico-resistenza è una vera pandemia, tali risultati ci appaiono entusiasmanti. I batteriofagi, o fagi sono stati scoperti in modo indipendente da Frederick Twort nel 1915 e Félix d'Hérelle nel 1917 che li hanno riconosciuti per la pri-

ma volta come virus che infettano e uccidono i batteri. Lo studio dei fagi ha avuto un ruolo nella nascita della biologia molecolare, fornendo approfondimenti sui meccanismi di replicazione e struttura genetica dei virus, ma poco s'è fatto in campo antimicrobico, pur sapendo che non sviluppano antibiotico-resistenza. Gli antibiotici hanno dominato la scena, benché l'uso così vasto li ha resi inefficaci. I fagi si trovano in tanti ambienti dove sono presenti batteri: specialmente quelli acquatici, suolo e tratto intestinale. Isolarli e replicarli è molto economico. Gli antibiotici invece costano molto. Che si sia fatto prevalere il business?

MARIA RITA GISMONDO

Virologa



Servizio Oncologia

Tumori colon: così una proteina predice chi non risponderà alla chemioterapia

La ricerca dell'Irccs Candiolo pubblicata su Cancer Discovery è stata basata su organoidi tumorali e ha come obiettivo di riconoscere in anticipo i pazienti che difficilmente risponderanno al Folfiri e aprire la strada a strategie terapeutiche alternative

*di Livio Trusolino **

29 settembre 2025

La chemioterapia rappresenta il trattamento standard per la maggior parte dei pazienti con tumori del colon metastatici non operabili, ma le risposte in termini di controllo di malattia si verificano solo in circa la metà dei casi, lasciando l'altra metà esposta a una terapia inefficace e agli effetti collaterali. Il mio laboratorio presso l'Istituto di Candiolo – Irccs ha studiato i meccanismi alla base di questa resistenza usando organoidi tumorali, repliche tridimensionali in miniatura ottenute da campioni di pazienti.

Focus su Folfiri

Ci siamo concentrati sul Folfiri, un trattamento chemioterapico che quasi tutti i pazienti ricevono durante il percorso clinico. La prima osservazione è stata che gli organoidi sensibili subivano un forte danno al Dna dopo esposizione a questo tipo di terapia, mentre in quelli resistenti il Dna appariva sostanzialmente intatto: un indizio che suggeriva che la resistenza fosse legata a un'alta capacità di riparazione delle lesioni alla struttura del Dna provocate dalla chemioterapia. Gli enzimi che provvedono a ripristinare l'integrità del Dna dopo danno genotossico sono molteplici, per cui abbiamo iniziato un paziente – e in certi momenti frustrante – lavoro di analisi sistematica dell'attività di queste molecole, cercando un candidato che funzionasse con particolare efficacia nei tumori resistenti.

La svolta è arrivata dopo mesi di esperimenti falliti, quando abbiamo constatato che la proteina RAD51 era chiaramente più espressa e più attiva negli organoidi resistenti. Il dato era chiaro, ma rimaneva correlativo. Abbiamo allora inserito artificialmente RAD51 nei modelli sensibili, e abbiamo verificato che questi diventavano resistenti. Finalmente, avevamo trovato un marcatore funzionale associato causalmente alla mancata risposta.

Task force Italia-Spagna

Il passo successivo è stato verificare il valore predittivo di RAD51 in ambito clinico. La procedura di validazione era tecnicamente semplice, perché il marcatore è facilmente misurabile su campioni diagnostici di routine. La difficoltà stava nel raccogliere una casistica ampia e affidabile di pazienti con risposta nota al Folfiri. In questo sforzo ci hanno aiutato Silvia Marsoni, capo laboratorio all'Ifom di Milano, e Salvatore Siena, primario di oncologia del Niguarda. Insieme, hanno

coagulato una task force di clinici del Niguarda e di diversi ospedali a Barcellona e Valencia che rapidamente ci hanno permesso di valutare l'espressione di RAD51 su un'ottantina di pazienti ben caratterizzati dal punto di vista clinico. Questo studio multicentrico, che abbiamo chiamato Iris, ha dimostrato che livelli elevati di RAD51 si associano alla mancata risposta a Folfiri non solo nei modelli sperimentali, ma anche nei pazienti.

Le nuove prospettive

A questo punto eravamo in grado di identificare i pazienti con alta probabilità di mancata risposta alla chemioterapia, ma lo studio rimaneva muto dal punto di vista delle nuove prospettive di trattamento: potevamo solo sconsigliare un trattamento, o anche suggerire qualche opzione per i pazienti resistenti? L'ultimo tassello è stato costruire un'ipotesi terapeutica basata sul dato che RAD51 provoca resistenza. Il blocco diretto di RAD51 non è clinicamente praticabile, ma un'alternativa si è rivelata molto promettente: inibire ATM, una proteina che controlla a monte la funzione di RAD51. Nei nostri modelli, l'associazione di un inibitore di ATM con Folfiri ha ristabilito un'importante efficacia terapeutica. La buona notizia è che farmaci contro ATM sono già in sperimentazione clinica, per cui insieme a Silvia Marsoni stiamo iniziando a scaldare i motori per contattare le case farmaceutiche che producono gli inibitori di ATM e coinvolgerle nel disegno di uno studio ad hoc.

Le forze in campo

Il lavoro è stato recentemente pubblicato su Cancer Discovery, dove è stato apprezzato per il suo duplice valore di riconoscere in anticipo i pazienti che difficilmente risponderanno al Folfiri e aprire la strada a strategie terapeutiche alternative. Si tratta di un'impresa collettiva che ha visto al mio fianco nella supervisione e nel coordinamento Andrea Bertotti, che co-dirige il laboratorio con me. Gli esperimenti sono stati disegnati e condotti principalmente da Marco Avolio e Simonetta Leto; le analisi sono state svolte in collaborazione con l'Unità di Anatomia Patologica diretta da Caterina Marchiò e con la Divisione di Chirurgia Oncologica diretta da Felice Borghi all'Istituto di Candiolo. I fondi che hanno reso possibile il successo di questo progetto arrivano dalla Fondazione Piemontese per la Ricerca sul Cancro, che sostiene le attività di cura e ricerca sui tumori dell'Istituto di Candiolo, e dal programma 5X1000 AIRC.

** Direttore del Laboratorio di Medicina Traslazionale del Cancro, Istituto di Candiolo*

Professore Ordinario, Dipartimento di Oncologia, Università di Torino



Servizio Giornata mondiale

Malattie del cuore e donne in gravidanza, una nuova strategia per ridurre i rischi

Il 68% dei decessi correlati alle patologie cardiovascolari durante la gestazione è prevenibile: nelle nuove linee guida europee la valutazione d'équipe della futura mamma dai bisogni clinici all'età fino alla condizione socioeconomica

*di Domenico Gabrielli **

29 settembre 2025

Il 29 settembre si celebra in tutto il mondo la Giornata Mondiale del Cuore per sensibilizzare i cittadini sull'importanza della prevenzione cardiovascolare e per ricordare a tutti quanto sia fondamentale prendersi cura del proprio cuore. Le malattie cardiovascolari sono la prima causa di morte al mondo e in Italia, dove rappresentano circa il 31% di tutti i decessi. Conoscere e misurare i fattori di rischio individuali delle malattie cardiovascolari è importante per prevenirle e, quindi, ridurre drasticamente il numero di decessi associati.

Le linee guida

Nel corso del congresso della Società Europea di Cardiologia (Esc) che si è da poco concluso a Madrid sono state presentate le nuove linee guida sulla gestione delle malattie cardiovascolari in gravidanza, approvate anche dalla Società Europea di Ginecologia, che sostituiscono quelle precedenti del 2018 e intendono fornire a medici e pazienti strumenti chiari, accessibili e basati sulle evidenze più aggiornate.

Queste linee guida nascono dalla consapevolezza che la gravidanza rappresenta un periodo ad alto rischio per le donne con cardiopatia, a causa dei profondi adattamenti fisiologici richiesti al sistema cardiovascolare.

I numeri

La malattia cardiovascolare materna rappresenta oggi la principale causa di mortalità non ostetrica in gravidanza, responsabile del 33% dei decessi correlati alla gravidanza a livello mondiale. Di questi, il 68% risulta prevenibile. A livello globale, fino al 4% delle gravidanze è complicato da una malattia cardiovascolare, percentuale che sale al 10% se si includono i disordini ipertensivi. La riduzione della mortalità e della morbidità materna è oggi una priorità per l'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms).

Il team

In passato, alcune condizioni rare che rendevano la gravidanza ad altissimo rischio erano considerate una controindicazione assoluta alla gravidanza, e questo era il messaggio trasferito alle pazienti. Le nuove raccomandazioni adottano un approccio meno proibitivo e suggeriscono invece che le pazienti ricevano una dettagliata consulenza specialistica da parte di un'équipe

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA

multidisciplinare, potendo così acquisire tutti gli elementi per poter giungere a una scelta consapevole. La valutazione del team deve tenere conto del profilo genetico, della storia familiare e di eventuali eventi vascolari pregressi, offrendo così un quadro personalizzato del rischio.

La valutazione

Le nuove linee guida Esc raccomandano che tutte le donne con malattia cardiovascolare ricevano infatti una valutazione personalizzata del rischio correlato alla gravidanza. Tale valutazione deve includere: bisogni clinici, terapie farmacologiche in atto, età materna, storia tabagica, comorbidità, indice di massa corporea (Bmi), anamnesi ostetrica e fattori socioeconomici.

Si sottolinea inoltre l'importanza di discutere, con un processo di counseling dedicato, i rischi legati alla gravidanza già dall'età puberale nelle giovani donne con cardiopatie congenite o ereditarie, poiché in questa popolazione fino al 45% delle gravidanze risulta non pianificato.

Queste linee guida rappresentano in conclusione un importante passo in avanti per tutte le donne con patologie cardiovascolari.

** Presidente Fondazione per il Tuo cuore e Direttore Cardiologia dell'ospedale San Camillo di Roma*



Servizio Laboratorio di idee

Italia tra sfide e opportunità: al III Forum Incyte la ricerca come leva strategica

L'evento in partnership con Il Sole 24 Ore e 24 Ore Salute farà dialogare istituzioni, mondo clinico e industria sui nodi chiave per attrarre talenti e rilanciare il sistema della ricerca nel Paese

di Redazione salute

29 settembre 2025

La ricerca non è un costo, ma un investimento sul capitale umano e tecnologico del Paese. È questo il messaggio che animerà domani il III Forum Incyte sulla ricerca, in partnership con Il Sole 24 Ore e 24 Ore Salute, appuntamento che porta a Milano istituzioni, università, clinici e industria per discutere come rendere l'Italia più attrattiva e competitiva sul fronte dell'innovazione.

Il dibattito si aprirà con il tema del riconoscimento della figura del Coordinatore di ricerca clinica, al centro di un disegno di legge presentato dal senatore Roberto Marti, presidente della Commissione Cultura e Ricerca di Palazzo Madama. Una misura attesa da anni che, come sottolinea Celeste Cagnazzo, presidente del Gruppo Italiano Data Manager, darebbe dignità e stabilità a professionisti oggi indispensabili nell'attivazione dei trial clinici ma ancora privi di un inquadramento ufficiale.

Il valore di queste competenze sarà raccontato anche dal punto di vista della clinica. Filippo De Braud, oncologo dell'Università di Milano e direttore del Dipartimento di Oncoematologia dell'Istituto Nazionale dei Tumori, mostrerà come la ricerca, persino nelle fasi precoci, non sia un esercizio astratto ma un percorso che incide direttamente sulla vita dei pazienti e contribuisce a collocare i nostri centri in reti internazionali.

In questo scenario, le aziende biotech hanno un ruolo chiave. Nicola Bencini, vicepresidente regionale e general manager di Incyte Italia, sottolineerà come la valorizzazione delle competenze e le partnership pubblico-privato possano diventare leve decisive per attrarre investimenti e rafforzare la competitività nazionale.

Lo sguardo si allargherà poi al livello territoriale. Alessandro Fermi, assessore a Università, Ricerca e Innovazione della Regione Lombardia, illustrerà le strategie messe in campo per attrarre capitali e talenti, mentre Emanuele Monti, presidente della IX Commissione del Consiglio regionale e membro del CdA di Aifa, porterà la riflessione sul terreno dell'accessibilità: l'innovazione, ricorda, ha valore solo se arriva ai cittadini, e la recente determina Aifa sui criteri di innovatività dei farmaci va proprio nella direzione di premiare la ricerca utile al Paese.

Accanto alle politiche, non mancherà il punto di vista dei grandi centri pubblici di ricerca. Fabio Blandini, direttore scientifico del Policlinico di Milano, indicherà come liberare appieno il potenziale dei mille ricercatori che ogni giorno lavorano per trasformare risultati scientifici in

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA

benefici concreti per i pazienti, segnalando anche i passi ancora da compiere nella collaborazione tra pubblico e privato.

Il Forum, in diretta online sul sito del Sole 24 Ore a partire dalle 10.30, non vuole essere solo una vetrina, ma un laboratorio di idee: dal rafforzamento delle reti cliniche previsto dal Pnrr al sostegno ai giovani ricercatori, troppi dei quali scelgono di lasciare l'Italia entro tre anni dal dottorato. Per invertire questa rotta servono percorsi di carriera stabili, network internazionali e un ecosistema normativo più semplice e veloce.

Il ritorno dei virus

Domani parte la campagna per proteggere i più piccoli dal virus respiratorio sinciziale, dal 14 ottobre si vaccinerà contro influenza e Covid negli studi medici, nei centri Asl e nelle farmacie che aderiscono

ALESSANDROMONDO

Influenza, Covid, Virus respiratorio sinciziale (Vrs) o "virus dei bambini": con l'autunno si avvicina il trio che ogni anno falcidia le fasce più vulnerabili. Uno scenario da non sottovalutare, per diversi motivi. Primo: il Piemonte è una delle regioni con la maggiore percentuale di anziani. Seconda: la copertura vaccinale antinfluenzale non raggiunge mai il target massimo e in Australia, dove ogni anno arriva prima, il virus ha già fatto sfracelli. Terzo: nel caso del Covid, che sostenuto dalla variante "Stratus" registra un aumento dei casi, l'immunità garantita dalle vecchie campagne vaccinali pandemiche di massa si è ormai affievolita.

In compenso, non mancano le buone notizie. Per il Vrs, domani parte la campagna di immunizzazione, si può contare su un anticorpo monoclonale efficace, il Nirsevimab. «La stagione 2024-2025 ha visto l'avvio dello studio promosso dalla Rete Oncologica Pediatrica di Piemonte e Valle d'Aosta e

dalla Regione, con il coinvolgimento di una rete capillare di ventisei centri ospedalieri, pediatri di libera scelta e servizi vaccinali - spiega la professoressa Franca Fagioli, Dipartimento Patologia e Cura del Bambino del Regina Margherita -. Per quanto riguarda i ricoveri, gli accessi nei Pronto soccorso pediatrici sono stati 579, per un totale di 299 in fascia a rischio e 19 in terapia intensiva. Da segnalare che nel 63% dei casi non era stata effettuata l'immunizzazione con Nirsevimab. I dati assumono ulteriore rilievo se confrontati con quelli della stagione precedente: gli accessi nei pronto avevano raggiunto quota 1228, con 141 ricoveri in terapia intensiva». L'immunizzazione è somministrata dai pediatri e, più precisamente, ai nati da ottobre 2025 a marzo 2026, direttamente nei Punti Nascita, mentre per i nati da aprile a settembre 2025 dal proprio pediatra di libera scelta (se aderente all'iniziativa) o dall'Asl di appartenenza.

Il 14 ottobre, invece, partiranno le campagne vaccinali contro influenza e Covid. Il secondo è sotto osservazione. «Nell'ultimo mese l'andamen-

to dei casi rilevati ha mostrato un incremento, in linea con le altre regioni - precisa la dottoressa Chiara Pasqualini, responsabile Servizio epidemiologia regionale (Sere-mi) -. Nonostante la crescita, per ora i valori di incidenza rimangono contenuti, attestandosi a 5,2 casi ogni 100 mila abitanti nella settimana finale di settembre».

L'influenza, promette di non scherzare. «Nella scorsa stagione il numero dei casi è stato significativamente più alto rispetto alle stagioni pre-pandemiche - aggiunge Pasqualini -. Dopo la diminuzione registrata durante le restrizioni per il Covid, le ultime tre stagioni hanno mostrato un netto aumento dei casi. Per la stagione 2024-2025, si stima che oltre 1 milione di persone, pari al 24% della popolazione, siano state colpite, a fronte di un 15% negli anni precedenti il 2020».

La vaccinazione antinfluenzale è raccomandata e offerta gratuitamente alle tradizionali categorie di utenti. Nel caso del Covid, si utilizzerà la formulazione monovalente del vaccino Comirnaty: la vaccinazione sarà prioritariamente

somministrata agli 80 e over 80, agli ospiti delle strutture per lungodegenti, alle persone con elevata fragilità. I vaccini anti-Covid sono disponibili presso gli ambulatori medici, come l'anti-influenzale. Per entrambe le vaccinazioni, è possibile rivolgersi anche alle farmacie e ai centri vaccinali delle Asl. Possibile, come negli anni scorsi, la co-somministrazione del vaccino anti-Covid con altri, in particolare l'antinfluenzale. Indo: www.regione.piemonte.it —

Il farmaco
per i bambini
prevede un'iniezione
sotto cute
Sindromi influenzali
in netto aumento
nelle ultime
tre stagioni



FRANCA FAGIOLI
D. PATOLOGIA E CURA
REGINA MARGHERITA

Il Vrs rappresenta una delle principali cause di infezioni respiratorie acute in lattanti e bimbi



CHIARA PASQUALINI
RESPONSABILE
SEREMI

In Piemonte i casi di SARS-CoV-2 sono in aumento in linea con il trend delle altre regioni

1

Milione, i piemontesi colpiti dall'influenza nella precedente stagione, pari al 24% della popolazione complessiva

5,2

I casi 5,2 casi di Covid ogni 100 mila abitanti nell'ultima settimana di settembre: l'andamento è in crescita



Il progetto

Un polo al Gemelli per le patologie del cuore

Ieri, nella hall del Policlinico Gemelli, la giornata mondiale del cuore è stata l'occasione per fare il punto sugli sviluppi di questo progetto rivoluzionario: un polo sanitario dedicato interamente alla cura delle malattie cardiovascolari.

Cuboni a pag. 45

Nasce un polo al Gemelli per le malattie del cuore

► Progetto da 77 milioni con tecnologie avanzate, spazi verdi e 104 posti letto
Il centro unirà cura, ricerca e insegnamento secondo un modello value-based

L'EVENTO

In Italia le malattie cardiovascolari sono la prima causa di morte, ancora responsabili – dicono i dati – di un decesso su tre. Un'epidemia silenziosa (si parla di 220-230 mila decessi l'anno) che reclama prevenzione, interventi e strutture dedicate. E il centro "Cuore" (acronimo per Cardiovascular Unique Offer ReEngineered, ovvero "Offerta cardiovascolare unica e riprogettata") andrà in questa direzione. Ieri, nella hall del Policlinico Gemelli, la giornata mondiale del cuore è stata l'occasione per fare il punto sugli sviluppi di questo progetto: un polo sanitario dedicato alla cura delle malattie cardiache. Verrà costruito in tre anni sulla collina che guarda al Pronto soccorso, quindi all'interno del campus dell'Università Cattolica, che ha collaborato al progetto insieme all'Istituto Toniolo e alla Fondazione Roma. La struttura riunirà tutte le attività del dipartimento di Scienze Cardiovascolari-Cuore e rivoluzionerà la cura secondo un approccio "value-based"

sed", un modello innovativo (e già provato nella sua efficacia) non fondato sulla singola richiesta di prestazione, ma sui problemi di salute complessivi del paziente.

L'INCONTRO

Di questo si è discusso ieri al Gemelli durante l'evento, che ha visto sfilare uno dopo l'altro gli attori di questo ambizioso progetto, protagonisti a turno di tre tavole rotonde (con focus su cura,

insegnamento e ricerca) moderate dal giornalista e divulgatore scientifico Roberto Giacobbo.

Il professor Massimo Massetti, direttore del dipartimento Cuore, ha aperto spiegando l'importanza di «un modello organizzativo costruito intorno al paziente, in antitesi dunque al sistema tradizionale, che troppo spesso frammenta o è costretto a frammentare i percorsi di cura».

Il contenitore sarà «un ospedale tecnologicamente avanzato all'interno del servizio sanitario nazionale». L'obiettivo è prendere

in carico la persona, non la sua malattia. Per il presidente della Fondazione Policlinico Universitario Gemelli Irccs, Daniele Franco, il progetto è la prima tappa di una più ampia volontà di svecchiare le infrastrutture. Dopo i ringraziamenti alle istituzioni presenti, tra gli altri il presidente del Consiglio della Regione Lazio Antonello Aurigemma, Franco ha sottolineato come il progetto proceda spedito: «La collina attorno al Gemelli è già stata disboscata e nei prossimi giorni inizieranno i lavori».

IL PROGETTO



Il nuovo centro "Cuore" avrà linee architettoniche fluide e sarà tutto improntato alla sostenibilità, circondato da un parco botanico con percorso giardino e con punti di sosta pensati per mitigare l'ansia attraverso il legame uomo-natura. Questo grazie al contributo di Confagricoltura e alla sensibilità del suo presidente Massimiliano Giansanti.

I NUMERI

Il polo sanitario si estenderà su sei piani e su una superficie di 27.000 metri quadri, con un totale di 104 posti letto di degenza ordinaria, 29 di terapia intensiva, 16 postazioni day hospital e 24 ambulatori multidisciplinari. Due delle dieci sale operatorie presenti saranno ibride, cioè ad alta tecnologia, ci saranno poi ambulatori per la telemedicina e

ancora un reparto di diagnostica con tecnologie avanzate per l'imaging cardiovascolare.

Il paziente sarà monitorato da un Comando centrale il cui personale clinico con innovativi sistemi digitali coordinerà in tempo reale i percorsi di cura. Un'opera quindi importante ed imponente, che per la Fondazione Roma, dice il suo presidente Franco Parasassi, «rappresenta un rilevante investimento che mobilita risorse, pari a circa 77 milioni di euro», che non punterà però a un ritorno economico quanto più a «un impatto sociale positivo».

Polo sanitario a parte, una parola ha accompagnato più d'altre l'evento di ieri: prevenzione. Già, perché resta questa l'arma migliore per proteggere il nostro cuore. Il professor Massetti ha

concluso con qualche consiglio: «Il cuore è una pompa idraulica e come tale è soggetta a usura. Quindi, fin dalla giovane età, avere uno stile di vita corretto, fare attività fisica, avere un'igiene alimentare e lottare contro i fattori di rischio sono azioni fondamentali per il benessere di questo organo così importante».

Roberta Cuboni

**L'OPERA SARÀ
REALIZZATA
NEL CAMPUS
DELLA CATTOLICA
CON IL SOSTEGNO
DI FONDAZIONE ROMA**



L'ingresso del Policlinico Gemelli





Servizio L'investimento del Policlinico di Roma

Gemelli: ecco il cantiere di “Cuore”, il maxi polo sulle malattie cardiovascolari da 77 milioni

Con una superficie complessiva di 27.000 metri quadri il Polo che vedrà la luce in meno di tre anni ospiterà oltre 100 posti letto

di Redazione Salute

29 settembre 2025

Parte il cantiere del centro Cuore (Cardiovascular Unique Offer ReEngineered): il Policlinico Gemelli, con il sostegno determinante di Fondazione Roma, riunisce in un nuovo edificio tutte le attività del dipartimento di Scienze cardiovascolari e le organizza secondo il modello di cura che prende in carico i problemi di salute complessivi del paziente e non la singola richiesta di prestazione. Con una superficie complessiva di 27.000 metri quadri, il Polo Cuore che vedrà la luce in meno di tre anni ospiterà oltre 100 posti letto per degenza ordinaria, 28 posti di terapia intensiva, 16 postazioni day hospital, sale operatorie e tecnologie avanzate per l'imaging cardiovascolare e la telemedicina per un investimento complessivo di circa 77 milioni di euro. Oggi in Italia, un decesso su tre è attribuibile alle malattie cardiovascolari, che rappresentano la principale causa di morte nel nostro Paese con circa 220-230mila morti all'anno.

Come sarà strutturato il nuovo Polo “Cuore”

Si tratta di un modello unico in Italia e in Europa, sperimentato dal Dipartimento del Policlinico negli ultimi anni con risultati positivi in fatto di diminuzione della mortalità e di contenimento della spesa, in continuità assistenziale con le strutture sanitarie del Gemelli e del territorio. Il polo sanitario, con una superficie complessiva di 27.000 metri quadri, sarà dotato di 100 posti letto per degenza ordinaria, 28 posti di terapia intensiva, 16 postazioni di day hospital, 10 sale operatorie attrezzate con tecnologie avanzate per l'imaging cardiovascolare e la telemedicina. Spazio anche alla sostenibilità ambientale: il complesso sarà dotato di un impianto fotovoltaico da 180 kW, un sistema di climatizzazione a basso impatto ambientale e ampie vetrate per lasciare spazio alla luce naturale. L'obiettivo quando il Polo sarà a regime è quello di assicurare ogni anno almeno 2.000 angioplastiche, 4.000 coronarografie, 800 impianti di device, 1.000 interventi cardiocirurgici, 800 studi elettrofisiologici, 400 interventi valvolari transcateretere e decine di migliaia di prestazioni ambulatoriali e telemedicina.

Cambia il modello organizzativo: niente più cure frammentate

“Cuore è un progetto all'avanguardia - afferma Massimo Massetti, ordinario di Cardiocirurgia all'Università Cattolica e direttore del dipartimento Cuore - che mira a trasformare la cura delle malattie cardiovascolari non solo grazie a tecnologie di ultima generazione, ma soprattutto attraverso un modello organizzativo costruito intorno al paziente, in antitesi al sistema tradizionale, che troppo spesso frammenta i percorsi di cura”. “La realizzazione del Centro Cuore rappresenta un'infrastruttura strategica per Fondazione Policlinico Gemelli e un significativo

passo avanti nella risposta ai bisogni di salute pubblica legati alle patologie cardiovascolari - spiega Daniele Franco, presidente della Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli Irccs - il nuovo polo integrerà competenze cliniche di elevato livello, tecnologie avanzate e modelli organizzativi innovativi, con l'obiettivo di garantire percorsi di cura più efficaci, sostenibili e centrati sulla persona". "Questo progetto rappresenta per noi un rilevante investimento che mobilita risorse, pari a circa 77 milioni di euro - spiega Franco Parasassi, presidente di Fondazione Roma -. Attraverso un attento e costante monitoraggio del progetto, ci assicureremo che le sue finalità socio-assistenziali ed il valore aggiunto in termini di innovazione siano rispettati".

Il progetto realizzato dal Gruppo Webuild

Il nuovo centro – che sorgerà all'interno del campus universitario – avrà un'impronta architettonica iconica e sarà un hub clinico e scientifico di livello nazionale per la prevenzione, diagnosi e trattamento delle patologie cardiovascolari. Il polo verrà costruito da WeBuild in meno di tre anni sulla collina prospiciente al Pronto soccorso. Il progetto, annunciato in occasione della Giornata Mondiale del Cuore, sarà realizzato dal Gruppo Webuild con la controllata Nbi. "Con la realizzazione del nuovo Polo Cuore, Webuild mette a disposizione le competenze specialistiche maturate in anni di esperienza nel settore ospedaliero a livello globale", sottolinea Pietro Salini, Amministratore Delegato di Webuild. "Investire in infrastrutture sanitarie oggi significa investire nel futuro, nella resilienza dei sistemi di cura e nella qualità della vita delle persone, dimostrando quanto l'integrazione tra ingegneria e tecnologia possa generare valore per le comunità".



Servizio Il progetto del Policlinico romano

Così curiamo il cuore al Gemelli: niente più prestazioni frammentate, ma il paziente al centro

Il progetto C.U.O.R.E. del Policlinico Gemelli rivoluziona la cura cardiologica con un approccio centrato sul paziente e l'integrazione territoriale

*di Massimo Massetti**

29 settembre 2025

Per secoli la salute delle persone è stata affidata alla sapienza del medico, alla sua conoscenza della medicina ma anche del malato grazie al suo intuito e saggio buonsenso. Il progresso scientifico e la tecnologia sono stati di grandissimo aiuto soprattutto negli ultimi decenni ed hanno permesso, nella cura, traguardi inimmaginabili fino a qualche anno fa. Insieme alle grandi conquiste, la Medicina moderna che viviamo oggi ha condotto ad una sempre maggiore specializzazione delle competenze e, con essa, anche ad una crescente frammentazione della cura vissuta spesso dai malati come un percorso ad ostacoli, pensando alle lunghe liste di attesa per semplici esami diagnostici o difficoltà nel ricovero in ospedale.

E dunque, nel nostro Paese viviamo un'epoca dove l'invecchiamento progressivo della popolazione e l'aumento dei flussi migratori creano crescenti bisogni sanitari che minano la sostenibilità del Servizio sanitario nazionale. Non a caso, le difficoltà di accesso alle cure soprattutto nelle periferie e al di fuori dei centri urbani, la mancanza di un vero riferimento nei diversi momenti della cura (esami diagnostici, terapie e ricoveri...) creano tensione e insofferenza crescente nei malati e nelle loro famiglie. Al malessere dei malati si aggiunge quello del personale sanitario, medici ed infermieri, chiamati a sostenere ritmi di lavoro stressanti o addirittura insostenibili.

Contemporaneamente, e non è una contraddizione, è proprio il Servizio sanitario nazionale che regge grazie alla passione e allo spirito di sacrificio di chi ci lavora e ci tiene a mantenere un modello di assistenza pubblico, pressoché unico al mondo, basato sui principi di Universalità (Salute per tutti), Equità (Uguale accesso per uguali bisogni) e Gratuità (Salute bene universale non vendibile).

Ma, di fronte ai grandi cambiamenti intervenuti in poco meno di 50 anni, tale modello non è più sostenibile senza una profonda rivisitazione di se stesso. Non parlo di riforma perché di solito le riforme vengono associate a quelle istituzionali, oppure suscitano forti diffidenze in virtù del retrospensiero che qualcuno ci rimetta: qui si tratta di andare alla radice, di capire perché il modello attuale di cura, fondato sulla successione di singole prestazioni, non sia più sostenibile economicamente lasciando, ormai, fuori alcuni milioni di persone che rinunciano a curarsi (problema potenzialmente esplosivo dalle conseguenze sociali non prevedibili). Il ricorso alla sanità a pagamento aggrava il divario tra chi può garantirsi la salute e chi no in un circolo vizioso che non sembra arrestarsi nemmeno dopo i recenti aumenti del finanziamento pubblico e le misure in favore delle politiche sanitarie.

Insieme a tantissimi colleghi stiamo lavorando per proporre una soluzione che intervenga sulla causa della crisi sanitaria e non solo sulle conseguenze; cambiare il paradigma della cura non più centrata sulle prestazioni ma sull'intero problema di salute rappresenta non una semplice evoluzione ma una vera e propria rivoluzione in Sanità. Tutto questo porta con sé non solo nuovi modelli organizzativi integrati nelle cure mediche, ma anche un approccio che prende in cura la persona malata in tutti i suoi disagi, non solo causati dalla malattia ma anche quelli di natura psicologica, emotiva e relazionale senza dimenticare la sua famiglia.

Come è noto, la legge di bilancio 2024 con i decreti attuativi in via di approvazione, ha dato la possibilità alle regioni di sperimentare nuovi modelli organizzativi basati sul nuovo paradigma di cura centrato sulla persona malata e, contemporaneamente, il ministero della Salute ha attivato un Tavolo Tecnico su queste tematiche. E in questo contesto che si inserisce il progetto C.U.O.R.E. (Cardiovascular Unique Offer Reingenered) che la Fondazione Policlinico Gemelli, insieme all'Istituto Toniolo e l'Università Cattolica realizza in collaborazione con la Fondazione Roma, da sempre all'origine di opere uniche nel contesto socio-sanitario. C.U.O.R.E. rappresenta un progetto innovativo nella struttura e nella funzione che vuole trasformare la cura per le malattie cardiovascolari, non solo grazie a tecnologie di ultima generazione e strutture all'avanguardia, ma soprattutto attraverso un modello organizzativo completamente nuovo, centrato sul malato e in continuità con il territorio. L'obiettivo è superare il sistema tradizionale che frammenta i percorsi di cura, per offrire invece un'esperienza integrata, personalizzata, efficiente ed efficace.

Con la realizzazione di questo progetto, che è anche un modello replicabile in tutti i problemi di salute, si vuole dimostrare che la soluzione della crisi sanitaria che stiamo vivendo deve partire, modificandone la causa, proprio ripensando la logica della cura e centrandola sui bisogni della persona malata piuttosto che sulle prestazioni, per quanto di qualità siano. Ricordiamoci che la salute è il bene primario di ogni individuo nell'interesse dell'intera comunità e impegna ogni anno grandi risorse economiche nel nostro Paese, circa 200 miliardi di euro corrispondenti a quelle stanziare per il Pnrr.

** Direttore del Dipartimento di Scienze Cardiovascolari del Policlinico Gemelli*

Compatibilità trapianti i campioni biologici trasportati dai droni

LA NOVITÀ

Un drone nei cieli di Roma per trasportare campioni biologici. La nuova tecnologia è stata utilizzata ieri per la prima volta nel Lazio per portare dall'ospedale San Camillo Forlanini provette presso l'Istituto nazionale di malattie infettive Lazzaro Spallanzani. Le provette erano nel laboratorio di immunologia e tipizzazione tissutale del San Camillo per la verifica della compatibilità tra donatore e ricevente. E sono state inviate con il drone al centro di virologia dello Spallanzani, per l'analisi del profilo infettivologico del potenziale donatore. Il volo è stato effettuato con un drone di 35 chili e 2,5 metri di apertura, messo a disposizione e pilotato in remoto da Urban V, azienda leader a livello internazionale nei servizi

di mobilità aerea innovativa. Nelle aree di decollo e atterraggio erano presenti operatori incaricati del carico e scarico, oltre che della verifica delle condizioni di sicurezza, formati precedentemente attraverso un training specifico.

Il volo, organizzato dal centro trapianti della Regione Lazio, in collaborazione con Urban V e

con il supporto di Enac, in occasione della Giornata Mondiale del Cuore, rappresenta un'importante pagina di innovazione in campo sanitario.

NIENTE TRAFFICO

«I trapianti sono condizioni tempo dipendenti per eccellenza, e l'uso dei droni in contesti di donazione e trapianto è solo una parte di ciò che è il potenziale uso in aree metropolitane, congestionate, riducendo tempi, impiego e rischi per il personale addetto», ha spiegato Mariano Feccia, direttore del Cen-

tro regionale trapianti Lazio. L'iniziativa si è svolta al San Camillo alla presenza del direttore della direzione regionale Salute e integrazione socio-sanitaria Andrea Urbani, del direttore generale del San Camillo Angelo Aliquò, del direttore generale di Ares Il8 Narciso Mostarda e del senior advisor Regulatory affairs di Urban V Marco Pellegrino.

L.Bog.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**LA NUOVA TECNOLOGIA
SPERIMENTATA IERI
PER FAR PERVENIRE
LE PROVETTE
DAL SAN CAMILLO
ALLO SPALLANZANI**



Il drone al San Camillo per trasportare provette



La piccola Tia fuggita dall'inferno ora sarà curata all'Umberto I

LA SOLIDARIETÀ

La piccola Tia e altri bambini in arrivo da Gaza per essere curati negli ospedali romani. Dove finalmente non sentiranno più il suono delle bombe, ma vedranno i sorrisi di medici e pediatri che si occuperanno di ridargli speranza.

Tra i 15 arrivati nella notte a bordo di tre C-130 dell'Aeronautica militare partiti da Elat (Israele), ci sono anche pazienti che sono stati presi in carico dal policlinico Umberto I e dalla Sapienza, dove dalle 15 di oggi si terrà anche una manifestazione degli studenti per supportare la Palestina.

Nell'ambito delle attività umanitarie coordinate dal ministero degli Affari esteri, nella capitale è atterrata anche Tia, una neonata di appena due mesi la cui storia è stata segnalata alla rettrice Antonella Polimeni da una dipendente dell'ateneo, con il sostegno di una onlus che opera nella Striscia di Gaza. È affetta da una grave forma di enterocolite, malattia gastrointestinale

ad alta mortalità tra i bambini così piccoli. A maggior ragione se nascono sottopeso o prematuramente. Si è lasciata la guerra di Gaza alle spalle e ha raggiunto la capitale insieme alla madre, ai fratelli e alla sorella.

Ad aspettarla al policlinico ieri c'erano il preside della facoltà di Medicina e Odontoiatria, Domenico Alvaro, e Alberio Spalice, direttore del dipartimento Materno infantile. Con loro, anche il direttore generale dell'ospedale, Fabrizio d'Alba e la direttrice sanitaria, Maria Augurusa.

Poi la piccola e la sua famiglia sono stati portati subito all'interno, per il ricovero nella clinica pediatrica del reparto di Terapia intensiva pediatrica, diretto dalla professoressa Paola Papoff. Qui la piccola sarà sottoposta a ossigenoterapia e ad altre cure mirate.

Intanto, fanno sapere dalla Sapienza, il policlinico si sta organizzando per accogliere nelle prossime settimane altri piccoli pazienti provenienti da Gaza: l'Umberto I è diventato quindi il primo ospedale pubblico del

centro Italia a essersi attrezzato per accogliere e curare bambini provenienti dalla Palestina.

«Il nostro ospedale – spiega il direttore generale d'Alba – continuerà a mettere a disposizione medici, personale sanitario e tutte le risorse umane necessarie per prendere in carico queste vittime incolpevoli di un conflitto inumano». E ancora: «Non si tratta solo di garantire cure mediche necessarie per salvare vite umane, ma di predisporre un sistema di accoglienza a tutto campo per i piccoli e le loro mamme che li riavvicini il più possibile ad un mondo umano e solidale». Tra gli ospedali romani, anche il Bambino Gesù ha accolto dei piccoli di Gaza che necessitavano di cure fondamentali. — V. L.

È arrivata con un volo speciale insieme a 14 bambini palestinesi con gravi patologie poi trasferiti in altri ospedali



➔ I medici italiani accolgono i piccoli pazienti in arrivo dalla Striscia di Gaza

