

25 luglio 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



DIFFIDA ULTIMATIVA DELLE ASSOCIAZIONI DI CATEGORIA ALLA REGIONE CAMPANIA. AUTOCONVOCAZIONE IL GIOVEDÌ 7 AGOSTO A NAPOLI



By —24 Luglio 2025 Nessun commento 3 Mins Read



(AGENPARL) - Roma, 24 Luglio 2025

(AGENPARL) – Thu 24 July 2025 *Grazie e buon lavoro*

Barbara Albero

COMUNICATO STAMPA

SANITÀ ACCREDITATA IN CAMPANIA. ADEGUAMENTI TARIFFARI MACROAREA RIABILITAZIONE/SOCIOSANITARIO E SALUTE MENTALE.

DIFFIDA ULTIMATIVA DELLE ASSOCIAZIONI DI CATEGORIA ALLA REGIONE. AUTOCONVOCAZIONE IL GIOVEDÌ 7 AGOSTO A NAPOLI

Le principali Associazioni di categoria del comparto sanitario e sociosanitario accreditato della Campania hanno inviato oggi alla Regione *un'altra

diffida con carattere ultimativo per sollecitare l'adozione, entro e non oltre il 6 agosto 2025, dei provvedimenti deliberativi necessari a dare attuazione agli accordi tariffari* sottoscritti nei verbali del 20 febbraio e 19 maggio 2025.

Gli accordi riguardano gli adeguamenti tariffari nei setting assistenziali

delle macroaree Riabilitativa e Sociosanitaria, compresa la Salute Mentale, con decorrenza dal 1° aprile 2025. Le Associazioni *(Acop, Aias, Aiop, Aisic – Associazione Imprese Sanitarie in Campania, Anaste, Anffas Campania Anisap, Anpric, **ARIS** Campania, Aspat, Confapi, Confesercenti Salute, Confindustria Napoli, Fed.I. Salute, Nova Campania)* lamentano che, a distanza di mesi, la Regione non ha ancora adottato gli atti formali previsti, rideterminazione dei volumi prestazionali -aggiornando gli atti deliberativi 544/2025 e 545/2025 -sia in funzione degli adeguamenti tariffari sia in funzione degli ulteriori accreditamenti.

Nonostante i formali impegni già assunti dalla Regione Campania e il riscontro di una nota della Direzione Generale per la Tutela della Salute ricevuta dalle associazioni via PEC (in data 23/07/2025 alle ore 16:55:45) – a poche ore dalla volontà delle associazioni di autoconvocarsi, in risposta alla mobilitazione annunciata per la data odierna, che pure ha confermato l'imminente adozione degli atti, * senza operare alcuna contrazione delle prestazioni programmate e da erogare* – *le Associazioni giudicano insoddisfacente la risposta istituzionale e denunciano un inaccettabile ritardo nell'attuazione degli accordi, con possibili ripercussioni sull'intero sistema assistenziale.*

“Apprezziamo l'intenzione manifestata dalla Direzione Generale che nella nota PEC manifesta una convocazione *con la massima tempestività per illustrare i provvedimenti programmati assunti dalla Amministrazione dei relativi meccanismi applicativi*, ma dopo mesi di attesa non è più accettabile l'assenza di atti concreti. Gli accordi– dichiarano le Associazioni – vanno recepiti senza ulteriori rinvii”.

Per questi motivi, le Associazioni firmatarie con un'ulteriore *sollecitoria diffida interassociativa,* inviata all'Assessore regionale *Ettore Cinque*, al Direttore generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del S.S.R. *Antonio Postiglione* e per conoscenza al Presidente della Regione Campania *Vincenzo De Luca, *annunciano un'*autoconvocazione ufficiale ed irrevocabile per giovedì 7 agosto alle ore 11:00 presso la sede della Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del SSR* (Centro

Direzionale di Napoli, Isola C3, 10° piano), per un confronto diretto ed immediato con i vertici regionali al fine di ottenere risposte definitive sull'attuazione degli impegni assunti dalla Regione Campania.

*Le Associazioni firmatarie: ACOP, **ARIS** Campania, AIAS, ASPAT, AIOP, CONFAPI, AISIC (Associazione Imprese Sanitarie in Campania), CONFESERCENTI Salute, ANASTE, CONFINDUSTRIA Napoli, ANFFAS Campania, FED.I. Salute, ANISAP, NOVA Campania, ANPRIC. *

24 luglio 2025

ilGiornale di Salerno.it

e provincia



SANITÀ ACCREDITATA E ADEGUAMENTI TARIFFARI: DIFFIDA ULTIMATIVA ALLA REGIONE DELLE ASSOCIAZIONI DI CATEGORIA

📅 LUGLIO 24, 2025 👤 REDAZIONE | 🏷️ ADEGUAMENTI TARIFFARI, ANFAS, CATEGORIA, DIFFIDA, REGIONE, SALERNO, ULTIMATUM

Le principali Associazioni di categoria del comparto sanitario e sociosanitario accreditato della Campania hanno inviato oggi alla Regione **un'altra diffida con carattere ultimativo per sollecitare l'adozione, entro e non oltre il 6 agosto 2025, dei provvedimenti deliberativi necessari a dare attuazione agli accordi tariffari** sottoscritti nei verbali del 20 febbraio e 19 maggio 2025.

Gli accordi riguardano gli adeguamenti tariffari nei setting assistenziali delle macroaree Riabilitativa e Sociosanitaria, compresa la Salute Mentale, con decorrenza dal 1° aprile 2025. Le Associazioni (*Acop, Aias, Aiop, Aisic – Associazione Imprese Sanitarie in Campania, Anaste, Anffas Campania Anisap, Anpric, Aris Campania, Aspat, Confapi, Confesercenti Salute, Confindustria Napoli, Fed.I. Salute, Nova Campania*) lamentano che, a distanza di mesi, la Regione non ha ancora adottato gli atti formali previsti, rideterminazione dei volumi prestazionali - aggiornando gli atti deliberativi 544/2025 e 545/2025 - sia in funzione degli adeguamenti tariffari sia in funzione degli ulteriori accreditamenti.

Nonostante i formali impegni già assunti dalla Regione Campania e il riscontro di una nota della Direzione Generale per la Tutela della Salute ricevuta dalle associazioni via PEC (in data 23/07/2025 alle ore 16:55:45) - a poche ore dalla volontà delle associazioni di autoconvocarsi, in risposta alla mobilitazione

annunciata per la data odierna, che pure ha confermato l'imminente adozione degli atti, *senza operare alcuna contrazione delle prestazioni programmate e da erogare* – **le Associazioni giudicano insoddisfacente la risposta istituzionale e denunciano un inaccettabile ritardo nell'attuazione degli accordi, con possibili ripercussioni sull'intero sistema assistenziale.**

"Apprezziamo l'intenzione manifestata dalla Direzione Generale che nella nota PEC manifesta una convocazione *con la massima tempestività per illustrare i provvedimenti programmati assunti dalla Amministrazione dei relativi meccanismi applicativi*, ma dopo mesi di attesa non è più accettabile l'assenza di atti concreti. Gli accordi– dichiarano le Associazioni – vanno recepiti senza ulteriori rinvii".

Per questi motivi, le Associazioni firmatarie con un'ulteriore **sollecitoria diffida interassociativa**, inviata all'Assessore regionale **Ettore Cinque**, al Direttore generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del S.S.R. **Antonio Postiglione** e per conoscenza al Presidente della Regione Campania **Vincenzo De Luca**, annunciano un'**autoconvocazione ufficiale ed irrevocabile per giovedì 7 agosto alle ore 11:00 presso la sede della Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del SSR** (Centro Direzionale di Napoli, Isola C3, 10° piano), per un confronto diretto ed immediato con i vertici regionali al fine di ottenere risposte definitive sull'attuazione degli impegni assunti dalla Regione Campania.

Le Associazioni firmatarie: ACOP, **ARIS** Campania, AIAS, ASPAT, AIOP, CONFAPI, AISIC (Associazione Imprese Sanitarie in Campania), CONFESERCENTI Salute, ANASTE, CONFINDUSTRIA Napoli, ANFFAS Campania, FED.I. Salute, ANISAP, NOVA Campania, ANPRIC.

CRONACA

Macroaree Riabilitativa e Sociosanitaria: diffida per sollecitare l'adozione degli adeguamenti tariffari nei setting assistenziali

Gli accordi riguardano gli adeguamenti tariffari nei setting assistenziali delle macroaree Riabilitativa e Sociosanitaria, compresa la Salute Mentale, con decorrenza dal 1° aprile 2025

Redazione

24 luglio 2025 15:05

Nota - Questo comunicato è stato pubblicato integralmente come contributo esterno. Questo contenuto non è pertanto un articolo prodotto dalla redazione di SalernoToday

Le principali Associazioni di categoria del comparto sanitario e sociosanitario accreditato della Campania hanno inviato oggi alla Regione un'altra diffida con carattere ultimativo per sollecitare l'adozione, entro e non oltre il 6 agosto, dei provvedimenti deliberativi necessari a dare attuazione agli accordi tariffari sottoscritti nei verbali del 20 febbraio e 19 maggio 2025. Gli accordi riguardano gli adeguamenti tariffari nei setting assistenziali delle macroaree Riabilitativa e Sociosanitaria, compresa la Salute Mentale, con decorrenza dal 1° aprile 2025. Le Associazioni (Acop, Aias, Aiop, Aisic - Associazione Imprese Sanitarie in Campania, Anaste, Anffas Campania Anisap, Anpric, [Aris](#) Campania, Aspat, Confapi, Confesercenti Salute, Confindustria Napoli, Fed.I. Salute, Nova Campania) lamentano che, a distanza di mesi, la Regione non ha ancora adottato gli atti formali previsti, rideterminazione dei volumi prestazionali -aggiornando gli atti deliberativi 544/2025 e 545/2025 -sia in funzione degli adeguamenti tariffari sia in funzione degli ulteriori accreditamenti. Nonostante i formali impegni già assunti dalla Regione Campania e il riscontro di una nota della Direzione Generale per la Tutela della Salute ricevuta dalle associazioni via PEC (in data 23/07/2025 alle ore 16:55:45) – a poche ore dalla volontà delle associazioni di autoconvocarsi, in risposta alla mobilitazione annunciata per la data odierna, che pure ha confermato l'imminente adozione degli atti, senza operare alcuna contrazione delle prestazioni programmate e da erogare – le Associazioni giudicano insoddisfacente la risposta istituzionale e denunciano un inaccettabile ritardo nell'attuazione degli accordi, con possibili ripercussioni sull'intero sistema assistenziale.

“Apprezziamo l'intenzione manifestata dalla Direzione Generale che nella nota PEC manifesta una convocazione con la massima tempestività per illustrare i provvedimenti programmatori assunti dalla Amministrazione dei relativi meccanismi applicativi, ma dopo mesi di attesa non è più accettabile l'assenza di atti concreti. Gli accordi – hanno spiegato **le Associazioni** – vanno recepiti senza ulteriori rinvii”. Per questi motivi, le Associazioni firmatarie con un'ulteriore sollecitoria diffida interassociativa, inviata all'Assessore regionale Ettore Cinque, al Direttore generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del S.S.R. Antonio Postiglione e per conoscenza al Presidente della Regione Campania Vincenzo De Luca, annunciano un'autoconvocazione ufficiale ed irrevocabile per giovedì 7 agosto alle ore 11:00 presso la sede della Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del SSR (Centro Direzionale di Napoli, Isola C3, 10° piano), per un confronto diretto ed immediato con i vertici regionali al fine di ottenere risposte definitive sull'attuazione degli impegni assunti dalla Regione Campania.

Le Associazioni firmatarie: ACOP, [ARIS](#) Campania, AIAS, ASPAT, AIOP, CONFAPI, AISIC (Associazione Imprese Sanitarie in Campania), CONFESERCENTI Salute, ANASTE, CONFINDUSTRIA Napoli, ANFFAS Campania, FED.I. Salute, ANISAP, NOVA Campania, ANPRIC.

© Riproduzione riservata

Barbour

la Repubblica

Barbour

Fondatore
EUGENIO SCALFARIDirettore
MARIO ORFEO

R50



R cultura

Se l'IA svela le storie
dell'antichitàdi MAURIZIO BETTINI
a pagine 34 e 35

R sport

Le azzurre in lacrime
consolate da Mattarelladi CONCETTO VECCHIO
a pagina 39Venerdì
25 luglio 2025

Anno 50 - N° 175

Oggi con

Il venerdì

In Italia € 2,90

“Sì allo Stato palestinese”

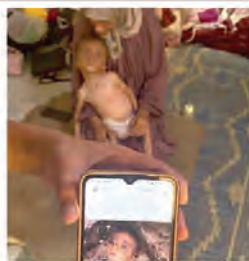
La sfida di Macron: riconoscimento ufficiale all'Onu. Netanyahu: un premio al terrorismo
Saltano i colloqui a Doha e la tregua a Gaza si allontana. Gli Usa: Hamas non vuole la pace

IL RACCONTO

di ABU SALEM e TONACCI

“Mohammed muore”
La disperazione
nella città senza cibo

a pagina 3



La Francia sarà il primo paese del G7 a riconoscere lo Stato di Palestina. Lo ha dichiarato il presidente francese Emmanuel Macron, che farà il suo annuncio all'Assemblea Generale delle Nazioni Unite a settembre. Netanyahu: «Scelta che premia il terrorismo». E l'invio speciale americano per il Medio Oriente, Steve Witkoff, ha annunciato l'interruzione dei colloqui in Qatar per il cessate il fuoco a Gaza: «Hamas non agisce in buona fede».

di COLARUSSO e GINORI a pagina 2

Una nuova guerra in Oriente

di MAURIZIO MOLINARI

Gli scontri fra Cambogia e Thailandia ripropongono quanto sta avvenendo fra India e Pakistan o fra Cina e India.

a pagina 19

Dazi, l'Ue frena con la Cina aspettando l'ok di Trump



Trump con Powell alla Fed

Inchiesta di Milano i pm: arresti necessari Scontro Anm-Nordio

Dopo gli interrogatori sull'inchiesta di Milano, la procura ribadisce la richiesta di arresto per i sei indagati che ritiene coinvolti in un «patto corruttivo» per operazioni di «vasta speculazione edilizia». L'architetto Scandurra si difende: «Quei soldi erano le mie parcelle, non tangenti». Intanto l'Anm ha pubblicato una lettera del '94 firmata anche da Carlo Nordio, allora pubblico ministero a Venezia, contro una riforma della giustizia che avrebbe previsto la separazione delle carriere.

di CARRA, CERAMI, DI RAIMONDO e ROMANO a pagina 6 e 9

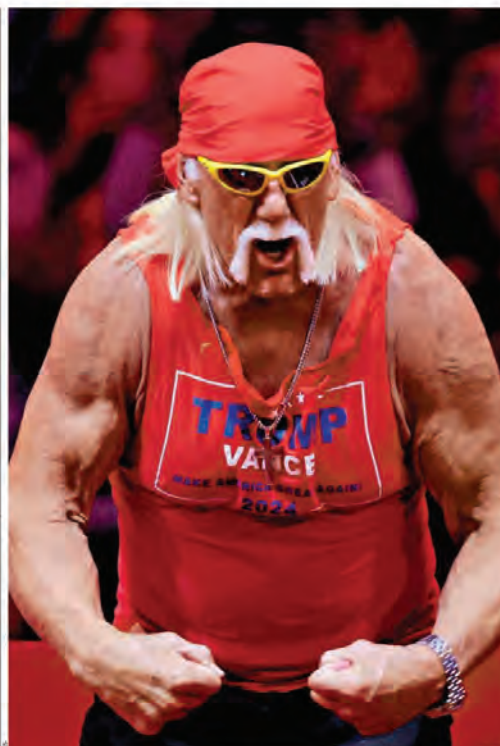
Blitz della Lega
sulle Olimpiadi
incarichi
fino al 2033
stop del Colle

di TOMMASO CIRIACO

a pagina 13

AN-TRAX IT

RADIATORI DI DESIGN | www.antrax.com



IL PERSONAGGIO

di MAURIZIO CROSETTI

Addio a Hulk Hogan
leggenda del wrestling

a pagina 41

“L'accordo è a portata di mano”. Ma l'ultima decisione spetta al presidente americano. Pronte le controtariffe

dal nostro corrispondente
CLAUDIO TITO BRUXELLES

Sebbene sui dazi «l'accordo con gli Usa sia a portata di mano», in realtà la preoccupazione a Bruxelles nelle ultime ore è cresciuta. Soprattutto perché da Washington non è ancora arrivata una risposta sulla possibile piattaforma elaborata nell'ultimo colloquio telefonico tra il commissario europeo al Commercio, Sefcovic, e l'omologo americano, Lutnick.

a pagina 4 con i servizi di
MASTROLILLI e SANTELLI a pagina 4 e 5

LE IDEE

di GABRIELE ROMAGNOLI

Vero o falso
quando il gossip
diventa notizia

Non si dica che questa è l'estate del gossip. Il cambiamento climatico e quello mediatico hanno reso la stagione permanente. Niente più barriere di confine o postazioni difensive, anzi: dal territorio a lungo separato della notizia o dell'anonimato vi si corre gioiosamente incontro, pervasi da un malcelato e forse malinteso senso di liberazione.

a pagina 15

CORRIERE DELLA SERA

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02 68821
Roma, Via Campania 59 C - Tel. 06 688281

FONDATA NEL 1876

Servizio Clienti - Tel. 02 6887310
mail: servizioclienti@corriere.it

L'attore, il coach, la fatica
Accorsi, i perennali
e un fisico bestiale
di **Candida Morvillo**
a pagina 25

Aveva 71 anni
Addio a Hulk Hogan
legenda del wrestling
di **Renato Franco**
a pagina 21



Medio Oriente

QUEL SOGNO
(LAICO)
SBIADITOdi **Goffredo Buccini**

Nel mondo di ieri non provavano ad arruolare il Padreterno. Sulla stessa poltrona di ministro delle Finanze ora occupata da un invasato religioso come Bezael Smotrich, sedeva un socialista di buonsenso: Pinhas Sapir, guru dell'economia israeliana. Nel 1967, a guerra dei Sei Giorni appena vinta, Sapir avvertì Moshe Dayan: «Se continuiamo a tenere in pugno i Territori, prima o poi i Territori terranno in pugno noi».

Dayan, ministro della Difesa, non ne faceva una questione escatologica. Da vecchio generale, considerava, però, la Cisgiordania strappata ai giordani, Gaza presa all'Egitto e le altre fresche conquiste territoriali (Golan, Sinai, Gerusalemme est) una ragione di sicurezza oltre che un monito: i nemici dovevano percepire la nazione con la Stella di David come un «cane pazzo», troppo pericoloso per essere importunato. Non ascoltò le sagge parole di Sapir. E da lì cominciò per Israele quella che potremmo chiamare la maledizione dei Territori.

L'episodio, raccontato da Anna Morigliano nel suo *Fondato sulla sabbia*, si pone quale fulcro delle contraddizioni che hanno minato nell'ultimo mezzo secolo il sogno di una grande democrazia laica, l'unica in un quadrante geopolitico dominato da monarchie assolute, dittature e feroci teocrazie che da sempre fanno strame delle libertà civili e dei diritti umani.

continua a pagina 28

Israele via da Doha, Witkoff lascia i colloqui in Sardegna: «Colpa di Hamas». Kiev cambia la legge anti corrotti

Gaza, la tregua si allontana

Macron: riconosceremo la Palestina. L'ira di Netanyahu: così premia il terrore

Hamas «non agisce in buona fede». Così l'Inviato speciale della Casa Bianca per il Medio Oriente, Steve Witkoff, ha annunciato ieri pomeriggio l'interruzione dei colloqui in Qatar per il cessate il fuoco a Gaza. Fallita la mediazione in Sardegna. Un ministro di Netanyahu: «Tutta Gaza sarà ebraica». E intanto nella Striscia crescono i morti per la fame. Macron annuncia che la Francia «a settembre riconoscerà lo Stato di Palestina». «Un passo nella giusta direzione» per Hamas, «un aiuto al terrorismo» per Netanyahu.

alle pagine 2, 3 e 8

STEFANO PIZIALI, CESVI

«Nella Striscia
manca il cibo
anche alle Ong»di **Andrea Nicastro**

«Ma ho visto niente del genere — dice Stefano Piziali, direttore generale di Cesvi, una delle più grandi Ong italiane — a Gaza non c'è cibo e tra un po' mancherà anche l'acqua. Assurdo fare gestire gli aiuti agli israeliani».

alle pagine 2 e 3

Asia Si riaccende un'antica disputa: 12 vittime negli scontri

I templi contesi, battaglia
tra Thailandia e Cambogiadi **Paolo Salom** a pagina 9

IL TYCOON: CON L'UE STIAMO ANDANDO BENE

Dazi, si tratta sul 15%
e sulle esenzioni
per singoli settoridi **Basso, Berberi e Querzè** alle pagine 5 e 6

IL CONGRESSO: SENTIREMO BILL E HILLARY

Da Trump ai Clinton
Il fantasma di Epstein
scuote la politica Usadi **Gaggi e Mazza**

alle pagine 18 e 19

GIANNELLI

PER I DAZI DI TRUMP CRISI DEL MERCATO DEL VINO



LE NOZZE DI CANA

Giustizia Il doppio attacco di Anm e Csm

Riforma, alta tensione
tra Nordio e le toghedi **Paola Di Caro**

Scontro sulla giustizia, il Csm approva a maggioranza la tutela del magistrato di Cassazione Raffaele Piccirillo che aveva criticato Nordio per il caso Almasi. E l'Anm rende pubblica una vecchia lettera contro la separazione delle carriere firmata anche da Nordio.

alle pagine 10 e 11 Piccirillo

PER L'URBANISTICA

Milano, l'ipotesi
superconsulentedi **Maurizio Giannattasio**

Forse il già colonnello della Gdf e manager D'Andrea superconsulente per Milano.

a pagina 13

IL CAFFÈ
di **Massimo Gramellini**

Caro papà di Elia, non dica al Suo bimbo di otto anni quel che stiamo per raccontare qui. Non gli dica che, dopo che è andato a sbattere con la bicicletta contro un camion parcheggiato sulle strisce pedonali, procurandosi ferite al mento e alla spalla, e dopo che Lei ha chiamato i vigili urbani, e dopo che i vigili urbani hanno redatto regolare rapporto; ecco, non gli dica che dopo tutto questo Lei è stata recapitata una multa di 38 euro virgola 45 a carico del bambino «per mancato controllo del velocipede». Non gli dica che Lei l'ha già pagata, confermandosi un alleno nel Paese dove le multe si collezionano come un tempo i francobolli, aspettando fiduciosi il prossimo condono. Ma soprattutto non gli dica che il sindaco di Lainate, teatro dell'intera vi-

Così impari

ceda, anziché indicarla come cittadino esemplare l'ha pubblicamente redarguita, affermando che al Suo posto avrebbe riportato a casa il figlio ammassato «senza fare il paladino».

Capito l'antifona, caro paladino? L'Italia è un Paese libero, nel senso che ognuno è libero di parcheggiare il camioncino dove gli pare, e se un bambino va a sbattere l'addosso con la bicicletta, la responsabilità è del bambino e di chi lo accompagna, cioè Sua. Ma a Elia non dica neanche questo. Anzi, gli lasci credere di avere ricevuto un pubblico encomio per il Suo senso civico. Non glielo dica, altrimenti da adulto Suo figlio andrà a ingrassare le file di chi ha smesso di avere il senso dello Stato perché lo Stato gli fa senso.

© MAPPOLO/CONTE RISPONDI

TUTTI I ROMANZI DEL
COMMISSARIO MONTALBANO
per la prima volta in edicola"LA FORMA DELL'ACQUA"
IN EDICOLA DAL 30 LUGLIO

GIANNI DELLA SERA
La forma della sera
OGGI
L'Espresso
L'Espresso

L'ECONOMIA
Carrefour a NewPrinces
"Made in Italy vincente"

SARA TIRRITO — PAGINA 21



LA ROCKSTAR FRANCESE
Netflix riapre l'inchiesta
sul giallo Cantat

CECCARELLI, ITALIANO — PAGINA 15



L'AMBIENTE
Le risorse della Terra
bruciate in soli 7 mesi

MARIO TOZZI — PAGINA 18

1,90€ II ANNO 159 II N. 203 II IN ITALIA (PREZZI PROMOZIONALI ED ESTERO IN ULTIMA) II SPEDIZIONE ABB. POSTALE II D.L. 353/03 (CONV. IN L. 27/02/04) II ART. 1 COMMA 1, DCB - TO II WWW.LASTAMPA.IT



LA STAMPA

VENERDÌ 25 LUGLIO 2025

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



GNN

NEL 2024 HA FUNZIONATO SOLO CINQUE GIORNI PER VENTI PERSONE. IL VIMINALE: PRIMA LA GESTIONE DEI MIGRANTI COSTAVA DI PIÙ

Centri migranti in Albania: 114mila euro al giorno

IL REPORTAGE

La nuova Lampedusa
è un'isola greca

ELEONORA CAMILLI

Una decina di barconi abbandonati a riva, copertoni sgonfi usati come salvagente, vestiti, scarpe e documenti, sparsi tra i sassi. La traccia della nuova rotta dei migranti è in questa distesa di resti. — PAGINA 3



Per il cpr in Albania un costo giornaliero di 114 mila euro. I dati nel report "Trattenuti". — PAGINE 2 E 3

LA POLITICA

Csm e Giochi Cortina
doppio stop del Colle

FAMÀ, MOSCATELLI — PAGINA 11

Perché la giustizia
dev'essere riformata

SERENA SILEONI — PAGINA 23

Questione morale
i silenzi di Schlein

ALESSANDRO DE ANGELIS

Visto che quel periodo è stato evocato, i più canuti ricorderanno, tanto per fare un esempio di cosa sia un segretario, cosa fece Occhetto quando le inchieste lambirono il suo partito. — PAGINA 12

GLI USA ABBANDONANO LE TRATTATIVE A DOHA: HAMAS EGOISTA. CIBO A GAZA, VERTICE ITALIA-FRANCIA-GERMANIA-GRAN BRETAGNA

Gaza, la diplomazia si ritira

Londra e Parigi: riconosceremo lo Stato palestinese. La replica di Israele: "Macron premia il terrore"

L'ANALISI

Se l'Occidente lascia
impunito Netanyahu

ALESSIA MELCANGI

La litania di orrore a cui assistiamo ininterrottamente da mesi, fatta di impressionanti cifre di bambini, donne e uomini uccisi a Gaza non soltanto dalle armi, ma adesso sotterrati dalla fame e dalla mancanza di qualsiasi bene di prima necessità, sta finalmente provocando legittima indignazione. — PAGINA 5

LA GEOPOLITICA

Le idee antidoto
al cinismo del potere

GABRIELE SEGRE

Anche l'idea più nobile non vale nulla quando si rivela irrealizzabile. È una constatazione amara, soprattutto in un'epoca segnata da crisi incessanti e prive di sbocchi, dove perfino le soluzioni più sensate, giuste e lungimiranti appaiono svuotate, condannate a restare lettera morta. — PAGINA 23

MORTA LA STELLA DEL WRESTLING CHE AVEVA SPOSATO LA CAUSA DEL POPOLO MAGA

L'incredibile Hulk di Trump

ALBERTO SIMONI



La prima fake globale della storia

MASSIMILIANO PANARARI — PAGINA 23

Hulk Hogan alla convention repubblicana di un anno fa a Milwaukee in cui appoggiò Trump e Vance. — PAGINA 14

L'ECONOMIA

Lollobrigida
"Con i dazi
troppa incertezza
Scudo per l'Italia"

PAOLO BARONI



IL COMMENTO

Solo la Cina evita
la lotteria di Donald

STEFANO STEFANINI

Lotteria mondiale. La Cina pesca 30 (temporaneamente), Indonesia e Filippine 19, Giappone 15. Tanti altri in attesa. Per l'Unione europea l'ultimo giorno utile per l'estrazione è il 31 luglio. Altrimenti un bel 30 non ce lo toglie nessuno — non voto universitario ma dazio su tutte le esportazioni negli Usa. Magra consolazione la buona compagnia: resto dell'Asean incagliato fra 20 e 40, mentre i grandi vicini, Messico e Canada cercano di scrollarsi di dosso il 135, il Brasile sotto minaccia di un dazio del 50% per solidarietà trumpiana verso l'anima gemella, Jair Bolsonaro. — PAGINA 22

IL DIBATTITO

Ma nessuna tariffa
reggerà a lungo

VERONICA DE ROMANIS

Dazi al 15 per cento: sarebbe questo il punto di caduta dell'accordo tra gli Stati Uniti e l'Ue. Chiamiamo subito due aspetti. Il primo, banale, è che si tratta di un livello quattro volte superiore rispetto a quello in vigore prima dell'arrivo di Trump alla Casa Bianca. — PAGINA 22

VIENI A STUPIRTI

SUMMER GARDEN
dei Giardini di Villa Taranto

Buongiorno

Sono riconoscente agli amici di sinistra i quali, con aspettative sproporzionate ma gratificanti, mi esortano ad armare il garantismo in difesa di Beppe Sala e Matteo Ricci, il sindaco di Milano e l'ex sindaco di Pesaro appena indagati. La stessa sollecitazione mi è arrivata in altri tempi e per altri indagati, di destra, da amici di destra. In effetti non succedeva mai che uno di destra mi chieda di difendere uno di sinistra e nemmeno l'opposto. Se lo facessero, e non per interposto giornalismo, ma in prima persona, forse risolverebbero i loro problemi. Io sono infatti d'accordo con Stefano Esposito (ex senatore del Pd, indagato per sette anni e poi prosciolto) il quale propone un patto repubblicano: "Al di là di maggioranza e opposizione, di fronte a un'indagine la regola è che non ci si dimette". O perlomeno, aggiungo,

Patto repubblicano

MATTIA FELTRI

la regola è che nessuno chiede le dimissioni. E questo anche perché, quattro volte su cinque, il processo si chiuderà parecchi anni dopo con un'archiviazione o un'assoluzione o una condanna molto più lieve di quanto promettesse le indagini. Nessuna riforma sarebbe altrettanto efficace, dice Esposito: la politica riprenderebbe autonomia e forza senza toccare i poteri della magistratura o delegittimarne il lavoro. Sarebbe un vantaggio per tutti: destra, sinistra, magistrati ed elettori, che non vedrebbero più sovvertito l'esito della loro volontà. Ma naturalmente non se ne farà nulla, perché a destra si preferirà continuare a chiedere le dimissioni di quei delinquenti di sinistra e a sinistra di quei delinquenti di destra, che è diventata una disputa assai poco appassionante, specie per i garantisti.

www.frattini.it

Fratellini
RUBINETTI DAL 1958



Il Messaggero



€ 1,40* ANNO 147-148 2025
Sped. in A.P. 03/25/2025 come L. 460/2004 art. 1 (3) 03/25/2025

NAZIONALE

Venerdì 25 Luglio 2025 • S. Giacomo

DEL MATTINO

Comunicazione su **IL MESSAGGERO.IT**

1953-2025

**Addio Hulk Hogan, mito del wrestling
Trump: un vero Maga**

Paura a pag. 10



Il tecnico giura fedeltà

**Sarri: «Lazio più forte anche nelle difficoltà»
Lotito: non mi scuso**

Abbate nello Sport



**La crisi delle culle
UN MONDO
SENZA FIGLI
DOBBIAMO
FARCI I CONTI**

Romano Prodi

Sono abbastanza anziani per ricordare che un importante settimanale italiano, indicando l'andamento esplosivo della nostra popolazione negli anni '60, esordiva in prima pagina con il titolo: "Italiani come conigli". Mentre ripenso a questo sono obbligato a riflettere sui ripetuti allarmi nei confronti del crollo demografico italiano di oggi. Un crollo che ha già raggiunto livelli imprevedibili e non sembra arrestarsi.

Questa rivoluzione, se pure con modalità e ritmi diversi, sta interessando tutto il pianeta. Basti pensare che, negli anni Cinquanta, nascevano nel mondo cinque figli per donna, provocando la crescita della popolazione da 2,5 miliardi nel 1950 a 6,2 miliardi nel 2000. Nel nuovo secolo la popolazione sta invece avviandosi verso un progressivo declino. Inoltre le previsioni più recenti ci dicono che il fenomeno si accellerà in futuro. Senza entrare nei particolari che l'ultimo rapporto del Fondo Monetario internazionale ci offre in modo dettagliato, è sufficiente ricordare che, entro la metà del secolo, la Cina perderà 155 milioni di cittadini e l'Italia 7,3 milioni, cioè più della somma degli abitanti del Lazio e delle Marche.

Non può non colpire l'assoluta generalità di questo fenomeno che porterà una sensibile diminuzione della popolazione in tutti i continenti esclusa l'Africa, dove pure il tasso di natalità sta calando rapidamente anche se, tenuto conto degli altissimi livelli di partenza e del forte aumento della vita media, (...)

Continua a pag. 27

Gaza: Hamas rompe, replica Usa

►Witkoff incontra i mediatori su uno yacht in Sardegna, ma i miliziani cambiano le condizioni per la tregua: «10 ostaggi per 2.200 dei nostri». Washington: ora basta, pronti a intervenire

ROMA Tregua a Gaza, Hamas rompe. Witkoff: «Non vogliono il cessate il fuoco». Gli Usa: libereremo gli ostaggi.

Pinna e Vita alle pag. 2 e 3

La premier: «Niente proroghe al Pnrr»



**Meloni in copertina
Time: «Così Giorgia guida l'Europa»**

Francesco Bechis

Giorgia Meloni: «Niente proroghe al Pnrr, chiudiamo nell'agosto del '26». E Time, intanto, le dedica la copertina. A pag. 5

Trump: accordo vicino

**DAZI, L'INCERTEZZA
FRENA LA BCE:
TASSI, NIENTE TAGLI**

Angelo De Mattia

La decisione adottata dal Consiglio direttivo della Bce di mantenere fermi i tassi di interesse (...). Continua a pag. 27 Pacifico e Rosana a pag. 4

Il governo presenta il ddl Coltivaitalia

**Agricoltura, un miliardo d'investimenti
Lollobrigida: tutelare le filiere nazionali**

Valentina Pigliautile



Risorse per le filiere più fragili e misure per la semplificazione. Lollobrigida: «Così rafforziamo la resilienza del settore». A pag. 6 Ottaviano a pag. 6

Mattarella alle calciatrici: aiuterete le donne. Girelli&C. commosse



**Lacrime e sorrisi,
il bello delle Azzurre**

Il Presidente Sergio Mattarella con la Nazionale di calcio femminile

Ajello e Mei a pag. 7

West Nile, l'allerta arriva ad Anzio E a Latina 21 casi

►Contagi sospetti nella Asl Roma 6: la Regione dispone controlli sulle sacche di sangue donato

Mauro Evangelisti

La macchia si sta allargando. Ci sono alcuni casi sospetti di West Nile nel territorio dell'Asl Roma 6, ad Anzio. Manca l'ultima conferma del test, ma alla Regione Lazio sono già pronti a disporre prevenzione e controlli sulle sacche di sangue dei donatori in tutto il territorio regionale. Rezza: «Questo è un focolaio anomalo». In Italia complessivamente i casi salgono a 32. A pag. 14

**L'Ue: via i limiti
Liquidi a bordo
«Ma non in tutti gli aeroporti»**

ROMA Torno i liquidi nello zainetto e nel trolley che portiamo a bordo degli aerei. La novità arriverà la prossima settimana, probabilmente entro la fine del mese. Anche se sarà operativa per ora solo in alcuni aeroporti. A pag. 15

L'attore di Friends



**Matthew Perry,
il medico: «Gli davo la ketamina»**

da New York
La morte di Matthew Perry, il medico confessò: «Gli davo la ketamina». Avrebbe lacerato sulla sua dipendenza. Rischia fino a 40 anni di carcere. Mulvoni a pag. 10

L'ENERGIA PER SENTIRSI TOSTI!

SUSTENIUM PLUS 50+
ENERGIA FISICA E MENTALE

BUSTINE
FORMULAZIONE SPECIFICA ADULTI 50+
CON VITAMINA B12

FLACCONCINI

Gli integratori alimentari non vanno intesi come sostituti di una dieta varia, equilibrata e di uno stile di vita sano.

Il Segno di LUCA

**PESCI, LIBERI
DI AGIRE**

Il folto drappello di pianeti in Leone moltiplica i tuoi strumenti e la tua libertà di azione nel lavoro. Iniziano a delinearsi nuove possibilità che in qualche modo ti consentono di reinventare alcuni aspetti del tuo approccio, chiarendo gli obiettivi che intendi raggiungere. Ti senti pronto a rivedere alcuni tuoi atteggiamenti e ad abbandonare dei meccanismi di difesa che limitano la tua libertà d'azione. Spazio al nuovo in arrivo. **MANTRA DEL GIORNO** Quello che proteggerà mi imprigiona.

L'oroscopo a pag. 27

* Tardano con altri quotidiani (non acquistabili separatamente): nella provincia di Modena, Reggio Emilia, il Messaggero; Nuovo Quotidiano di Puglia € 1,30; la domenica con Tuttomessaggero € 1,40; in Abruzzo, il Messaggero; Circolo dello Sport, Stadio € 1,40; nel Molise, il Messaggero; Primo Piano: Roma € 1,50; nelle province di Bari, Foggia, il Messaggero; Nuovo Quotidiano di Puglia; Corriere dello Sport, Stadio € 1,50; "Passeggiate ed escursioni nel Lazio" € 0,90 (a loco).



Avvenire

Quotidiano di ispirazione cattolica www.avvenire.it



Editoriale

Diplomazia irrituale e senza risultati IRRISPETTOSE INCOERENZE

ANDREA LAZZA

Le forme, il protocollo, l'immagine e la dignità di un'istituzione possono essere conservate anche nei momenti più critici. Anzi, sono forse una risposta doverosa alla distruzione e alla rovina che incombono. Ma devono essere il riflesso esterno di un atteggiamento coerente con i valori che si vogliono manifestare. Si tramanda che il presidente del Consiglio Alcide De Gasperi, privo di mezzi come il Paese all'uscita dal conflitto, si fece prestare un cappotto per presentarsi in modo adeguato ai rappresentanti delle grandi potenze riuniti nella Conferenza di pace a Parigi del 1946. Una sobria eleganza non appariva fuori luogo, anche se la gran parte dei suoi concittadini di abiti buoni non ne aveva più. Mentre i 13 palestinesi morti di fame fino a ieri, nella sostanziale inerzia del mondo, provoca invece un ulteriore moto di indignazione che i negoziatori possano darsi appuntamento su un mega yacht in Costa Smeralda, a bordo del quale dovrebbero svolgersi i colloqui per avanzare verso una tregua nella martoriata Striscia di Gaza. Non che nelle lunghe maratone negoziali condotte finora in Qatar si digiunasse in solidarietà con i bambini rimasti senza cibo né acqua. Nel chiuso dei palazzi, e lontano dai nostri occhi, potevano però pensare che tutto l'impegno dei partecipanti fosse concentrato sull'obiettivo indifferibile di riattivare gli aiuti umanitari per i gazawi. Invece, ecco l'arrivo in Sardegna dell'inviato della Casa Bianca, Steve Witkoff, per incontrare il ministro israeliano per gli Affari strategici Ron Dermer e il primo ministro del Qatar Mohammed bin Abdulrahman Al-Thani forse salendo su una delle navi di lusso ancorate al largo di famose località turistiche.

continua a pagina 14

Editoriale

Il confine fragile tra cura e abbandono DIRE LA VITA FINO IN FONDO

MASSIMO CALVI

«Vi chiedo di essere umani». Con queste parole, all'inizio di un video diffuso dopo la sua morte, avvenuta con il suicidio assistito, Laura Santi ha chiesto alla politica di non ostacolare una legge di "buon senso" sul fine vita, cioè di far convergere le posizioni verso una norma capace di offrire una risposta dignitosa alle "sofferenze dei malati più gravi". Essere umani: può sembrare facile ai vivi, o addirittura scontato, in faccia a vicende tanto dolorose, dense di vita e di senso, spinti, costretti a interrogarsi riemergendo dal brodo della routine di esistenze personali fin qui fortunate. Purtroppo non lo è. Lo si nota nelle parole in eccesso che all'esterno, sforzandosi di attribuire un significato proprio all'"essere umani", ha invece trascurato non la vicenda personale, e la legittima richiesta di dignità, ma il racconto che della vita, della morte, e del dolore, ne deriva, volendo orientare il (buon) senso comune. Lo hanno rilevato, ma non era necessario aspettarne le lettere, tanti malati al medesimo confine estremo della vita, che faticano a trovare consolazione nella morte, e chiedono di non essere lasciati soli se invece possono continuare. Perché dietro, o sotto, la nostra nobile parola in eccesso che all'esterno, sforzandosi di attribuire un significato proprio all'"essere umani", ha invece trascurato non la vicenda personale, e la legittima richiesta di dignità, ma il racconto che della vita, della morte, e del dolore, ne deriva, volendo orientare il (buon) senso comune. Lo hanno rilevato, ma non era necessario aspettarne le lettere, tanti malati al medesimo confine estremo della vita, che faticano a trovare consolazione nella morte, e chiedono di non essere lasciati soli se invece possono continuare. Perché dietro, o sotto, la nostra nobile parola in eccesso che all'esterno, sforzandosi di attribuire un significato proprio all'"essere umani", ha invece trascurato non la vicenda personale, e la legittima richiesta di dignità, ma il racconto che della vita, della morte, e del dolore, ne deriva, volendo orientare il (buon) senso comune. Lo hanno rilevato, ma non era necessario aspettarne le lettere, tanti malati al medesimo confine estremo della vita, che faticano a trovare consolazione nella morte, e chiedono di non essere lasciati soli se invece possono continuare.

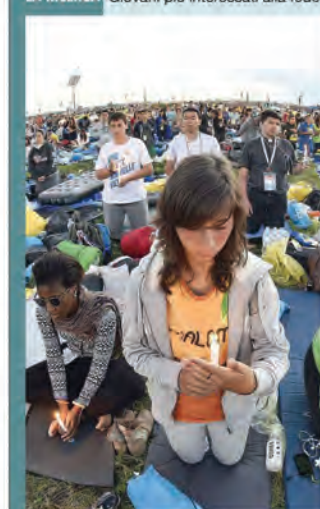
continua a pagina 14

IL FATTO Cresce la sfiducia tra i militari di Tel Aviv: oltre la metà dei riservisti si chiama fuori, aumentano i suicidi

Negoziati alla deriva

Mentre Gaza resta nell'incubo, Israele e Stati Uniti ritirano i delegati dal tavolo ufficiale di Doha. Ed è giallo sul presunto incontro in Costa Smeralda sul maxi yacht di Al-Thani

LA RICERCA Giovani più interessati alla fede



La secolarizzazione non corre più

In Canada, Regno Unito e Francia, sembra aver smesso di crescere il numero di chi si dichiara non appartenente ad alcuna fede. E in altri 7 Paesi dell'Europa occidentale c'è un netto rallentamento. Il dato emerge dai dati del progetto di ricerca denominato "Footprints", nato in seno al Laboratorio di Ricerca dell'Università di Santa Croce su un campione di 8.800 soggetti tra i 18 e i 29 anni (la Generazione Z) di otto Paesi. «Una piccola inversione di tendenza» dicono i ricercatori.

Piccoli a pagina 16

SCONTI

Torna rovente la frontiera tra Cambogia e Thailandia

Alta tensione fra Cambogia e Thailandia, arrivata al limite della guerra aperta e con uno scenario destabilizzante per la regione. Ieri mattina, il duro confronto che si era riaperto a fine maggio con uno scontro in cui morì un militare cambogiano, è riesplso nel modo più drammatico dalla fine del breve conflitto del 2008. Incerti i danni e il numero delle vittime. Ignote quelle militari: Bangkok sostiene che sono stati uccisi almeno 12 civili e ci sono numerosi feriti.

Vecchia a pagina 12

LUCA CAPUZZI

La risposta dei miliziani alla bozza di intesa ha mandato su tutte le furie l'inviato Witkoff: «Una vergogna l'egemonia del gruppo armato, non ha la volontà di arrivare a un accordo». Lo scoglio principale resta la fine della guerra, posta esplicitamente dall'organizzazione nel testo. I familiari degli ostaggi chiedono spiegazioni a Netanyahu. L'incubo della carenza si materializza con forza nella Striscia: con gli aiuti censurati e il denaro ridotto a cartastraccia, esplode il baratro online per trovare cibo. «Tutta Gaza sarà etnica», ha detto intanto il ministro ultranazionalista di estrema destra Amihai Ben-Eliyahu. Dietro la brutalità delle parole, l'incertezza dei soldati tra i militari israeliani si stanno infatti moltiplicando i casi di suicidio di riservisti che dicono «no».

Michelucci alle pagine 2 e 3

POVERTÀ Viaggi nel Mediterraneo troppo pericolosi, crollano le richieste d'asilo in Ue

Schiavitù, emergenza minori: nel mondo sono 12 milioni

PAOLO M. ALFIERI

Nel mondo, una persona su quattro vittima di schiavitù moderna è minorenni. Sono 12,3 milioni i bambini e gli adolescenti coinvolti in forme di sfruttamento: una cifra allarmante che riflette un fenomeno globale, in trasformazione e sempre più difficile da intercettare. Secondo la XV edizione del dossier "Piccoli schiavi invisibili" di Save the Children, a livello globale quasi 9 milioni di minorenni sono intrappolati in matrimoni forzati, mentre i restanti 3,2 milioni di minori vittime di sfruttamento sono impegnati nello sfruttamento sessuale (1,6 milioni), nel lavoro coatto o in attività illecite (1,3 milioni) e nel lavoro forzato imposto da autorità statali (200mila casi). Intanto, in cinquant'anni le richieste di asilo in Unione europea: troppo pericoloso viaggiare nel Mediterraneo.

Biolini, Campisi e Ghirardelli alle pagine 6 e 7

DAZI

L'Europa stringe con gli Usa, ma la missione in Cina è un flop

L'Europa aspetta Donald Trump sulla (presunta) quasi intesa sul fronte dei dazi con l'Ue, ma intanto Bruxelles mette sul tavolo la «piastrella delle contromisure»: è gelo, invece, a Pechino, dove ieri c'è stato un vertice Ue-Cina per i cinquant'anni delle relazioni bilaterali. Intanto la Banca centrale europea ha lasciato invariato i tassi.

Del Re e Mazza alle pagine 5 e 13

LA GUERRA IN EUROPA

Ancora fuoco su Odessa Zelensky sotto pressione

Scavo a pagina 4

LA DENUNCIA DEI VESCOVI

Gli incendi divorano il Sud «È odio verso il Creato»

Sallunaro a pagina 10

POLITICA

Sulla riforma della giustizia è già clima da referendum

Picciotto a pagina 9

Oratorio nella savana

Il sogno salesiano rivive tra i villaggi della savana, dove giovani e adulti si uniscono per vivere l'esperienza educativa di Don Bosco. L'iniziativa affonda le radici in una presenza cominciata nel 2016 con il progetto di "migrazione circolare", accompagnare i migranti accolti in Italia a ritornare nei loro Paesi per avviare progetti di sviluppo, generando alternative alla migrazione forzata. Nei villaggi intorno a Tambacounda, in Senegal, i volontari italiani dell'associazione Don Bosco 2000 promuovono l'animazione oratoriana sotto gli alberi: giochi, balli, canti e "pillole" formative nello stile salesiano. Un capo villaggio racconta che da quando gli animatori salesiani

frequentano la comunità i bambini "sono più felici". Cantano, giocano, ripetono quanto vissuto durante le attività, anche dopo la partenza dei volontari. In un gesto carico di simbolismo, gli abitanti prendono l'adesivo con il volto di Don Bosco dall'auto dell'Associazione e lo appendono a un albero. La richiesta è esplicita: «Vogliamo un oratorio qui». Provvidenzialmente, alcune donazioni hanno permesso la nascita di un oratorio salesiano nel cuore della savana. Ogni estate si rinnova l'esperienza missionaria: un ponte tra culture, una proposta educativa affascinante, un'occasione di crescita per i volontari e per le comunità musulmane che riconoscono in Don Bosco l'attenzione al cuore dei giovani.

© Immagine coordinata

Ripartenze

Giorgio Paolucci

Gutenberg



In edicola a 4 euro



DIRITTI

È la salute il confine europeo che va difeso

FILIPPO ANELLI

La spesa sanitaria non va considerata come un costo ma come un investimento

strategico a garanzia del futuro. E va fatto a livello europeo, in ossequio ai principi fondanti dell'Unione. A pagina 15

INTERVENTO Dai medici dell'Unione l'invito a sostenere la spesa a tutela di un diritto fondamentale

La salute, pilastro dell'Europa diventi un confine da difendere

Nasce la «Carta di Roma», un manifesto per considerare gli investimenti nella sanità una priorità strategica del Continente a favore della coesione e dello sviluppo

Considerare la spesa sanitaria non come un costo ma come un investimento strategico e come uno strumento di resilienza sociale a garanzia del futuro. E farlo a livello europeo, in ossequio ai principi fondanti dell'Unione, che vedono la salute come diritto fondamentale e come pilastro della coesione sociale e della sostenibilità economica. Sono questi gli obiettivi della "Carta di Roma: la salute come investimento strategico", che, promossa dalla Fnomceo, la Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli Odontoiatri, che mi onoro di presiedere, è stata firmata lo scorso 10 luglio. A sottoscriverla, gli Ordini dei medici nazionali di Francia, Germania, Grecia, Italia, Portogallo e Spagna. Il manifesto è stato poi presentato nell'ambito del convegno internazionale "La Salute come investimento: un impegno europeo", cui hanno partecipato i più alti rappresentanti delle istituzioni italiane ed europee.

Tra i punti della "Carta di Roma", la proposta di una "clausola di resilienza sanitaria", che consenta agli Stati membri dell'Unione europea di destinare risorse aggiuntive alla prevenzione e gestione delle malattie croniche, senza violare i parametri. E poi, l'invito agli Stati membri a prevedere nei piani di bilancio a medio termine programmi di investimenti sanitari, la richiesta alla Commissione eu-

ropea di riconoscere il ruolo della spesa sanitaria come investimento strutturale nelle Raccomandazioni specifiche per ogni Paese. Ancora, il sostegno all'espansione del programma EU4Health, in modo che le risorse europee possano integrare quelle nazionali per rafforzare i sistemi sanitari. Infine, un'attenzione particolare alla prevenzione, attraverso programmi di screening e alla gestione delle malattie croniche.

Un argomento fondamentale, questo, visto che, secondo i dati preliminari del rapporto Hesri2 (Health Equity Status Report) dell'Oms, presentati da Chris Brown, Capo dell'Ufficio Europeo dell'Oms per l'investimento in salute e sviluppo, nelle prossime decadi in Europa ci saranno due giovani ogni tre anziani, con un raddoppio, rispet-



to ad oggi, degli ultra-ottantacinquenni, che diventeranno 65 milioni nel 2050. Le strategie di investimento nei sistemi sanitari europei per un invecchiamento sano ed equo della popolazione rappresentano dunque un investimento proficuo per l'intera economia.

Come, del resto, già dimostrato dal I Rapporto Fnomceo-Censis, riproposto e aggiornato da Francesco Maietta, responsabile dell'Area Consumi, Mercati e Welfare del Censis: ogni euro di spesa sanitaria pubblica, secondo la ricerca, ne genera quasi due di valore della produzione. La spesa sanitaria, infatti, produce domanda per il sistema di imprese, Pil, occupazione di qualità, sviluppo e, anche, coesione sociale. Investire in sanità, quindi, è un modo per investire in sviluppo economico e sociale. Ed è tanto più importante farlo ora, in questo momento cruciale dal

FILIPPO ANELLI

punto di vista della politica internazionale e dei singoli Paesi, e in un contesto di scarsità di risorse per cui le priorità vanno individuate in modo oculato e strategico, da un punto di vista etico, sociale e di appropriatezza economica.

I teatri di guerra in Europa, nel Medio Oriente e nel mondo hanno rimesso in moto la corsa al riarmo. Questo contesto internazionale e le nuove politiche americane portano sempre più i paesi europei a dover aumentare le spese per la difesa. L'obiettivo fissato per i paesi Nato è il 5% del Pil, per cui in

Italia la spesa annuale passerebbe dagli attuali 45 miliardi a ben 145 miliardi nel 2035: una cifra, questa, superiore all'attuale spesa per la sanità pubblica, che nel 2024 è stata di circa 138,7 miliardi di euro, con un aumento, peraltro, del 5,8% rispetto al 2023.

È forte la preoccupazione che la ricerca di queste risorse determini inevitabilmente tagli o riforme strutturali in altri settori, o un forte aumento del debito pubblico. Una preoccupazione recentemente espressa anche da Papa Leone XIV, che, rivolgendosi ai partecipanti alla plenaria della Riunione delle Opere per l'Aiuto delle Chiese Orientali (Roaco), ha esortato a non tradire i desideri di pace dei popoli "con le false propagande del riarmo". «La gente – ha affermato – è sempre meno ignara della quantità di soldi che vanno nelle tasche dei mercanti di morte e con le quali si potrebbero costruire ospedali e scuole; e invece si distruggono quelli già costruiti!».

L'Europa, per nascita e vocazione, non è solo difesa dei confini materiali ma è, anche e soprattutto, rivendicazione dei confini identitari, di

quei principi che ne fanno una comunità e che ne rappresentano la vera essenza. È una società dove i diritti e il welfare sono diventati elementi costitutivi dell'Unione. In particolare, la salute è considerata un diritto fondamentale. La sua protezione è garantita dall'articolo 35 della Carta dei diritti fondamentali

dell'Unione Europea, ed è considerata pilastro della coesione sociale e della sostenibilità economica.

Ai cittadini europei, e ad ogni individuo presente in Europa, è riconosciuto il diritto alla tutela della salute in quanto persona e questo riconoscimento è diventato una caratteristica della nostra Unione Europea e un grande segno di crescita civile e sociale. Crediamo dunque che la salute debba essere considerata una priorità strategica per i nostri paesi europei al pari della sicurezza, in equilibrio con i bisogni civili. Le sfide in continua evoluzione in campo medico e demografico – dall'invecchiamento della popolazione all'aumento delle malattie croniche, alle crisi sanitarie transfrontaliere – impongono ai sistemi sanitari pressioni che non possono essere ignorate o trascurate.

I medici, custodi della salute dei cittadini europei, propongono, a una sola voce, di considerare la spesa sanitaria come un investimento strategico per il futuro delle nostre società, in considerazione dell'impatto positivo sulla produttività, la coesione sociale e la sostenibilità fiscale ed esortano il Consiglio e la Commissione, in sede di negoziati sul piano di bilancio di medio termine, a introdurre una "clausola di resilienza sanitaria" che consenta agli Stati membri di destinare risorse aggiuntive alla prevenzione senza violare i parametri europei.

**Presidente FNMCCO
Federazione nazionale
degli Ordini dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri**

Tra i punti c'è la proposta di una "clausola di resilienza sanitaria", che consenta agli Stati di destinare risorse aggiuntive alla prevenzione e alla gestione delle malattie croniche, senza violare i parametri Ue

«La gente – ha detto Leone XIV – è sempre meno ignara della quantità di soldi che vanno nelle tasche dei mercanti di morte e con le quali si potrebbero costruire ospedali e scuole; e invece si distruggono quelli già costruiti!»



Lea, nella sanità le regioni non possono fare da sé

E' costituzionalmente illegittima la legge della regione Puglia che ha anticipato l'efficacia del decreto tariffe per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e protesica. Lo ha stabilito la Corte costituzionale con la sentenza numero 122/2025, depositata ieri, che ha dichiarato l'illegittimità dell'articolo 26 della legge della Regione Puglia numero 28 del 2024, con la quale si era data totale e immediata vigenza ed esecuzione alle disposizioni dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica, di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri sui livelli essenziali di assistenza (LEA) del 2017, e alle relative tariffe, stabilite dal decreto interministeriale del 23 giugno 2023.

Il Governo ha denunciato il contrasto dell'impugnato articolo 26 con l'articolo 117, terzo comma, della Costituzione, in materia di coordinamento della finanza pubblica, sia in quanto avrebbe violato il procedimento di formazione dei Lea stabilito dalla legislazione statale, sia perché avrebbe introdotto livelli essenziali di assistenza ulteriori a quelli erogati dal Servizio sanitario nazionale, incorrendo così nella violazione del divieto di effettuare spese sanitarie non obbligatorie.



Confusione sulla sanità (e sul Pnrr)

Niente chiarezza su personale, servizi, strutture. I guai della nuova sanità di prossimità

Durante un'audizione in commissione Affari sociali della Camera, il sottosegretario alla Salute Marcello Gemmato ha annunciato con toni rassicuranti che sono già operative 1.225 Case e 368 Ospedali di Comunità, superando i target europei previsti dal Pnrr. Inoltre, è stato speso quasi il 30 per cento dei fondi, e i cantieri risulterebbero in linea con la tabella di marcia. Tuttavia, dietro a questi numeri non è chiaro cosa ci sia davvero. Il ministero non distingue tra strutture realmente operative, aperte ma senza servizi, o ancora in fase progettuale. In alcuni casi, si parla di edifici inaugurati ma con personale insufficiente o attività minime, mentre altri sono semplici locali ricon-

vertiti, con una targa ma senza contenuti. Questo aggregato rischia di mascherare forti disomogeneità e di creare un'immagine distorta della reale accessibilità alle cure. Grave è anche l'assenza di dati disaggregati per regione: non si sa dove le strutture siano effettivamente funzionanti e dove, invece, tutto sia fermo. La mancanza di una mappatura aggiornata e accessibile impedisce di comprendere lo stato reale della sanità territoriale, rischiando di occultare profonde disuguaglianze. Alcuni territori hanno avviato la trasformazione, altri restano fermi al palo. Sebbene le comunicazioni ufficiali celebrino il superamento dei target, mancano strumenti concreti di verifica. Cit-

tadini e operatori non sanno se le "1.225 Case" abbiano medici, infermieri di comunità, diagnostica leggera, assistenza sociale o semplicemente un'insegna e qualche stanza vuota. Serve chiarezza, perché dietro ogni struttura c'è un bisogno di salute da soddisfare. Senza trasparenza su personale, servizi attivi e orari, i numeri rischiano di restare una narrazione distante dalla realtà. Per garantire che la medicina di prossimità promessa dal Pnrr diventi concreta, serve una mappatura pubblica, struttura per struttura, facilmente consultabile. Solo così le Case e gli Ospedali di Comunità potranno rappresentare un vero presidio sanitario, e non solo una milestone da esibire in sede europea.



West Nile, salgono a 32 i casi: due terzi sono a Latina

Un paziente ha 31 anni. L'Iss: «Andamento in linea col passato, è differente la distribuzione spaziale»

Si allarga il fronte del contagio del virus West Nile. Arrivando a far contare in tutta Italia 32 casi di positività accertata, secondo i dati diffusi dall'Istituto superiore di sanità. I due terzi sono stati registrati nel Lazio, mentre i restanti nove sono divisi tra Veneto, Emilia-Romagna, Piemonte e Campania. Una concentrazione geografica importante delle positività, quella registrata nel litorale e nell'entroterra pontino. «L'andamento epidemiologico è in linea con gli anni passati — ha spiegato Anna Teresa Palamara, a capo del dipartimento Malattie infettive dell'Iss —, mentre la distribuzione spaziale appare del tutto differente».

Il bollettino sanitario diffuso ieri dalla Regione Lazio, dopo le ultime dodici confer-

me arrivate dalle analisi effettuate nel centro di riferimento dell'Istituto nazionale per le malattie infettive Lazzaro Spallanzani, parla adesso di 21 casi totali di influenza del Nilo. Tutti i casi laziali sono concentrati tra Latina e la sua provincia, precisamente nei comuni di Aprilia, Cisterna di Latina, Fondi, Pontinia, Priverno, Sezze e Sabaudia. Ed è qui, tra l'ospedale San Giovanni di Dio di Fondi e il Santa Maria Goretti di Latina, che vengono assistiti nove dei pazienti colpiti e che risultano ricoverati in reparti ordinari per altre patologie. Il decimo, un 31enne di Aprilia, è invece ricoverato in Malattie tropicali allo Spallanzani. Altri due poi, i più gravi, sono intubati e assistiti in terapia intensiva.

Una volta finito il decorso della malattia, due contagiati sono stati dimessi, mentre per altri sei che presentano blanda sintomatologia è stata attivata l'assistenza domiciliare.

Il ventunesimo caso è quello della donna di 82 anni originaria di Nerola, vicino Roma, che la settimana scorsa è stata uccisa proprio dal virus che le aveva causato complicanze neurologiche. L'allerta resta quindi alta nelle aree colpite con tanta violenza dalla presenza della zanzara comune infetta. È lei infatti, con la sua puntura, la responsabile della trasmissione del virus del Nilo, che non si contagia da uomo a uomo.

I comuni laziali interessati da possibili «focolai», quelli

cioè dove i pazienti potrebbero essere stati punti, stanno procedendo a bonifiche e disinfezioni su larga scala. E i medici, allertati a riconoscere i sintomi, consigliano l'uso di repellenti.

«In questo momento non c'è nessun allarmismo. La malattia può essere grave nelle persone colpite da altre patologie. Non possiamo però dormire sugli allori», ha detto al riguardo Francesco Vaia, già direttore dello Spallanzani di Roma e oggi all'Autorità garante nazionale dei diritti delle persone con disabilità. «Conosciamo West Nile, solo che i casi di questi giorni, nell'Agro pontino e nel casertano, sono da evidenziare».

Clarida Salvatori

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La vicenda

● Secondo l'Istituto superiore di sanità sono 32 i casi confermati di infezione da West Nile da inizio anno al 23 luglio

● Di questi, 21 sono nella provincia di Latina, inclusa la paziente deceduta la scorsa settimana

Per arginare il virus

Nell'area dei focolai si procede con le bonifiche. I medici: consigliati i repellenti



West Nile, l'allerta arriva ad Anzio E a Latina 21 casi

► Contagi sospetti nella Asl Roma 6: la Regione dispone controlli sulle sacche di sangue donato

Mauro Evangelisti

La macchia si sta allargando. Ci sono alcuni casi sospetti di West Nile nel territorio dell'Asl Roma 6, ad Anzio. Manca l'ultima conferma dei test, ma alla Regione Lazio sono già pronti a disporre prevenzione e controlli sulle sacche di sangue dei donatori in tutto il territorio regio-

nale. Rezza: «Questo è un focolaio anomalo». In Italia complessivamente i casi salgono a 32.

A pag. 14

West Nile, allerta ad Anzio Nella provincia di Latina casi raddoppiati in 24 ore

► Contagi sospetti nel territorio della Asl Roma 6: la Regione dispone il controllo di tutte le sacche di sangue donato nel Lazio. Rezza: «Questo è un focolaio anomalo»

L'EMERGENZA

ROMA La macchia si sta allargando. Ci sono alcuni casi sospetti di West Nile nel territorio dell'Asl Roma 6, ad Anzio. Manca l'ultima conferma dei test, ma alla Regione Lazio sono già pronti a disporre prevenzione e controlli sulle sacche di sangue dei donatori in tutto il territorio regionale. Allo Spallanzani di Roma da giorni è ricoverato un ragazzo di 31 anni della provincia di Latina,

alto più di due metri, sportivo, fino a qualche giorno fa in buona salute. Prima ha avuto la febbre e il vomito, poi è peggiorato e gli hanno diagnosticato una meningo-encefalite. Nel focolaio di West Nile che si sta espandendo tra il Sud del Lazio e il Nord della Campania, è senza dubbio il paziente più giovane. Generalmente, questo arbovirus trasmesso dalle zanzare Culex, che a loro volta lo ricevono dagli uccelli, causa sintomi significativi in soggetti anziani o con patologie pregresse. «Ma non è sempre così e in fondo lo abbiamo visto anche con il Covid - osserva il pro-

fessor Gianni Rezza, già direttore della Prevenzione del ministero della Salute e oggi professore straordinario di Igiene all'università Vita-Salute San Raffaele



di Milano - quando si parla di malattie infettive a volte anche in soggetti insospettabili, giovani e in buona salute, possono esserci motivi di suscettibilità non noti. Resta comunque la necessità, di fronte a un focolaio così vasto, di difendere i soggetti più deboli. Attenzione: non stiamo parlando di un virus respiratorio da cui ci si tutela con mascherine o distanziamento. In questo caso bisogna evitare di essere punti dalle zanzare (anche se non è che ogni puntura significhi contagio, sia chiaro). Da una parte bisogna intensificare le disinfezioni soprattutto con larvicidi, dall'altra i cittadini devono usare zanzariere, repellenti, insetticidi, in particolare nelle aree più colpite.

LABORATORI

I numeri stanno aumentando in modo prepotente. Nella sola provincia di Latina sono raddoppiati in un giorno. Spiegano alla Regione Lazio sulla base delle ana-

lisi dei laboratori dell'Istituto Spallanzani di Roma: «Sono stati accertati dodici nuovi casi: con questi ultimi accertamenti salgono a 21 le conferme diagnostiche di positività di infezione da West Nile Virus, inclusa la paziente deceduta la scorsa settimana presso l'ospedale di Fondi. Degli altri 20 casi: 10 pazienti risultano attualmente ricoverati in reparti ordinari per altre patologie; 2 sono stati dimessi; 6 sono in cura presso il proprio domicilio; 2 si trovano ricoverati in terapia intensiva. La sola provincia coinvolta è quella di Latina e i comuni di presunta

esposizione sono Aprilia, Cisterna di Latina, Fondi, Latina, Pontinia, Priverno, Sezze, Sabaudia». A Terracina è stato trovato un animale infetto. Su scala nazionale l'Istituto superiore di sanità fa sapere che, da inizio anno, compresi i 21 casi di Latina, ci sono 32 contagiati del virus West Nile. Da un punto di vista numerico, afferma l'Iss, «l'andamento epidemiologico al mo-

mento è in linea con quello degli anni precedenti, mentre la distribuzione spaziale appare invece abbastanza differente. Dei 32 casi citati, 23 si sono manifestati nella forma neuro-invasiva (2 Piemonte, 2 Veneto, 1 Emilia-Romagna, 15 Lazio, 3 Campania), 1 caso asintomatico identificato in donatore di sangue (1 Veneto) e 6 casi di febbre (2 in Veneto e 4 nel Lazio)». Tra i confermati sono stati notificati 2 decessi (Piemonte e Lazio). «Il virus West Nile ormai da diversi anni è endemico nel nostro paese - dice la dottoressa Anna Teresa Palamara, che dirige il dipartimento di Malattie Infettive dell'Iss - e il sistema di sorveglianza che Ministero, Iss e Regioni hanno messo a punto è ben rodato ed efficace. Tutte le misure sono in campo, comprese quelle a protezione dei trapianti e delle trasfusioni. Ricordiamo che l'80 per cento dei casi di infezione da West Nile è asintomatico, mentre il rischio di conseguenze gravi è maggiore per le persone più fragili. La malattia non si trasmette da persona a persona». Dunque, se i numeri sono più o meno quelli di un anno fa perché c'è tanta attenzione nel focolaio di Latina e della vicina Baia Domi-

zia? Ricorda il professor Rezza: «Dal 2008 questo virus è presen-

te in Italia, non è una sorpresa. Il nodo è un altro: solitamente i focolai erano stati registrati nell'area della pianura padana, in Veneto, in Lombardia, in Emilia. È la prima volta che si verifica una diffusione così intensa più a Sud». Ma per quanti giorni ancora vedremo aumentare il numero dei casi in provincia di Latina? «Non è prevedibile - avverte Rezza - normalmente i casi di West Nile aumentano ad agosto e settembre e questo farebbe presumere che nelle prossime settimane avremo ancora più contagi. Nella realtà, avventurarsi in questi pronostici è complicato». La dottoressa Palamara invita a rivolgersi al proprio medico se si ha una febbre superiore ai 38 gradi. I medici di base sono stati allertati perché vigilino sulla diffusione del virus, ricordando sempre che normalmente su 100 contagiati, 80 sono asintomatici e 19 hanno sintomi blandi.

Mauro Evangelisti

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**IN TOTALE GLI INFETTI
IN ITALIA SONO 32
L'INCOGNITA
DI AGOSTO E SETTEMBRE
QUANDO SOLITAMENTE
LA DIFFUSIONE AUMENTA**

**L'EPIDEMIOLOGO:
«FINO AL 2024
IL VIRUS ERA PIÙ
LOCALIZZATO
IN PIANURA PADANA,
ORA SI È SPOSTATO»**



Morire legati al letto di una Rsa

JONATHAN MOENS, NATALIE DONBACK e JOANA ASCENSÃO

Aldo Rebagliati aveva sempre avuto una certa manualità. A 30 anni era entrato in una ditta metalmeccanica di Savona, dove contribuiva alla produzione di materiali per l'industria ferroviaria e aeronautica. Dopo essere andato in pensione anticipata, si era dedicato al restauro di attrezzi antichi e alla cura di un terreno. Qualcosa cambiò quando Aldo raggiunse i 70 anni. «Non sapeva più aggiustare nulla», racconta **Tania Rebagliati**, sua figlia. Poco dopo arrivò la diagnosi: Alzheimer in fase iniziale. Perse presto l'orientamento, non riusciva più a scrivere, e diventò pericoloso farlo uscire da solo o lasciarlo guidare. Per garantirgli le cure, nel 2019 la famiglia decise di ricoverarlo per un mese in una casa di riposo. Dopo averne visitate più di dieci, scelsero una struttura privata chiamata La Villa: un edificio alto, con facciate color albicocca e una vista sul mare. Il costo era elevato, quasi tremila euro per un mese. «Sembrava quasi un hotel», dice **Lorenzo Rebagliati**, figlio di Aldo. «E ce l'hanno venduta così: un posto aperto ai visitatori, aperto ai residenti, liberi di fare più o meno ciò che volevano».

Appena tre giorni dopo il suo ingresso, la famiglia trovò Aldo in una stanza con le finestre sbarrate, legato a una sedia con stracci annodati attorno alle braccia e alla vita. «Me lo ricordo come se fosse ieri» dice Tania. «Abbiamo chiesto spiegazioni, ci hanno risposto che era per la sua sicurezza». Tania scoprì che Aldo veniva legato sia di giorno che di notte, al punto da perdere gran parte della sua mobilità. Gli veniva somministrato anche un antipsicotico senza il consenso della famiglia, portandolo a uno stato di torpore costante. «Il mio papà era diventato una larva in una settimana, non mangiava neanche più». La famiglia voleva riportarlo a casa, ma dovette aspettare dieci giorni che i medici della struttura concedessero l'autorizzazione. Poco dopo, Aldo morì in ospedale. «Affidai qualcuno che ami alle cure di altri, pensandolo al sicuro»,

dice Tania. «Scoprire cosa era successo è stato terribile».

In Italia e in molti Paesi del Mediterraneo, l'uso di lenzuola, fasce, sponde del letto e altri strumenti che limitano i movimenti – note come “contenzioni fisiche” – è ancora ampiamente diffuso. Anche se le famiglie restano il pilastro dell'assistenza, molte persone si rivolgono alle Rsa per conciliare lavoro e cura, o ricevere supporto specialistico. In Italia, oltre 300.000 anziani sono stati ricoverati almeno una volta in una Rsa e, come dimostra questa inchiesta frutto di un'indagine di cinque mesi basata su richieste di accesso agli atti, documenti giudiziari, analisi della stampa locale e letteratura scientifica – realizzata in collaborazione con *Expresso* (Portogallo), *elDiario* (Spagna) e *Undark Magazine* (Stati Uniti) – troppi sono gli abusi. Con l'invecchiamento della popolazione e l'aumento delle demenze, aumenta anche il rischio che le contenzioni vengano utilizzate sempre più spesso, spiega **Sezer Kisa**, docente di *global health nursing* presso l'Università Metropolitana di Oslo. Il rischio è alto in Italia, che dopo Giappone e Corea del Sud è il Paese in cui l'invecchiamento procede più rapidamente.

Molti operatori sanitari sostengono che queste pratiche servono a prevenire cadute, vagabondaggio, autoleSIONISMO o comportamenti aggressivi. Ricordano anche che l'uso delle contenzioni è regolato da norme e codici, tra cui il Codice Deontologico degli Infermieri, il parere del Comitato Nazionale per la Bioetica e la Costituzione stessa, che stabiliscono che tali strumenti debbano essere usati solo come ultima risorsa, con il consenso del paziente o del tutore legale e su prescrizione medica. «L'uso del-



le contenzioni è estremamente controllato e solo in casi di reale necessità e per il tempo strettamente necessario», afferma **Ave-
rardo Orta**, presidente della Confederazione Europea delle Case di Cura, che rappresenta strutture private in tutta Europa. Questa è la linea ufficiale. Ma un'analisi di casi in Italia suggerisce una realtà ben diversa. In decine di articoli di cronaca emergono episodi in cui anziani sono stati legati con lenzuola, cinture o vecchi indumenti. Nel 2022, a Palermo, dei video mostravano pazienti legati per ore a sedie o letti, alcuni insultati o picchiati in una casa di riposo. Un caso simile del 2021 a Salerno mostrava persone legate in carrozzina, coperte con maglioni e lasciate in letti intrisi di urina. Casi analoghi sono stati documentati a Torino, Napoli, Caltanissetta, Catania, Oristano, Civitavecchia e altrove. Abbiamo inviato richieste di ac- ➤ ➤ cesso ai dati sul ricorso alle contenzioni a tutte le Regioni italiane. I risultati? Frammentari, in molti casi assenti, e raramente monitorati a livello nazionale.

Dove esistono, i dati suggeriscono un uso ordinario, non eccezionale. In Lombardia, ad esempio, circa 42mila pazienti sono stati sottoposti ad almeno una forma di contenzione nel 2024, su circa 66mila posti letto nelle Rsa private nell'anno precedente. In Trentino, con 4.900 posti letto, quasi 4.200 residenti hanno ricevuto una prescrizione di contenzione. In Veneto, la quota di persone sottoposte a contenzione è in diminuzione, ma nel 2024 sono ancora quasi 17mila i soggetti contenuti. E per oltre il 20 per cento di loro la contenzione è continua, sia di giorno che di notte.

In Piemonte, il difensore civico regionale dell'epoca, **Augusto Fierro**, ha rilevato nel 2019 che oltre il 90 per cento delle strutture utilizzava contenzioni. «Risultati che purtroppo concludono una situazione di generalizzato utilizzo delle pratiche di coercizione della persona nelle residenze per anziani» si legge nel rapporto. Alcuni esperti sostengono che queste percentuali sono gonfiate, includendo sponde del letto e carrozzine con tavolini bloccanti. «Onestamente, queste percentuali mi sembrano molto alte» dice **Dario Leosco**, presidente della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria. Ma anche il Comitato Nazionale per la Bioetica, in una relazione del 2015, riconosce la diffusione del fenomeno: «La pratica di legare i pazienti e le pazienti con-

tro la loro volontà risulta tuttora applicata, in forma non eccezionale, senza che vi sia un'adeguata attenzione alla gravità del problema, né da parte dell'opinione pubblica né delle istituzioni».

Le ragioni citate più spesso per giustificare l'uso delle contenzioni sono legate alla sicurezza: evitare cadute, contenere l'aggressività, impedire l'autolesionismo. Alcuni operatori raccontano casi in cui i pazienti si strappavano flebo, cercavano di camminare con rischio di cadute, o si comportavano in modo aggressivo. «In alcuni casi è assolutamente necessaria e va condivisa con i familiari», afferma Leosco. Ma altri esperti accusano le strutture di abusarne per comodità, invece di capire le reali esigenze dei pazienti. Chi soffre di demenza può agitarsi perché ha fame, dolore, o semplicemente bisogno di muoversi. Legarli non risolve le cause. «Le contenzioni non trattano il problema alla radice», afferma **Mustafa Atee**, docente alla Curtin University in Australia, autore di un articolo di opinione in cui, rappresentando l'International Psychogeriatric Association, mette in guardia contro il loro utilizzo.

Le prove scientifiche a favore delle contenzioni sono scarse. Per una revisione sistematica del 2023 è possibile ridurre l'uso di contenzioni senza aumentare il rischio di cadute. Inoltre, diversi studi ne dimostrano gli effetti nocivi: uno del 2018 ha rilevato che quasi il 40 per cento dei pazienti in terapia intensiva sottoposti a contenzioni sviluppa delirio. Una revisione del 2014 le ha associate a un peggioramento del benessere psicologico, mentre un altro studio ha rilevato un possibile legame con il disturbo post-traumatico da stress. «C'è un totale scollamento tra ciò che la scienza ci dice e ciò che accade nella pratica», dice **Claudia Mahler**, esperta indipendente Onu sui diritti degli anziani. Anche per il Ministero della Salute, in un documento sulla gestione delle cadute del paziente nelle strutture sanitarie, «non vi è evidenza scientifica che l'uso della contenzione fisica o farmacologica protegga i pazienti dalle cadute» e anzi possono provocare «effetti indesiderati psicologici nonché fisici».

Le sponde del letto sono lo strumento più diffuso, ma tutt'altro che innocuo. In realtà, aumentano il rischio che i pazienti con disturbi cognitivi cerchino di sca-



valcare e cadano da un'altezza maggiore. «La persona intende scendere dal letto, comunque, e con le sponde lo fa da una posizione più alta», spiega Orta. Per questo alcuni esperti chiedono il divieto assoluto delle contenzioni. «È come una pistola», dice **Livia Bicego**, già direttrice infermieristica dell'Assl di Trieste. «Se ce l'hai, prima o poi la userai». Trieste è pioniera nell'abolizione delle contenzioni psichiatriche, ispirandosi al modello di **Franco Basaglia**. Bicego e altri ora cercano di estendere questo approccio anche alle Rsa, un ambito ancora poco discusso. Secondo Mahler, la tutela in Europa «si concentra tutta sulla sicurezza del paziente, ma non sul maltrattamento». Le Rsa dovrebbero invece preoccuparsi dei bisogni delle persone.

Un altro nodo è la carenza di personale. In Italia ci sono 6,4 infermieri ogni mille abitanti, contro una media Ue di 9,5. Mancano oggi circa 65-70mila infermieri. «Mancanza di personale. Il problema è questo» afferma Leosco. Il quadro normativo può inoltre portare a conseguenze opposte: da un lato la Costituzione tutela la libertà personale, dall'altro il personale sanitario può essere ritenuto penalmente responsabile se non ha fatto tutto il possibile per prevenire un infortunio. «Se non ven-

gono prese tutte le precauzioni, a quel punto si incorre nella violazione opposta della legge» spiega **Anna Marala**, presidente della Fondazione Anaste Humanitas. Secondo lei, gli abusi avvengono soprattutto nelle strutture non accreditate. Ma diversi casi documentati – tra cui La Villa – hanno coinvolto Rsa e ospedali sottoposti a controlli. Dopo il 2019, La Villa è finita sotto indagine e alcuni Oss sono a processo per maltrattamenti. La struttura, oggi ribattezzata “L'Alba”, continua a operare sotto la gestione di una società che risulta controllata dallo stesso gruppo francese almeno dal 2019. I precedenti responsabili non hanno risposto alla nostra richiesta di replica, mentre il gruppo attualmente al controllo ha dichiarato di non essere nella posizione di commentare su quanto accaduto in passato. «È come lavarsi la faccia e ricominciare da capo» dice Tania. «Spero solo che non tornino a fare quello che facevano prima». **E**

La realizzazione di questa inchiesta è stata supportata da un finanziamento del fondo IJ4EU

L'uso di mezzi di contenzione per anziani e fragili nelle residenze di cura provoca conseguenze gravi, a volte letali. Ma le strutture, a corto di personale, spesso ne abusano

La letteratura scientifica smentisce la loro utilità per evitare le cadute dei pazienti. E anche le semplici sponde del letto possono avere effetti indesiderati psicologici e fisici



IL DIBATTITO IN ATTESA CHE A SETTEMBRE RIPRENDA L'ITER DELLA LEGGE

Le associazioni: per il fine vita centrale la relazione

Mentre per la proposta di legge allo studio si posticipa a settembre l'approdo in Aula, continua il dibattito sul fine vita. L'associazione *Scienza & vita* interviene sulle cure palliative. Presidio medico importante, ma che non va disgiunto dal fattore umano: «La scienza medica può mettere in campo le migliori risorse tecniche per trattare il dolore, ma essa non può dare una risposta alla domanda di senso, né rimuovere ogni sofferenza. La malattia può generare una sofferenza profonda, che richiede un'attenzione non meramente tecnica». Decisiva è «l'etica relazionale» che «può offrire un contributo importante per contrastare il senso di isolamento che vive il paziente e ali-

mentare la speranza». L'esperienza della cura inizia «dallo sguardo rivolto alla fragilità umana», con l'«etica del prendersi cura». Marina Casini, presidente del Movimento per la vita, prende invece spunto dalla vicenda di Laura Santi, la giornalista malata di sclerosi multipla morta il 21 luglio ricorrendo al suicidio assistito: «Ho pregato per lei - dice -, ma sulla cultura mortifera non si deve tacere», perché «la morte si accoglie ma non si somministra» e «nessuna legge che approvi e favorisca il suicidio assistito può considerarsi giusta», avverte. E se è doveroso tentare di

«limitarne gli aspetti iniqui», la vera risposta è «l'accoglienza a 360 gradi delle persone fragili».

Interviene anche Marco Maltoni, presidente dell'associazione «Sul Sentiero di Cicely» che ricalca l'opera di Cicely Saunders, infermiera londinese considerata «madre» delle moderne cure palliative. Maltoni ne ricorda le parole: «Dovessero passare una legge che permettesse di portare attivamente fine alla vita su richiesta del paziente - prevedeva -, molte delle persone "dipendenti" sentirebbero di essere un peso per le loro famiglie e per la società e si sentirebbero in do-

Ed entra nel dibattito anche l'intervista rilasciata ieri al nostro giornale dal presidente della Pontificia Accademia per la vita, monsignor Renzo Pegoraro. In una nota congiunta il network «Ditelo sui tetti» e il Centro studi Rosario Livatino pur definendo «giusta preoccupazione» quella di evitare che sul fine vita «si inneschino percorsi speculativi di tipo privato», ribadiscono netta contrarietà al coinvolgimento del Servizio Sanitario Nazionale, per evitare di vederlo «ribaltato nel suo scopo di curare in ogni condizione e piegato con competenze dirette per la morte di malati».

Angelo Picariello

© RIPRODUZIONE RISERVATA

vere di chiedere l'eutanasia».

“Scienza e vita”
e Marina Casini
invitano a guardare
in modo diverso
alla fragilità



Editoriale

Il confine fragile tra cura e abbandono

DIRE LA VITA FINO IN FONDO

«**V**i chiedo di essere umani». Con queste parole, affidate a un video diffuso dopo la sua morte, avvenuta con il suicidio assistito, Laura Santi ha chiesto alla politica di non ostacolare una legge di “buon senso” sul fine vita, cioè di far convergere le posizioni verso una norma capace di offrire una risposta dignitosa alle “sofferenze dei malati più gravi”. Essere umani: può sembrare facile ai vivi, o addirittura scontato, in faccia a vicende tanto dolorose, dense di vita e di senso, spinti, costretti a interrogarsi riemergendo dal brodo della routine di esistenze personali fin qui fortunate. Purtroppo non lo è. Lo si nota nelle parole in eccesso che all'esterno,

sforzandosi di attribuire un significato proprio all'“essere umani”, ha invece trascurato non la vicenda personale, e la legittima richiesta di dignità, ma il racconto che della vita, della morte, e del dolore, ne deriva, volendo orientare il (buon) senso comune. Lo hanno rilevato, ma non era necessario aspettarne le lettere, tanti malati al medesimo confine estremo della vita, che faticano a trovare consolazione nella morte, e chiedono di non essere lasciati soli se invece provano a continuare. Perché dietro, o sotto, la battaglia per una buona legge sul fine vita, c'è la vita vera e il dolore autentico, che può portare a chiedere di farla finita, a un certo momento, ma anche di essere

alleviato ancora, se è possibile.

Non c'è un solo racconto, insomma, ne sopravvivono tanti. Quando si scrive e si titola, la sintesi è sempre un difetto, come imperfetto è il numero delle pagine o delle battute di un articolo.

MASSIMO CALVI

continua a pagina 14

Dalla prima pagina

DIRE LA VITA FINO IN FONDO

Ed è giusto che una narrazione non prevalga sull'altra, e non la sovrasti, s'intende al livello di chi ascolta e deve riportare, non certo a quello di chi è testimone diretto della sofferenza più atroce, e la incarna, o ne è prossimo. Quale risposta diamo, dunque, a chi vuol restare? Perché se fuori, attorno, se nel pensiero comune il radicamento è dell'idea che la pace, il sollievo, è solo nella fine – e sì, lo può essere, eppure non sempre – raccontare col passo dell'algoritmo la consolazione desiderabile di questo approdo, non è anche servire la tentazione collettiva dell'abbandono?

Uno Stato laico ha i suoi compiti, chi narra pure. Tra una legge e un'altra vi possono essere chilometri di inimmagi-

nabili sofferenze, atroci e aggiuntive, come di solitudini angoscianti e disperazioni supplementari. I numeri dei Paesi apripista, le frontiere avanzate del fine-vita, segnalano che il confine ha continuato a spostarsi, il dolore a ramificarsi, il peso della vita ad aggravarsi. In Olanda il 5,5 per cento dei decessi sono eutanasi, anche di coppia, anche per demenza o casi psichiatrici, in Belgio il 3,5, in Canada si supera il 7. Può bastare la sofferenza psichica, o l'essere disabili, o poveri e senza alternative mediche. Succede perché il pensiero evolve rapidamente quando muta il perimetro delle norme, e “Joe Black” può essere terribilmente affascinante, o perché la solitudine, scontata evoluzione demogra-

fica, è in gran parte anche questione di narrazione e aspettative. Dovremmo veramente “essere umani”, è vero, ancora più umani, nell'ascoltare le voci di dolore, nel capirle, nel farci toccare il cuore dalle parole di ogni persona che chiede aiuto, come di chi cerca più cura, nell'amare, e nel raccontare tutto, ma proprio tutto, fino in fondo, con grande rispetto e a voce bassa.

Massimo Calvi



L'APPLICAZIONE NELLA SANITÀ

Intelligenza artificiale, arma a doppio taglio

Marzio Bartoloni e Francesca Cerati — a pag. 10



Il teologo. Paolo Benanti. «L'IA può amplificare la relazione medico paziente: dobbiamo usarla per riscrivere il contratto sociale della cura»

Il medico. Massimo Massetti. «La tecnologia deve restare strumento al servizio del medico, altrimenti il rischio è di curare la malattia e non il malato»

«Intelligenza artificiale, arma a doppio taglio»

**Marzio Bartoloni
Francesca Cerati**

L'intelligenza artificiale (IA) se usata male rischia di dare il colpo di grazia alla relazione tra medico e paziente, «già oggi messa in profonda crisi da un modello di cure atomizzato e fatto di tante singole prestazioni in cui si è concentrati solo a curare la malattia e non il malato. Se la tecnologia prendesse il dominio la cura si frammenterebbe ancora di più in mille rivoli digitali». Se usata bene come strumento al servizio del curante è invece in grado di «potenziare questa relazione riportando al centro la cura»: si pensi al medico di famiglia che grazie all'IA gestisce meglio le mille richieste quotidiane che gli arrivano dai suoi pazienti o a un avatar che consiglia bene il

paziente su come e quando assumere i suoi farmaci fino alla frontiera della medicina predittiva che in un Paese con milioni di malati cronici può essere una rivoluzione. Insomma l'intelligenza artificiale contrariamente a quanto si immagina può «riavvicinare il paziente» al medico invece che allontanarlo, «restituendo tempo ed energie per umanizzare di nuovo questa relazione che è alla base della medicina».

Di questo ne sono convinti Padre Paolo Benanti, presidente del Comitato per l'intelligenza artificiale per l'informazione di Palazzo Chigi, e Massimo Massetti, cardiocirurgo e direttore del dipartimento Cuore al Gemelli di Roma. Per il teologo e teorico delle tecnologie e il clinico nominato dal ministro

Schillaci a far parte del tavolo per l'umanizzazione delle cure, l'applicazione dell'IA nella Sanità ci espone a grandi opportunità, ma anche a potenziali rischi. Intanto gli italiani si mostrano impazienti di vedere le luccicanti promesse di questa tecnologia nella Sanità, come dimostra un recente sondaggio di Demopolis, condotto su un campione di 3.400 persone, per i manager



delle Asl di Fiaso. Se gli italiani temono l'intelligenza artificiale sul luogo di lavoro, sono pronti a darle il benvenuto negli ospedali e negli ambulatori perché in maggioranza - il 61% - sono convinti che migliorerà le cure e taglierà la burocrazia.

Hanno ragione gli italiani sulle promesse dell'IA?

—MM. È comprensibile. Nell'immaginario del cittadino la macchina sbaglia meno dell'uomo. Il problema è un altro: se la medicina sempre più specializzata ha portato tanti progressi oggi però cura attraverso un modello che è in fallimento fatto di tante prestazioni frammentate dominate da tecnicismi e tecnologia, piuttosto che dagli aspetti legati alla relazione con il paziente. Con uno slogan si può dire che oggi si cura la malattia piuttosto che il malato. In questo modello fallimentare innestare un progresso straordinario come l'intelligenza artificiale potrebbe portare più danni che vantaggi.

—PB. Concordo sul fatto che oggi c'è un problema di crisi dell'attuale modello di cure e da qui la speranza degli italiani che grazie all'intelligenza artificiale qualcosa possa cambiare in meglio. Qui si aprono due scenari: uno che vede l'intelligenza artificiale prendere il posto di questa relazione unica medico-paziente per cui invece di esserci una promessa di cura verso un soggetto vulnerabile si afferma un'assistenza frammentata in mille rivoli digitali negando così di fatto la richiesta essenziale del paziente e cioè che qualcuno si prenda cura di lui. L'altro modello è quello che deve seguire il nostro Servizio sanitario e in cui l'intelligenza artificiale amplifica questa relazione con il medico e la migliora. Si tratta di un orizzonte non solo tecnologico, ma politico e antropologico.

La dipendenza dalla tecnologia può mettere a rischio anche il ragionamento clinico del medico?

—MM. Se la cura è solo una sequenza di prestazioni dove domina la tecnologia con l'arrivo dell'IA tutto si impoverisce e dominano le macchine. Se invece c'è un medico che prende in cura

il paziente nella sua completezza si enfatizza l'aspetto umano e relazionale tra sofferente e curante. La cura non è solo applicare dei protocolli che possono fare anche le macchine, la cura è un rapporto tra due persone. L'importante è dare all'IA un perimetro ben preciso di aiuto e al servizio del medico, in questo modo può esprimere tutto il suo potenziale virtuoso. Serve una nuova architettura di cure che non sia fatta solo di protocolli, ma punti a una alleanza terapeutica che guarisce bene e meglio il paziente.

—PB. L'innovazione che porta l'intelligenza artificiale è come la costruzione di un nuovo ospedale. La forma che diamo ai muri di questo ospedale daranno forma al tipo di cura che vogliamo. La tecnologia non è un destino, dobbiamo solo interrogarci se ne vogliamo una che metta al centro la relazione con il paziente e da cittadini lo dobbiamo pretendere. Oggi i medici sono formati in modo che percepiscano anche in base ai sintomi del paziente la sua condizione in modo profondo e completo: si tratta di persone che hanno fatto della loro capacità medica una vocazione per la vita, se c'è una tecnologia che è sottrattiva o è competitiva con il medico allora stiamo facendo danni a noi cittadini e alla classe medica. Guardiamo piuttosto all'ottimizzazione dei servizi che può derivare dall'IA: se sono un medico di pronto soccorso e ho un paziente critico grazie a questa tecnologia posso gestire e organizzare in tempi brevi la risposta di più esami, come una tac o un esame del sangue e programmare l'intervento a esempio del cardiologo.

L'ospedale da struttura statica di mattoni diventa dinamica e può gestire al meglio i percorsi di ogni paziente al suo interno. Ma faccio un altro esempio di vita quotidiana: in convento vivo con un 102enne e un 86enne cardiopatico e la domanda che sento di più è: quando devo prendere la mia pillola? Prima o dopo i pasti? Ecco mi immagino il Ssn che sviluppa un'interfaccia che parli con il paziente in modo semplice e consigli l'anziano migliorando la sua aderenza

terapeutica senza mandare mille messaggi al proprio dottore.

Le grandi piattaforme stanno sviluppando strumenti di intelligenza artificiale capaci di leggere lastre, proporre diagnosi e suggerire terapie. Vi immaginate un algoritmo accanto al medico, in ambulatorio o in ospedale? E i cittadini si affideranno al "dottor IA" invece che al proprio medico?

—MM. Quello che descrive è uno scenario che racchiude tutti i rischi e che io non vorrei vedere. Questi algoritmi esistono già nei telefoni, nelle tac e nei computer accanto ai medici. Ma se il futuro fosse questo, il medico perderebbe valore e la motivazione a studiare: come con la calcolatrice, prima ci si sforzava di fare calcoli complessi, poi nessuno li ha più fatti. Se la medicina resta frammentata in tanti atti tecnici, l'IA potrà perfezionarla ma anche amplificarne i limiti. Serve cambiare il modello di cura, riportando al centro il paziente e la relazione: solo così la tecnologia potrà davvero migliorare la qualità dell'assistenza.

—PB. Il rischio è che l'IA diventi il nuovo "dottor Google", molto più potente. Chi paga il prezzo più alto della non competenza sono già gli animali: i veterinari raccontano di padroni che seguono consigli trovati online, con conseguenze disastrose. Lo stesso può accadere alla salute delle persone. Serve alfabetizzazione digitale: quando si diffuse la corrente elettrica si insegnò a non toccare fili scoperti, con l'IA dobbiamo fare lo stesso formando i cittadini.

E dal lato del cittadino, che già oggi interroga "dottor Google" e domani chiederà al "dottor IA"?

—MM. Non dobbiamo vietarlo,



ma le persone devono sapere che questa non è cura. Oggi già vanno online, domani interrogheranno “dottor IA”, ma la differenza tra un consiglio automatico e una relazione di cura resta enorme.

—PB. Oltre alla formazione dei cittadini, serve anche un sistema che non scarichi responsabilità: oggi per certificare un bisturi servono controlli rigidissimi, mentre un algoritmo che suggerisce terapie può aggirare tutto scaricando la decisione sul medico. È inaccettabile in un sistema sanitario pubblico: così si monetizzano competenze formate con enormi investimenti collettivi.

L'IA può essere davvero uno strumento al servizio del medico? Quali vantaggi concreti vedete per la vita professionale quotidiana?

—MM. Se l'IA aiuta la relazione di cura, il suo contributo è prezioso: alleggerisce il carico burocratico, accelera diagnosi e prestazioni, restituendo tempo ed energie al medico da dedicare al paziente.

—PB. In ricerca è già rivoluzionaria: ci aiuta a progettare nuove proteine, base di farmaci innovativi. Anche nella pratica quotidiana può gestire migliaia di e-mail che intasano gli studi dei medici di famiglia e potenziare strumenti come stetoscopi aumentati, che segnalano quando serve uno specialista. Sono supporti che liberano tempo, senza sostituire

la relazione.

La medicina predittiva promette di anticipare chi si ammalerà: quali sono le implicazioni?

—MM. Da sempre il medico stratifica i rischi interrogando il paziente su familiarità e fattori genetici. Gli algoritmi lo fanno più rapidamente, ma non sostituiscono la cura. L'IA darà un impulso enorme, purché resti uno strumento che assista l'uomo: dobbiamo separare il dato predittivo dalla relazione di cura e costruire un nuovo modello che coordini risorse e competenze.

—PB. Il punto non è conoscere il rischio, ma come usare quel dato. Se so che un paziente svilupperà una malattia, posso avviare percorsi che riducano i danni, abbattendo costi e impatto sulla salute. Ma la prevenzione non deve diventare predestinazione: nel nostro modello la salute resta un diritto da garantire, non una variabile di mercato.

Questo può aiutare anche nella programmazione del Servizio sanitario nazionale?

—MM. Anticipare eventi acuti nelle patologie croniche permette di intervenire prima, evitando il sovraccarico del pronto soccorso e migliorando le cure. È un'occasione per ripensare il modello organizzativo, passando da un sistema a prestazioni a uno che coordina risorse e

competenze.

—PB. L'IA ci permette di fare di più e meglio, ma serve un “patto sociale” che guidi il suo impiego etico. Non possiamo fare un semplice “download” di modelli altrui: dobbiamo inventare un sistema nostro, capace di coniugare nuove tecnologie e valori del nostro Servizio sanitario.

In conclusione, usata bene l'IA può rendere la sanità più efficiente e umana?

—MM. Assolutamente sì: liberando tempo al medico, riporterà al centro la relazione di cura, cuore della medicina. Il rischio, se domina la tecnologia, è disumanizzare ancora di più il sistema.

—PB. L'IA ci offre la possibilità di riscrivere il “contratto sociale” della cura, unendo strumenti nuovi e valori nostri: sta a noi decidere se coglierla.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LA RELAZIONE
La cura non è solo applicare protocolli che possono fare anche le macchine, la cura è un rapporto tra due persone

GLI EFFETTI
Se c'è una tecnologia competitiva con il medico allora stiamo facendo danni a noi cittadini e alla classe medica

IL RISCHIO
Il rischio è che l'intelligenza artificiale diventi il nuovo dottor Google, ma molto più potente

IL PATTO
L'intelligenza artificiale ci permette di fare di più e meglio, ma serve un patto sociale che guidi il suo impiego etico

61%

I FAVOREVOLI ALL'IA NELLE CURE

Un recente sondaggio di Demopolis, condotto su un campione di 3.400 persone mostra come per il 61% degli italiani l'intelligenza artificiale possa

cambiare in positivo - a dispetto del solo 38% nel mondo del lavoro - la gestione della salute e la cura delle malattie, incidendo positivamente nei prossimi dieci anni

Agli italiani piace l'impiego dell'intelligenza artificiale nella Salute

L'IMPATTO DELL'IA SU LAVORO, TEMPO LIBERO E SALUTE

Nei prossimi 10 anni, cosa cambierà l'uso dell'intelligenza artificiale. Valori %

Il lavoro



Il tempo libero



La gestione della salute e la cura delle malattie



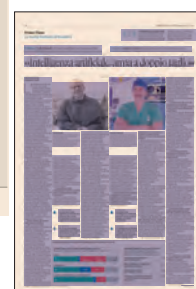
Fonte: Istituto Demopolis

I POSSIBILI BENEFICI DELL'IA SULLA SANITÀ

Quali sarebbero i vantaggi dell'introduzione dell'Intelligenza Artificiale nella sanità. Valori %.

Più scelte consentite, indicazioni superiori al 40%

Beneficio	Valore (%)
Analizzare rapidamente grandi quantità di dati clinici	73
Ridurre i tempi per lo svolgimento di attività burocratiche	61
Migliore organizzazione dei servizi per la salute	54
Ottimizzare, rendere sempre fruibili le cartelle cliniche e la storia sanitaria del paziente	45



L'oncologo di Soleterre: "Anche in Cisgiordania, i farmaci chemioterapici si stanno esaurendo"

"Vi racconto l'odissea dei bambini malati di cancro in mezzo alla guerra"

LA TESTIMONIANZA
DAMIANO RIZZI*

Sono uno psico-oncologo. La prima volta che sono entrato in un ospedale pediatrico in Palestina sono andato dritto nel reparto di oncematologia. Era poco più di un anno fa, al Beit Jala Hospital, in Cisgiordania.

Il primo bambino che ho incontrato si chiamava Ibrahim. Veniva da Hebron. Per arrivare in ospedale e ricevere la sua chemioterapia aveva attraversato quattro checkpoint militari israeliani. Venticinque chilometri appena, ma cinque ore di viaggio. Fermato più volte, come un sospetto criminale, a soli quattro anni, con una lettera di ricovero in mano.

Insieme a lui ho conosciuto Adam, con una recidiva tumorale. Mariam, al suo primo taglio di capelli prima che la chemio glieli portasse via. E Nour, che non riusciva a stare

fermo un attimo nonostante la terza infusione del giorno.

Tutti bambini malati di tumore, già provati da una diagnosi durissima, costretti ad attraversare una guerra e un'occupazione militare per ricevere una terapia. Perché in Cisgiordania ci si cura solo se si riesce ad attraversare i checkpoint dell'esercito israeliano. Quel giorno ho fatto una promessa a me stesso e ad alcuni amici fidati: che non sarebbero mai stati lasciati soli. Perché non è accettabile che, dopo tutta quella fatica, le cure vengano a mancare.

Lavoro da oltre 15 anni in oncologia pediatrica. È un lavoro difficile anche in Italia, dove spesso diamo per scontato tutto: che ci siano medici, farmaci e personale. Che qualcuno ci accolga. Ma in Palestina no. Gli ospedali sono senza risorse e i sistemi sanitari sono al collasso. I farmaci – quelli salvavita – non arrivano. Non per disorganizzazione, ma per la totale mancanza di fondi. Perché l'occupazione e la guerra distruggono tutto: le case, i sogni e anche la possibilità di curarsi.

Dal 18 luglio sono finite le chemioterapie in Cisgiordania. A Gaza erano già terminate da mesi, dopo che l'unico

ospedale pediatrico oncologico è stato distrutto.

L'unico centro dove si somministrano ancora farmaci chemioterapici è il Beit Jala Hospital, solo perché Soleterre – grazie alle donazioni private – continua ad acquistarli. Ma le scorte stanno finendo. Dovevano durare due mesi, finiranno prima: ora stiamo aiutando anche i bambini di Ramallah e presto anche quelli di Nablus.

Un bambino, ogni tre giorni, in Palestina, riceve una diagnosi di cancro e rischia di morire non per la malattia, ma per la mancanza di cure salvavita. Meno del 20% della popolazione, infatti, ha accesso a terapie continue.

Oggi due ospedali su tre hanno interrotto le cure. Il Beit Jala è rimasto solo. E da solo, non potrà reggere ancora a lungo.

Quando un bambino muore per mancanza di cure o di cibo, non è una fatalità. È un crimine. È infanticidio.

E dovrebbe indignarci. Farci reagire.

Io continuerò a esserci. Con

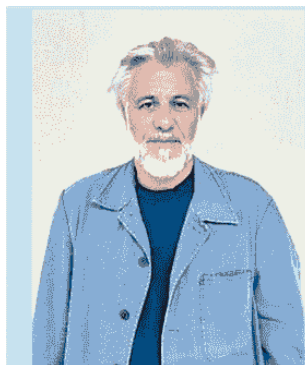
Soleterre. In Italia e nei luoghi più dimenticati del mondo.

Esserci singolarmente non basta. Serve un'azione congiunta.

Perché avere accesso alle cure è un diritto. Sempre. Per tutti. Anche sotto le bombe.

Ibrahim, grazie alle chemioterapie è guarito. Altri 500 aspettano il nostro aiuto. Riesci a vederli? —

***Presidente e Fondatore di Soleterre**



“

Damiano Rizzi

Presidente e Fondatore di Soleterre

Quando un bambino muore per mancanza di cure o di cibo, non è una fatalità. È un crimine. È infanticidio



Se la giusta terapia è un'emozione forte

Al Policlinico Gemelli i gravi danni neurologici vengono curati con l'immersione nella realtà virtuale

di **Gabriella Cantafio**

Le emozioni stimolano la memoria e favoriscono la plasticità cerebrale, ovvero la capacità del sistema nervoso di modificarsi e adattarsi, anche in pazienti con gravi cerebrolesioni. Ne dà prova il lavoro di Luca Padua, direttore dell'Unità operativa complessa di Neuroriabilitazione ad alta intensità presso il Policlinico Gemelli di Roma, che, applicando le neuroscienze, ha ideato la Cave multisensoriale: una stanza dotata di tecnologie innovative, tra cui spicca un sistema immersivo di audio-videoproiezione. Per ottimizzare contenuti e modalità di stimolazione, oltre al team sanitario, Padua ha coinvolto artisti, astrofisici e filosofi esperti di comunicazione emotiva. Così, parallelamente alla

terapia farmacologica e alla riabilitazione tradizionale, in questo perimetro di cura, ricco di stimoli multisensoriali, somministrano emozioni a pazienti in coma, stato vegetativo o di minima coscienza. In funzione dal 2020, continua a dare risultati positivi.

«Nei primi cinque giorni di trattamento» spiega il neurologo «il paziente viene sottoposto a stimoli archetipici, come immagini di paesaggi marini, montani o urbani. Nella seconda settimana, mediante colloqui dei nostri psicologi con i familiari, esploriamo relazioni, passioni e hobby, per poi elaborare input personalizzati, foto, suoni e odori, in base al vissuto del paziente».

Il trattamento viene adattato grazie al monitoraggio dei parametri con strumenti neurofisiologici, come elettroencefalogramma, elettrocardiogramma ed elettrodermoactivity, la misurazione della quantità di acqua

nei tessuti, proporzionale allo stato emotivo. «Cerchiamo la chiave di accesso alla porta chiusa della loro mente» dice Padua. C'è chi ha reazioni evidenti, come una paziente che a causa di un'emorragia cerebrale non parlava da mesi, ma, dinanzi alla proiezione del concerto del suo cantante preferito, ha iniziato a cantare. Altri sembrano inerti, ma gli elettrodi registrano variazioni della temperatura cutanea, frequenza cardiaca o attività cerebrale. «C'è un'alta percentuale di risposta positiva anche su pazienti non giovani. Diamo una chance anche a chi avremmo smesso di stimolare in modo tradizionale».



■ Cura su misura

Luca Padua, neurologo del Policlinico Gemelli di Roma. Sopra, un paziente nella Cave multisensoriale davanti a una veduta londinese



ALLEANZA PSICHEDELICA

Da Denver a Chieti, qualcosa si muove sul tema della psichedelia in ambito terapeutico. La sfida è scongiurare il business farmaceutico. E usare la coscienza espansa come pratica etica e politica

LETIZIA RENZINI

■ Nel suo corso discreto, la nuova ondata psichedelica in ambito terapeutico per la salute mentale (un'ondata da spiaggia: sottile, lenta e lunga, troppo bassa per surfarci sopra) ha portato con sé anche uno scarto nel linguaggio che la descrive, ed è sempre più frequente sentire locuzioni come «farmaci per l'anima» o «rivoluzione farmacologica», riferita agli studi di ricerca e alle prime applicazioni ad essi conseguenti.

RICK DOBLIN, fondatore della Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies (MAPS), da sempre ispiratore e promotore delle terapie assistite con psichedelici (PAT) - invita a cambiare paradigma clinico, sociale e mentale: «Non è il farmaco a curare, ma la relazione. Il setting è parte della medicina». È il messaggio che ha attraversato la Psychedelic Science Conference 2025, organizzata proprio da Maps, tenutasi a Denver a fine giugno. È la più grande manifestazione al mondo intorno al tema psichedelia (l'edizione precedente era stata nel 2023): cinque giorni, circa 10 mila partecipanti, lunga sessione di workshop e centinaia di panel suddivisi per aree tematiche (*tracks*) che includevano neuroscienze, spiritualità, giustizia sociale, politiche pubbliche, medicina clinica.

Il titolo scelto per l'edizione 2025 della conferenza - The Integration - è carico di promesse. Descrive una cosa che è per suo significato in divenire, dà nome a un processo, più che a un fatto compiuto. E dichiara l'impegno più urgente per la comunità psichedelica oggi: integrare ricerca e clinica, esperienza e società, spiritualità e salute pubblica, conoscenze ancestrali e mondo contempora-

neo. In un contesto dove sostanze come MDMA e psilocibina (il principio attivo di certi funghi) sono prossime all'approvazione ufficiale negli Stati Uniti per il trattamento del disturbo post-traumatico e della depressione resistente, la scommessa è provare a realizzare un modello di cura che sia etico, inclusivo e sostenibile, teso alla costruzione di una possibile nuova alleanza terapeutica.

LA DIREZIONE che indica Doblin e il nuovo corso di Maps, che si pone in maniera molto critica verso l'impostazione tradizionale del profitto farmacologico (che pure aveva accarezzato in tempi recenti con la «costola armata», una *corporate* chiamata Lykos), è aprire il concetto stesso di terapia a quello più sottile e vasto di relazione, improntata all'accoglienza e alla reciproca compassione, alla riconsiderazione dei rapporti sociali, delle prassi, delle regole del vivere comune e conseguentemente dei contesti: una nuova alleanza relazionale.

LE MOLECOLE PSICHEDELICHE - a partire da MDMA e psilocibina - non vengono infatti somministrate «da sole». Richiedono un ambiente protetto, una preparazione, una relazione terapeutica solida e un percorso di integrazione post-esperienza. Questo modello è al centro del protocollo sviluppato da Maps, noto come PAT (Psychedelic-Assisted Therapy), che prevede tre fasi: preparazione, sessione e integrazione. È proprio quest'ultima fase a determinare il successo a lungo termine: ciò che accade durante l'esperienza - spesso intensa, talvolta mistica o dolorosa - va compreso, elaborato e trasformato. «L'integrazione è la chiave: senza di essa rischiamo solo un altro consumo frammentato», ha

detto Doblin dal palco di Denver. Una frase che è suonata come una presa di posizione culturale, oltre che clinica.

Ma integrazione non è solo accompagnamento terapeutico: è interazione e collaborazione tra saperi, tra discipline, tra esperienze. Significa riconoscere le radici indigene delle pratiche psichedeliche con rispetto e nella reciprocità, evitare la deriva medicalizzante, riconoscere e affrontare le disuguaglianze di accesso. A Denver c'era un intero filone dedicato alla Black Liberation, con attivisti e terapeuti afrodiscendenti che hanno denunciato la persistente esclusione delle comunità nere dai protocolli di cura e dai processi decisionali nel settore, e un "Plant Medicine track" che ha di fatto costituito il cuore del dibattito di quest'anno. Qui il Fondo per la Conservazione della Medicina Indigena (Indigenous Medicine Conservation Fund) ha organizzato vari panel che hanno evidenziato e promosso l'urgenza di protezione di questi sistemi di conoscenza, degli ecosistemi e delle sovranità dei popoli indigeni.

LA DICHIARAZIONE FINALE dell'IMC Fund ha lanciato un appello alla comunità psichedelica internazionale affinché si passi da gesti simbolici (che a Denver non sono mancati) ad accordi concreti che sostengano la conservazione di queste



pratiche ad opera dalle stesse comunità, rispettando la governance indigena e garantendo che i custodi tradizionali siano coinvolti e anzi protagonisti delle decisioni su politiche, finanziamenti e ricerca.

Il messaggio è stato chiaro: non può esserci vera guarigione senza giustizia. Anche per questo, molti interventi hanno insistito sulla necessità di creare una cultura dell'integrazione, in cui l'esperienza psichedelica non sia uno strumento di performance individuale ma un'occasione di trasformazione collettiva, e dove la coscienza espansa non sia feticcio spirituale o via d'uscita dalla difficoltà di trovar senso alle cose, ma pratica etica e politica.

INSOMMA per scongiurare l'ennesimo business terapeutico-elitario, escludente e privatizzato - sulla pelle dei sofferenti, serve una presa di responsabilità collettiva. Lo ricorda lo stesso Doblin con una frase

che sembra un avvertimento: «L'integrazione culturale degli psichedelici non accadrà da sola. Abbiamo bisogno di educazione, cura e giustizia». Come dire che il futuro non passa per le nuove pillole, ma per le nuove relazioni e il rispetto che saremo in grado di costruire intorno ad esse.

Anche in Italia qualcosa comincia a muoversi. Il 9 luglio scorso è partito il primo trial clinico con psilocibina, coordinato dal Dipartimento di Neuroscienze dell'Università di Chieti, in collaborazione con gli atenei di Roma e Foggia. Lo studio - in fase I - coinvolge 68 pazienti affetti da depressione resistente e prevede, in parallelo, l'analisi di biomarcatori e *neuroimaging* per individuare i correlati cerebrali (quello che succede nel cervello in termini di impulsi elettrici) della risposta terapeutica.

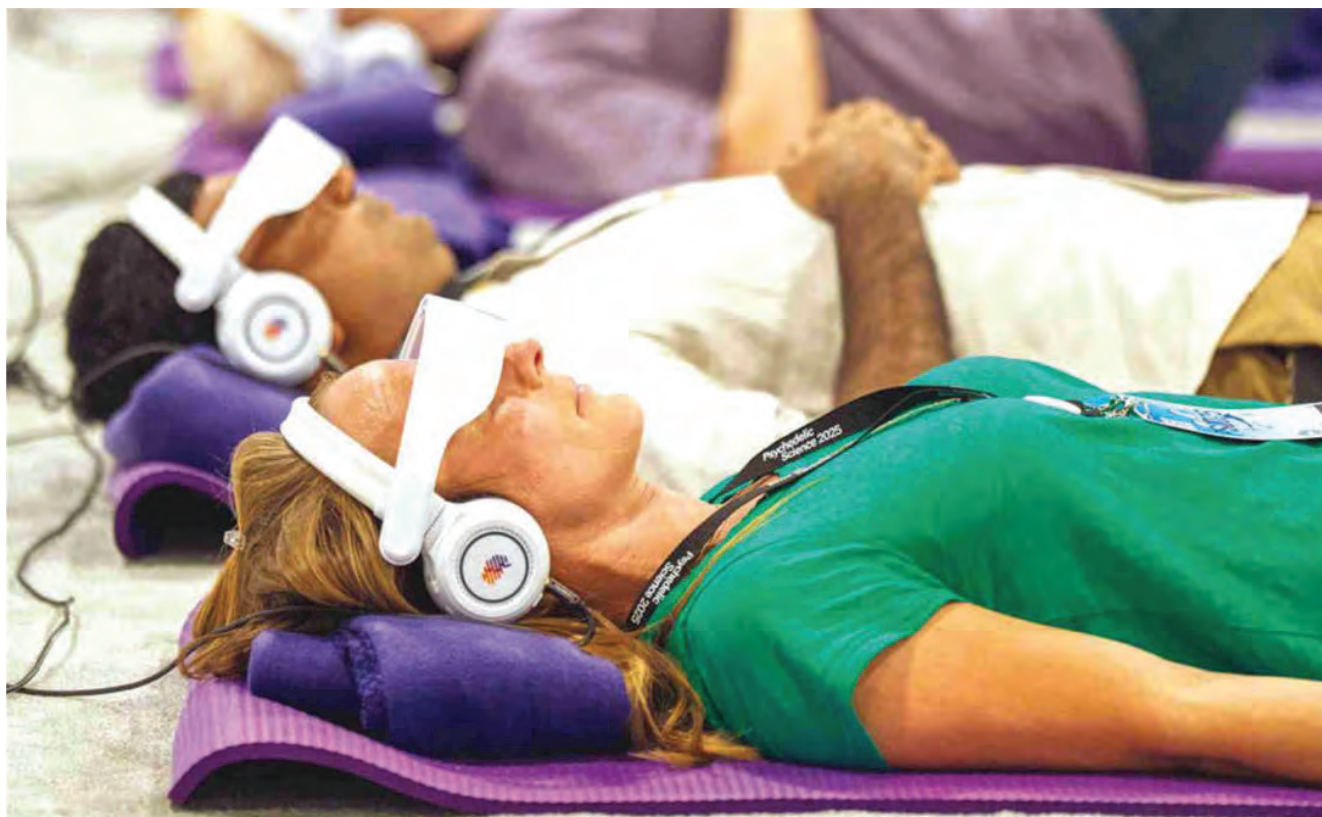
L'OBIETTIVO È DUPLICE: da un lato testare la sicurezza della sostanza in contesto controllato,

dall'altro valutare protocolli innovativi che includano anche l'accompagnamento psicoterapeutico. Ma non soltanto: secondo quanto dichiarato in un articolo nel sito della ASL Abruzzo una parte della ricerca sarà dedicata a una formulazione «modificata» della psilocibina, con effetto non psichedelico, nel tentativo di mantenere l'efficacia terapeutica limitando la componente visionaria. Una scelta che sembra volta alla standardizzazione farmacologica e che rischia di ignorare proprio il valore esperienziale intrinseco all'esperienza, che è spesso attivatore del processo di guarigione.

IN ITALIA, poi, anche la società civile si organizza (anche a livello europeo: si veda la CIE *psychedelicare.eu*). Diverse associazioni si sono costituite negli ultimi anni affiancandosi a quelle storiche (Simepsi, SSIP-SSoP, SISSC...) e da circa un anno è attiva anche MAPS Italia, affiliata dell'ente statuni-

tense che a fine luglio lancerà il proprio sito ufficiale e renderà scaricabile in lingua italiana il «Quaderno per l'integrazione psichedelica», supporto elaborato da Maps che declina la pratica del *journaling* alla gestione delle esperienze di espansione della coscienza.

L'integrazione culturale è la chiave: senza rischiamo solo un altro consumo frammentato. Ma non accadrà da sola. C'è bisogno di educazione, cura e giustizia **Rick Dobin**



Chi non dorme piglia tutto

Alcune persone possono dormire regolarmente meno di sei ore a notte senza subire conseguenze negative. Anzi, sembra che stiano meglio degli altri

Maria Broadfoot, Knowable, Stati Uniti

Chiunque ha sentito dire che è fondamentale dormire tra le sette e le nove ore a notte, una raccomandazione ripetuta così spesso che ormai è diventata vangelo. Dormire meno di così significa avere più probabilità di soffrire di disturbi a breve e lungo termine, come problemi di memoria e di metabolismo, depressione, demenza, malattie cardiache e indebolimento del sistema immunitario.

Negli ultimi anni, però, gli scienziati hanno scoperto l'esistenza di un gruppo di persone che dormono poco senza che questo comporti danni per la salute. I *natural short sleeper*, come vengono definiti i soggetti che dormono naturalmente poco, sono geneticamente programmati per avere bisogno di appena quattro/sei ore di sonno a notte. Questi casi suggeriscono che l'importante è la qualità del sonno, non la quantità. Se i ricercatori riusciranno a svelare il loro segreto, potrebbero fare luce sulla vera natura del sonno.

“Dobbiamo riconoscere che ancora oggi non capiamo cosa sia il sonno né tantomeno a cosa serva di preciso. È incredibile, considerando che in media una persona dorme per un terzo della sua vita”, spiega Louis Ptáček, neurologo dell'università della California a San Francisco.

Un tempo gli scienziati ritenevano che il sonno fosse soltanto un periodo di

riposo o poco più, qualcosa di simile all'azione di spegnere il computer in vista della giornata di lavoro successiva. Thomas Edison lo considerava una perdita di tempo – “un retaggio di quando vivevamo nella caverna” – e sosteneva di non dormire mai più di quattro ore a notte. La sua invenzione della lampada a incandescenza ha sicuramente incoraggiato altre persone a dormire meno. Oggi il numero di statunitensi adulti che dorme meno di cinque ore a notte è il più alto di sempre.

Tuttavia la ricerca moderna sul sonno ha dimostrato che dormire è un processo attivo e complesso che probabilmente faremmo meglio a non abbreviare. I ricercatori ipotizzano che durante il sonno il nostro corpo e il nostro cervello ripristinano le riserve energetiche, rimuovono gli scarti e le tossine, eliminano le sinapsi superflue e consolidano i ricordi.

Di conseguenza, una privazione cronica del sonno può avere gravi ripercussioni sulla salute.

Gran parte di ciò che sappiamo a proposito del sonno e della sua mancanza deriva da un modello proposto negli anni settanta da uno scienziato ungherese-svizzero di nome Alexander Borbély. Secondo il suo modello del doppio processo, due sistemi separati – il ritmo circadiano e l'omeostasi del sonno – interagiscono per controllare quanto dormiamo e per quanto tempo. L'orologio circadiano regola il ciclo di 24 ore di sonno e veglia in base a segnali esterni come la luce e l'oscurità, mentre l'omeostasi del sonno agisce in base alla pressione interna, che aumenta mentre siamo svegli e si riduce quando dormiamo, fluttuando co-

me la sensazione di fame.

Queste tendenze presentano alcune variazioni. “Abbiamo sempre saputo che esistono persone mattiniere e persone nottambule, ma in generale la maggior parte di noi si situa in una via di mezzo tra questi due estremi. Lo stesso vale per chi dorme poco o molto”, sottolinea Ptáček. “Le eccezioni sono sempre esistite, ma il motivo per cui non erano state adeguatamente studiate è che di solito queste persone non si rivolgono a un dottore”.

Le cose sono cambiate quando Ptáček e la sua collega Ying-Hui Fu, una genetista

e neuroscienziata dell'università della California a San Francisco, hanno conosciuto una donna esasperata dal fatto che si addormentava molto presto e si svegliava sempre nel cuore della notte, quando tutto era “freddo, buio e solitario”. Le sue nipoti avevano ereditato le stesse abitudini. I ricercatori hanno individuato la mutazione genetica legata a questa rara caratteristica, e dopo la pubblicazione dei



loro studi, migliaia di persone si sono fatte avanti raccontando di avere un problema simile.

Ma Fu ricorda di essere rimasta particolarmente incuriosita da una famiglia che seguiva ancora un altro ritmo. I suoi componenti si svegliavano all'alba, ma la sera non andavano a letto presto. Eppure si sentivano rinvigoriti dopo appena sei ore di sonno. Sono stati i primi in cui è stata identificata una tendenza familiare al sonno breve, una condizione ereditaria esattamente come altri tratti genetici. Ptáček e Fu hanno stabilito che questo comportamento è dovuto alla mutazione di un gene chiamato *Dec2*.

Topi infaticabili

I ricercatori hanno introdotto artificialmente questa mutazione in alcuni topi, riscontrando che avevano bisogno di una quantità di sonno minore rispetto agli altri. Inoltre hanno scoperto che uno dei compiti del gene *Dec2* è contribuire a controllare i livelli di un neurotrasmettitore chiamato oressina, che stimola la veglia. È interessante notare che la carenza di oressina è una delle principali cause della narcolessia, un disturbo caratterizzato da episodi di sonnolenza eccessiva durante il giorno. Nelle persone che tendono a dormire poco, invece, la produzione di oressina sembra essere superiore al normale.

Nel corso degli anni la squadra di Fu e Ptáček ha identificato sette geni associati al sonno breve. In una famiglia con tre generazioni di *natural short sleeper* i ricercatori hanno trovato una mutazione in un gene chiamato *Adrb1*, molto attivo nel ponte di Varolio, una regione del tronco encefalico coinvolta nella regolazione del sonno. Quando hanno stimolato la stessa regione nei topi, gli esemplari con la mutazione si svegliavano più facilmente e rimanevano svegli più a lungo.

In due soggetti, padre e figlio, i ricercatori hanno trovato una mutazione in un altro gene, l'*Npsr1*, coinvolto nella regolazione del ciclo sonno/veglia. Quando hanno introdotto la stessa mutazione nei topi, hanno scoperto che gli animali dormivano meno rispetto agli altri e nei test comportamentali non mostravano i problemi di memoria che di solito si presentano quando si riposa troppo poco.

I ricercatori hanno individuato anche due mutazioni distinte nel gene *Grm1*, in due famiglie non imparentate che avevano un ciclo del sonno breve. Anche in questo caso, i topi in cui sono state indotte le stesse mutazioni dormivano meno degli altri senza mostrare problemi di salute.

Come i topi, anche le persone che per

natura dormono poco sembrano immuni agli effetti negativi della privazione del sonno. Al contrario, di solito stanno benissimo, energetiche e ottimiste, con una notevole resistenza allo stress e una soglia del dolore più alta. È possibile che vivano anche più a lungo.

Basandosi sulle caratteristiche rilevate nei *natural short sleeper*, alcuni scienziati si sono convinti che è necessario aggiornare il vecchio modello del doppio processo, ragion per cui Ptáček ha sviluppato l'idea di un terzo fattore. Il modello aggiornato potrebbe funzionare più o meno così: la mattina l'orologio circadiano indica che è arrivato il momento di cominciare la giornata, mentre l'omeostasi del sonno segnala che abbiamo dormito abbastanza. A quel punto un terzo elemento – l'impulso comportamentale – ci spinge a uscire di casa per andare a lavorare, trovare un partner o reperire cibo. La notte il processo si inverte, in modo da calmare il nostro corpo e prepararlo per il sonno.

Forse i *natural short sleeper* sono talmente dominati dall'impulso comportamentale da riuscire a forzare il meccanismo che spinge gli altri verso il letto. Ma è anche possibile che il loro cervello, in qualche modo, sia programmato per dormire in modo talmente efficiente da far bastare poche ore di sonno.

“Le sette o otto ore a notte non sono un numero magico”, spiega Phyllis Zee, direttrice del centro per la medicina circadiana e del sonno della Northwestern university, vicino a Chicago. Secondo Zee ci sono molti modi in cui il cervello dei *natural short sleeper* potrebbe essere più efficiente. Passano più tempo nella fase di sonno profondo a onde corte, la più rigenerante? Producono più fluido cerebrospinale, il liquido in cui sono immersi il cervello e il midollo spinale e che permette di eliminare le scorie? Hanno un metabolismo diverso che li aiuta a entrare e uscire dal sonno profondo più rapidamente? “Secondo me è una questione di efficienza del sonno”, dice Fu. “Qualunque cosa il corpo debba fare durante il sonno, queste persone riescono a farla più rapidamente”.

Studi recenti condotti da Fu e Ptáček suggeriscono che il cervello dei *natural short sleeper* potrebbero eliminare in modo più efficace gli aggregati tossici che favoriscono lo sviluppo di disturbi neurodegenerativi come l'alzheimer. I ricercatori hanno fatto accoppiare topi con i geni del sonno breve con esemplari geneticamente predisposti

all'alzheimer. Questi ultimi presentavano un accumulo di proteine anormali – placche amiloide e ammassi tau – che negli esseri umani sono associati alla demenza. Tuttavia i cervelli dei topi ibridi hanno sviluppato una quantità minore di placche e ammassi, come se le mutazioni del sonno li avessero protetti. Fu pensa che se si facessero studi analoghi su disturbi cardiaci, diabete e altre malattie associate alla privazione del sonno, i risultati sarebbero simili.

Al momento non è chiaro in che modo i geni dei *natural short sleeper* identificati finora proteggano i soggetti dagli effetti negativi del sonno insufficiente, o come le mutazioni di questi geni rendano il sonno più efficiente. Per trovare una risposta, Fu e Ptáček hanno misurato gli impulsi cerebrali di alcune di queste persone mentre dormivano. Lo studio è stato interrotto dalla pandemia di covid-19, ma i ricercatori sperano di poterlo completare presto.

A ciascuno il suo

Ptáček e Fu vorrebbero analizzare anche altre anomalie del sonno. Come molti comportamenti, la durata del sonno segue una curva a campana: le persone che dormono poco si posizionano a un estremo della curva, quelle che dormono molto all'altro. Fu ha scoperto una mutazione genetica associata al sonno prolungato, ma le persone che dormono molto sono più difficili da studiare, perché i loro ritmi non si allineano con le norme sociali. Questi soggetti sono spesso costretti a svegliarsi troppo presto per andare a scuola o al lavoro, il che può comportare una privazione del sonno e favorire la depressione e altri disturbi. Ma anche se il sonno ha una forte componente genetica, può essere fortemente influenzato dall'ambiente. Capire i fattori che permettono di dormire meglio potrebbe indicare come intervenire per ottimizzare il sonno, consentire a più persone di vivere più a lungo e più in salute.

Il laboratorio di Zee, per esempio, ha provato la stimolazione acustica per indurre le lente onde cerebrali del sonno profondo, che favoriscono l'elaborazione dei ricordi e potrebbero essere uno dei segreti del successo dei *natural short sleeper*. In uno studio, la squadra di Zee ha diffuso un rumore rosa – più naturale rispetto al



rumore bianco, simile a quello della pioggia o delle onde del mare – mentre i partecipanti dormivano. Il giorno successivo i soggetti hanno ottenuto risultati migliori in un test che chiedeva di ricordare coppie di parole. “Possiamo rafforzare la memoria senza far dormire le persone di più o di meno”, dice Zee. “Penso che ci sia ancora molto da imparare”.

Per il momento, i ricercatori suggeriscono che ognuno dovrebbe dormire quanto ritiene necessario, riconoscendo

che la durata ideale del sonno può variare da una persona all'altra. Ptáček si irrita ogni volta che sente ripetere che tutti dovrebbero dormire otto ore a notte. “È come dire che tutti dovremmo essere alti un metro e ottanta”, spiega. “Non è così che funziona la genetica”. ♦ *as*

Forse il cervello dei *natural short sleeper* è programmato per dormire in modo così efficiente da far bastare poche ore di sonno



DR



Aerei e medicine, ipotesi «zero»

di **Rita Querzè** e **Leonard Berberi**

Un sospiro di sollievo lo stanno tirando le aziende della componentistica per l'auto: se le indiscrezioni saranno confermate, i dazi Usa sui loro prodotti scenderanno dal 25 al 15%. Il 15% è una zavorra rilevante, ma si tratta comunque di un miglioramento. Ci sono poi settori e sottosettori che sperano

ora addirittura nei «dazi zero». E altri che per struttura potrebbero essere meno danneggiati. Ecco i principali.

Vaccini e cure

Farmaci, le tariffe farebbero lievitare le assicurazioni



Gli Usa potrebbero usare il guanto di velluto con la farmaceutica Ue (l'Italia esporta negli Usa per 10 miliardi l'anno). «I farmaci potrebbero aumentare di prezzo, e così le assicurazioni sanitarie americane — aiuta a capire il presidente di Farmindustria Marcello Cattani —. Ci sono prodotti farmaceutici intermedi che passano da una parte all'altra dell'Atlantico: intere filiere sarebbero destabilizzate. Inoltre anche gli Usa sanno che penalizzare l'Europa avvantaggia la Cina».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Industria dei jet

Airbus e Boeing, sugli aerei un patto di non belligeranza



Stati Uniti e Unione europea stanno lavorando per lasciare fuori dai dazi l'industria dei jet, sulla falsariga di quanto deciso nel 2021 dopo la disputa sui sussidi pubblici scoppiata tra Boeing (statunitense) e Airbus (europea). Le due società dominano il mercato globale dei velivoli commerciali, con un giro d'affari annuale di 150 miliardi di dollari. Le avioleone, in queste settimane d'incertezza, hanno provato percorsi alternativi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Robot e automazione

Macchine utensili, meccanica sartoriale senza competitor Usa



Per i costruttori di macchine utensili e robot gli Usa sono il primo mercato. «Il livello di sartorialità assicurato dagli italiani non è eguagliato da nessun competitor — dice il presidente di Ucima, Riccardo Rosa —. Gli Usa sono un mercato che ha estrema necessità di macchine utensili di importazione perché non hanno una produzione locale in grado di soddisfare la domanda interna. Dazi o non dazi, gli Usa saranno obbligati a comprare all'estero». Dai fornitori Ue o giapponesi. Non certo dalla Cina.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La trattativa

Bevande alcoliche, verso la conferma delle tariffe nulle



L'export di vino italiano negli Usa vale due miliardi l'anno. Mezzo miliardo le bevande alcoliche. Su queste ultime si potrebbe tornare ai dazi reciproci nulli, «zero for zero», come dicono gli americani. Altra storia il vino Ue che pre-Trump aveva dazi di 19,8 centesimi di dollaro (lo spumante) e 6,3 (quello fermo). Valori a cui oggi si è aggiunto il trumpiano 10%. «Auspichiamo zero for zero anche per i vini — dice il direttore di Federvini Gabriele Castelli —. Con i dazi andrebbe a perdersi anche la catena di distribuzione Usa».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Servizio Bollettino Iss

West Nile: 32 casi confermati, come cambia la mappa dei contagi

Confermati due decessi, uno nel Lazio e uno in Piemonte. Palamara: l'80% dei casi è asintomatico, conseguenze più gravi per le persone fragili

di Ernesto Diffidenti

24 luglio 2025

Dall'inizio dell'anno al 23 luglio sono 32 i casi confermati di infezione da West Nile virus nell'uomo in Italia. Ventuno dei 32 casi sono stati segnalati dalla Regione Lazio, tutti nella provincia di Latina epicentro di un primo focolaio. E' l'Istituto superiore di sanità ad aggiornare i casi crescenti di contagi sottolineando che dei 32 casi 23 si sono manifestati nella forma neuro-invasiva (2 Piemonte, 2 Veneto, 1 Emilia-Romagna, 15 Lazio, Campania 3), 1 caso asintomatico identificato in donatore di sangue (1 Veneto) e 6 casi di febbre (2 Veneto, 4 Lazio). Tra i casi confermati sono stati notificati 2 decessi (uno in Piemonte e uno nel Lazio).

Andamento epidemiologico in linea con gli anni precedenti

“Da un punto di vista numerico - spiega l'Iss - l'andamento epidemiologico al momento è in linea con quello degli anni precedenti, mentre la distribuzione spaziale appare invece abbastanza differente”. “Tutte le misure sono in campo - sottolinea Anna Teresa Palamara, che dirige il dipartimento di Malattie Infettive dell'Iss - comprese quelle a protezione dei trapianti e delle trasfusioni. Ricordiamo che l'80% dei casi di infezione da West Nile è asintomatico, mentre il rischio di conseguenze gravi è maggiore per le persone più fragili”.

La malattia non si trasmette da persona a persona. “Il consiglio - continua Palamara - è quindi quello di proteggersi il più possibile dal contatto con le zanzare, i vettori del virus, e rivolgersi al proprio medico se si hanno sintomi come febbre sopra i 38°C soprattutto se accompagnata da eruzione cutanea. Per i medici l'indicazione è quella di considerare la possibilità di infezione da West Nile in presenza di sintomi compatibili e procedere alla diagnosi di laboratorio”.

Lazio: Latina convoca la Conferenza dei sindaci per la sanità

Nel Lazio, con dodici nuovi casi di West Nile riscontrati, sono 20 le persone che hanno contratto il virus, 21 contando la donna defunta, tutte a Latina e provincia. “Siamo quotidianamente in contatto con la Asl - afferma la prima cittadina Matilde Celentano - e l'amministrazione si sta muovendo tempestivamente in base agli sviluppi infettivi. Ho convocato la Conferenza dei sindaci per la sanità con oggetto 'Comunicazioni in merito alla prevenzione del West Nile virus' che si svolgerà martedì 29 luglio. Sarà l'occasione per confrontarmi con gli altri primi cittadini e coordinare le azioni da svolgere sui territori”.

Campania: guardia alta ma niente psicosi

Dalla Campania parte l'appello del coordinatore del Centro regionale trapianti, Pierino Di Silverio, ad evitare allarmismi. "Comprensibilmente - sottolinea - stiamo ricevendo moltissime richieste di informazioni dalle famiglie dei pazienti che di recente sono stati sottoposti a trapianto e da chi è in attesa di un organo. E' necessario chiarire che la West Nile non comprometterà in alcun modo l'attività trapiantologica, né potrà mettere a rischio i pazienti". Per Di Silverio sono state attivate tutte le misure necessarie per la tutela dei pazienti e "siamo in costante contatto con le direzioni sanitarie. E' giusto tenere la guardia alta, ma è fondamentale che non ci sia psicosi".

Veneto e Friuli Venezia Giulia: circolazione moderata del virus

Il virus West Nile sta circolando in forma moderata nelle zanzare in Veneto e Friuli Venezia Giulia. Dalle prime analisi effettuate dal Laboratorio di entomologia sanitaria dell'Istituto zooprofilattico sperimentale delle Venezie, ad oggi risultano 12 pool di zanzare positivi su 1.233 analizzati (70.363 zanzare) con un tasso di infezione dell'1%. Per la Dg dell'istituto, Antonia Ricci, "anche se la circolazione del virus West Nile risulta inferiore rispetto agli anni precedenti e la situazione è attualmente nella norma, è essenziale mantenere alta l'attenzione sul monitoraggio delle zanzare. L'identificazione tempestiva del virus nelle zanzare consente l'attivazione rapida del sistema di controllo sanitario a tutti i livelli e garantisce la sicurezza di trasfusioni e trapianti nell'uomo. Il sistema di sorveglianza integrata realizzato in Veneto che include zanzare, uccelli, equidi e uomo ci permette di toccare con mano l'approccio One Health".

Malattie reumatiche: l'imaging anticipa la diagnosi e può predire le complicanze

In Italia la risonanza magnetica resta sottoutilizzata ma può individuare l'artrite reumatoide e le spondiloartriti nella fase iniziale o addirittura preclinica

*di Fausto Salaffi**

24 luglio 2025

Le malattie reumatiche sono un problema di sanità pubblica di rilevanza crescente per il loro impatto epidemiologico e per le gravi ripercussioni sulla qualità di vita dei pazienti, che si traducono in un onere economico significativo per il sistema di welfare. Individuare in modo accurato e tempestivo i segni precoci di queste patologie è una priorità assoluta per il reumatologo. L'obiettivo è intercettare la malattia nella sua fase iniziale o addirittura preclinica, riconoscendo quei fattori predittivi di progressione, non ancora manifesti ma già presenti, che permettono di intervenire prima che la malattia reumatica sia clinicamente espressa. Solo attraverso strategie terapeutiche tempestive e mirate è possibile modificare il decorso della malattia e prevenire i danni irreversibili alle articolazioni e ad altri organi.

Il ruolo della risonanza magnetica per una diagnosi corretta

Oggi, le tecniche di imaging offrono un contributo decisivo per una corretta diagnosi e valutazione delle malattie infiammatorie articolari come l'artrite reumatoide e le spondiloartriti. In particolare, la risonanza magnetica (RM) è una preziosa alleata dello specialista nella diagnosi differenziale, in quanto consente di riconoscere con accuratezza la distribuzione delle lesioni e le alterazioni infiammatorie in corso - sinovite, versamento articolare, edema osseo, entesite -, che identificano l'una o l'altra patologia e spiegano il dolore avvertito dal paziente. Nelle spondiloartriti, ci sono robuste evidenze che dimostrano come l'impiego della RM possa ridurre drasticamente i tempi di diagnosi, portandoli da anni a pochi mesi. Inoltre, l'elevata sensibilità, specificità e accuratezza della metodica si rivelano cruciali a scopo predittivo: un paziente su quattro con artrite reumatoide mostra, già in fase preclinica, un coinvolgimento dell'articolazione a livello del rachide cervicale che può evolvere in una patologia midollare potenzialmente grave, sulla quale è invece possibile intervenire precocemente, se individuata in stadio iniziale tramite imaging.

Una metodica ancora sottoutilizzata in Italia

Oltre alla diagnosi precoce, la RM è uno strumento dinamico per il monitoraggio della progressione della malattia, che offre al reumatologo la possibilità di personalizzare i piani di trattamento e valutare l'efficacia degli interventi. Ne sono la conferma le linee guida ASAS-EULAR che indicano chiaramente il ruolo della RM lungo tutto il percorso diagnostico-terapeutico delle principali malattie reumatologiche. In Italia, tuttavia, la metodica è ancora sottoutilizzata, evidenziando un gap culturale e formativo che va colmato.

Un utilizzo corretto ed estensivo della RM richiede, infatti, una solida base di conoscenze e una stretta sinergia tra reumatologo e radiologo per la corretta esecuzione e interpretazione dell'esame, contestualizzandolo nel quadro clinico del paziente e sfruttandone appieno il potenziale diagnostico e prognostico.

L'appuntamento della Celltrion Diagnostic Academy

La Celltrion Diagnostic Academy, giunta quest'anno alla sua seconda edizione, nasce proprio per contribuire ad accrescere la cultura delle tecniche di imaging in ambito reumatologico. Attraverso la condivisione di casi clinici reali, incentrati sulla gestione dell'esame radiologico e sulla refertazione dell'immagine, il primo appuntamento dell'Academy 2025 che si è svolto a Roma nel mese di luglio è stata un'importante occasione di formazione per gli specialisti provenienti da tutta Italia, nell'ottica di promuovere un approccio integrato e multidisciplinare. Elemento distintivo del percorso formativo, che ho coordinato in qualità di responsabile scientifico, supportato da Marina Carotti, professore associato del Dipartimento di Scienze Radiologiche dell'Università Politecnica delle Marche e vicepresidente della Sezione di studio Radiologia muscolo-scheletrica della SIRM, è stata la valorizzazione della collaborazione tra reumatologo e radiologo, arricchita dal contributo dell'esperienza diretta dei pazienti portata dalla presidente APMARR, Antonella Celano.

L'esigenza, sempre più sentita nella pratica clinica, di un impiego estensivo della RM e il riscontro positivo dei discenti, confermano il valore dell'iniziativa e l'opportunità di replicarla sul territorio nazionale, nella prospettiva di implementare un modello formativo specifico e diffuso sull'imaging in ambito reumatologico.

**Professore associato di Reumatologia, Responsabile del Centro per la Diagnosi Precoce e la Terapia delle Artriti della Clinica Reumatologica dell'Università Politecnica delle Marche*



Servizio Cantiere Ssn

Farmaci, sull'innovatività terapeutica criteri Aifa ancora tutti da chiarire

Dalla promozione della ricerca in Italia fino all'identikit stesso di medicinale innovativo: il documento sui nuovi criteri pubblicato dall'Agenzia italiana del farmaco è promettente ma delinea un cantiere ancora aperto

*di Patrizio Armeni *, Ludovico Cavallaro *, Francesco Costa *, Monica Otto **

24 luglio 2025

La pubblicazione da parte dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) dei nuovi criteri per l'attribuzione dell'innovatività terapeutica rappresenta un passo importante, che finalmente consente di trarre alcune considerazioni e lanciare alcuni stimoli di discussione. Premettiamo che questi nuovi criteri, a nostro avviso, andrebbero interpretati come un cantiere aperto su cui c'è ancora molto da lavorare.

Un punto di partenza

In questa prospettiva, si tratta di un documento sicuramente promettente, ma vi sono così tanti ambiti di indeterminatezza da rendere a volte impossibile una categorizzazione preventiva di alcune misure come "positive" o "negative". Tale indeterminatezza potrebbe riflettere la volontà di lasciare spazio all'applicazione concreta del processo negoziale, da cui potranno emergere elementi utili per una futura esplicitazione dei criteri. In tal senso, pertanto, è utile considerare questo documento come un punto di partenza e non di arrivo. Alcune osservazioni, che potrebbero rivelarsi utili in questa prospettiva evolutiva, possono essere formulate già ora. Tra le tante possibili, ne abbiamo estrapolate quattro che hanno catturato una grande parte del dibattito tra gli esperti del settore fin dalle prime ore dopo la diffusione del documento.

Promozione della ricerca

Nel testo della determina (non nell'allegato sui criteri) si dice che la Cse, nella valutazione dei criteri di innovatività "potrà tenere conto che il farmaco sia stato elaborato e condotto in via prevalente in Italia" in presenza di alcune condizioni. Questo è un esempio del concetto di indeterminatezza, in quanto viene esplicitato che la localizzazione di almeno alcune fasi della ricerca e sviluppo in Italia è una condizione da premiare nell'ambito della valutazione della qualità delle prove, ma non è chiarito in che modo tenerne concretamente conto. L'assenza di questa precisazione rischia di renderla astratta. In questo modo la Commissione tecnico-scientifica (Cse) si troverebbe a dover dichiarare di averne "tenuto conto", senza però disporre di parametri chiari per farlo. Inoltre, i criteri attualmente utilizzati per valutare il bisogno terapeutico, il vantaggio terapeutico aggiunto e la qualità delle prove scientifiche non si adattano facilmente a una valutazione che tenga conto della localizzazione della ricerca.

A puro titolo di esempio, sembra difficile immaginare che la qualità delle prove passi da bassa ad alta solo perché tali prove sono state, almeno in parte, prodotte sul territorio italiano, perché ciò equivarrebbe a distorcere un giudizio evidence-based con una considerazione qualitativa del tutto logicamente incorrelata all'oggetto del giudizio stesso. Semmai, è auspicabile una riflessione critica sulla coerenza tra caratteristiche della popolazione dei trial e di quella italiana potenzialmente sottoposta a trattamento, ma tale valutazione è di buon senso e certamente già inclusa in passato nella fase di assessment.

La sorte dell'innovatività condizionata

Un altro tema importante riguarda la categoria dei farmaci per cui è vigente una designazione di innovatività condizionata. I nuovi criteri e la determina non menzionano quasi mai l'innovatività condizionata, che compare solo come riferimento retrospettivo negli allegati e nei meccanismi transitori, e nessun criterio attuale prevede un riconoscimento “condizionato” ex novo. Su questo punto si deduce (non essendo esplicitato) che questa categoria sia da intendere a esaurimento, e che le nuove valutazioni daranno semplicemente un esito dicotomico (innovativo/non innovativo).

Su questo punto si nota una divergenza tra quanto vagamente suggerito dal documento Aifa e l'ultima Legge di bilancio che istituisce, a decorrere dal 2025, un sotto-fondo annuale dedicato a questi farmaci e pari a massimo 300 milioni di euro. I farmaci considerati in questo elenco, a oggi, secondo i dati allegati alla determina Aifa non generano al 2024 più di 126 milioni di euro di spesa. Questa stima, se la categoria è effettivamente ad esaurimento, fa sorgere la domanda sul perché siano state destinate risorse così cospicue senza un termine prefissato, sottraendole ad altri ambiti di spesa farmaceutica (nello specifico gli innovativi “pieni”). Infatti, anche ipotizzando un raddoppio nei consumi (ipotesi poco credibile), il fondo resta più che capiente soprattutto nel 2026 e 2027, quando gradualmente si cumuleranno le scadenze della permanenza del requisito di innovatività condizionata, determinando pertanto nuovamente un mancato utilizzo di risorse a disposizione della farmaceutica.

In breve, si nota uno scollamento tra quanto previsto in legge di bilancio e quanto si può dedurre dalla determina Aifa sui nuovi criteri di innovatività. L'aspettativa più ragionevole è che, in caso di scomparsa dell'innovatività condizionata, anche le risorse a essa dedicate siano riallocate sugli altri ambiti di spesa farmaceutica (e non, come ora, facendo tornare le risorse non utilizzate a disposizione generica del Ssn).

Quale ambito di applicazione

Questo è forse il punto più controverso e, parallelamente, il più vago. Infatti, da un lato, i nuovi criteri sembrano restringere l'ambito di applicazione del concetto di innovatività “a quelle specifiche indicazioni relative a malattie o condizioni patologiche gravi a medio-basso impatto epidemiologico”. Dall'altro lato però, definiscono la gravità in modo ampio (una malattia o una condizione patologica in grado di determinare complicazioni letali o potenzialmente letali, indurre ospedalizzazioni ripetute, determinare una progressione della malattia ovvero causare una disabilità che compromette la qualità della vita dei pazienti).

Così definita, la gravità potrebbe essere discrezionalmente riconosciuta praticamente in tutte le condizioni per cui viene lanciato un nuovo farmaco. Ad esempio, uno stato precoce di una malattia è definito tale perché potrebbe determinare una progressione ma, per definizione, non comporta in genere un immediato rischio di fatalità. Allo stesso modo, il grado di “compromissione” della qualità della vita è un concetto astratto, adattabile discrezionalmente a qualunque livello di partenza, anche se misurato in modo corretto. Il problema è che la definizione di criteri, per

qualunque processo valutativo, dovrebbe servire a ridurre e non ad aumentare lo spazio per la discrezionalità.

Lo stesso ragionamento è in parte applicabile anche al concetto di medio-basso impatto epidemiologico relativo alla prevalenza della condizione oggetto di indicazione. La mancata indicazione di soglie numeriche di prevalenza (es. $<10/100.000$, $<5/10.000$) rende il concetto di medio-basso impatto estremamente interpretabile. Questa lacuna è ancora più rilevante se si considera che a livello europeo, con l'avvio del Regolamento (UE) 2021/2282 sulla valutazione congiunta delle tecnologie sanitarie, si sta procedendo verso una maggiore standardizzazione metodologica.

In tal senso, la scomparsa rispetto al documento preliminare dell'elenco parziale delle condizioni escluse dal medio-basso impatto epidemiologico ("malattie con un'elevata prevalenza quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, l'ipertensione arteriosa, l'artrosi, le iperlipidemia, la broncopatia cronica ostruttiva, il diabete mellito, le demenze, ecc") è un dato positivo. Tuttavia, allo stesso tempo questa eliminazione, non compensata da indicazioni oggettive, aumenta ulteriormente l'indeterminatezza del criterio e fa nascere il dubbio che quell'elenco sia ancora valido nelle intenzioni del soggetto valutatore, che semplicemente potrebbe escludere le principali condizioni di cronicità, fatta eccezione per i tumori, dalla valutazione di innovatività. A prescindere dal grado di vaghezza di tale criterio, questa restrizione è molto discutibile, soprattutto alla luce del fatto che, fino ad oggi, la competizione per le risorse economiche destinate agli innovativi non è stata elevata, anche senza escludere le principali cronicità dal perimetro potenziale dell'innovatività.

L'innovatività secondo Aifa

Queste considerazioni portano a interrogarsi su quale identità del concetto di "farmaco con indicazione innovativa" emerga da questo documento. L'incipit dei nuovi criteri è ampio, inclusivo e promettente nel recitare: "L'innovatività di un farmaco è valutata sulla base della tecnologia di produzione del suo principio attivo, del suo meccanismo d'azione, della modalità della sua somministrazione al paziente, della sua efficacia clinica e sicurezza, dei suoi effetti sulla qualità della vita nonché delle sue implicazioni sull'organizzazione dell'assistenza sanitaria." Tuttavia, l'insieme delle indicazioni successive non restituisce pienamente questo impianto teorico.

L'identikit che si delinea è ancora poco definito e lascia ampio margine alla discrezionalità interpretativa, sia in fase valutativa sia in sede negoziale. In particolare, il trattamento della qualità della vita risulta parziale e disomogeneo: a esempio, le dimensioni relative al dolore e allo svolgimento di attività lavorative sono considerate solo per le malattie rare e ultra-rare, mentre la componente ansia-depressione non viene menzionata. I tre criteri fondamentali (bisogno terapeutico, valore terapeutico aggiunto, qualità delle prove) restano simili a quelli precedenti, salvo una revisione qualitativa delle soglie. Tuttavia, l'introduzione di nuovi elementi valutabili in modo non strutturato tende a rendere questi criteri meno centrali e, di conseguenza, meno leggibili nella logica complessiva del processo.

Se, come riteniamo auspicabile, questo documento rappresenta un punto di partenza, sarà importante procedere quanto prima alla definizione operativa di alcuni concetti chiave (come la gravità della condizione, le soglie epidemiologiche o i livelli di utilità clinica ritenuti significativi). Nel complesso, il documento apre certamente margini di flessibilità, ma affida anche una responsabilità significativa alla Cse, che dovrà gestire tali margini in modo coerente e trasparente. Il monitoraggio delle prime applicazioni sarà determinante per comprendere se questa flessibilità sarà in grado di generare valore oppure rischierà di tradursi in ulteriore incertezza.



Servizio A Siena

Nasce l'officina farmaceutica Mmp per la cannabis terapeutica italiana

Mentre Materia Medica Processing si affaccia come player nazionale, il monopolio produttivo resta allo Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare di Firenze

di Francesca Cerati

24 luglio 2025

Materia Medica Processing (Mmp), startup fondata nel 2017 con sede operativa all'interno del centro di ricerca Toscana Life Sciences a Siena, ha ottenuto le autorizzazioni da Aifa e dall'Ufficio Centrale Stupefacenti (Ucs), diventando la prima azienda italiana certificata Gmp per la lavorazione, ripartizione e confezionamento di principi attivi a base cannabinoide.

Con questa autorizzazione, Mmp è l'unica realtà pharma verticale in Italia che può operare lungo tutta la filiera farmaceutica: dalla lavorazione dei principi attivi (Api), al confezionamento e distribuzione, consolidando il suo ruolo come primo operatore nazionale nel comparto medico cannabis. Il laboratorio senese può importare, analizzare e distribuire infiorescenze di cannabis medica, tra cui la varietà Bedrocan (tra le più prescritte in Europa), e oli bilanciati Thc/Cbd, offrendo un modello industriale integrato, sicuro e conforme ai rigidi standard Gmp e Gdp.

Un mercato in espansione

«L'autorizzazione ottenuta da Aifa rappresenta una tappa fondamentale nel nostro percorso industriale e rafforza il nostro posizionamento come abilitatore strategico nella filiera italiana della cannabis terapeutica. In un mercato in rapida espansione vogliamo essere un partner affidabile per il sistema sanitario contribuire a garantire ai pazienti l'accesso a principi attivi standardizzati e sicuri» dichiarano Pietro Paolo Crocetta e Giovanni Isoldi, rispettivamente Ceo e Coo di Materia Medica Processing -. Queste autorizzazioni completano un percorso regolatorio strategico avente l'obiettivo di portare la startup ad operare su tutta la catena del valore: dalla lavorazione di principi attivi alle forniture ospedaliere, fino alla distribuzione al dettaglio in farmacia, contribuendo a costruire una filiera italiana più strutturata, accessibile e sicura».

Secondo Prohibition Partners, il mercato globale della cannabis medica è infatti destinato a superare i 65 miliardi di dollari entro il 2030, trainato da una domanda crescente, standard clinici più strutturati e un contesto normativo in progressiva apertura. In Italia, i pazienti in terapia sono più di 50.000, e le vendite hanno registrato un incremento del +25% nell'ultimo anno.

La filiera italiana: ecco chi coltiva davvero

In Italia, l'unico ente autorizzato a coltivare cannabis terapeutica è lo Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare (Scfm) di Firenze, struttura statale alle dirette dipendenze dell'Agenzia Industrie Difesa. Il Scfm è l'unico laboratorio legale italiano che produce le sostanze vegetali Fm1 e Fm2 per uso medico, destinate alle farmacie come preparati magistrali.

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA

Domanda vs produzione: quanto copriamo davvero?

A fronte di un fabbisogno stimato in oltre 1.200 kg equivalenti, la produzione interna copre meno del 20%, rendendo il Paese fortemente dipendente dalle importazioni, soprattutto dall'Olanda. Il decreto del ministero della Salute autorizza infatti annualmente lo Scfm a produrre fino a 400 kg di cannabis terapeutica (infiorescenze). Secondo i dati ministeriali, nel 2024 le forniture complessive di cannabis terapeutica gestite nel sistema italiano hanno superato i 1.694 kg, comprensive di produzione interna, importazioni e distribuzione dei grossisti alle farmacie. Nel 2023, il consumo totale si è attestato su 1.453 kg, leggermente in calo rispetto al 2022 (1.560 kg).

Ambiti terapeutici e accesso ai pazienti

La cannabis terapeutica può essere prescritta dal medico per alleviare sintomi in vari contesti clinici: dolore cronico oncologico o neuropatico, spasticità nella sclerosi multipla, nausea e vomito da chemioterapia, stimolo dell'appetito in pazienti oncologici o con Aids, glaucoma, isterie da corea di Huntington, tic da sindrome di Tourette ed altre condizioni neurologiche o reumatologiche. La prescrizione è consentita solo dopo il fallimento di terapie standard, e non sempre è rimborsata a livello regionale.

I prodotti Fm1 e Fm2 sono distribuiti come preparazioni magistrali in farmacia e non sono acquistabili direttamente dai pazienti, ma su prescrizione medica. In alcune regioni, il costo può essere coperto dal Servizio Sanitario Regionale, ma la copertura è disomogenea.

Cosa cambia con Mmp

La nascita di Materia medica processing rappresenta un passo avanti nel rafforzamento della filiera nazionale, che finora dipendeva in modo quasi esclusivo dalla produzione militare e dalle importazioni estere. L'approccio di Mmp, integrato su tutta la catena di valore, potrà migliorare la disponibilità di principi attivi standardizzati, rafforzare la qualità del prodotto e, potenzialmente, ridurre i tempi di approvvigionamento. Tuttavia, il nodo rimane la capacità produttiva limitata dello Scfm: sostenere la domanda interna richiederà ampliamenti nella coltivazione nazionale, semplificazioni burocratiche e coordinamento tra Regioni.

Il virus delle zanzare alle porte della città “Altri 12 contagiati”

di **ANDREA OSSINO**
➔ a pagina 5

Il virus corre nella provincia pontina e adesso arriva alle porte di Roma, ad Aprilia. Lo dicono i numeri, lo confermano i fatti. Ventuno casi accertati di

infezione da West Nile Virus solo nella provincia di Latina. Uno è già finito in tragedia: una donna di 82 anni, Filomena Di Giovangiulio, la scorsa settimana è morta all'ospedale di Fondi. Altri due pazienti sono ricoverati in ospedale in terapia intensiva. Dieci persone sono nei reparti ordinari, sei in cura a casa. Due sono stati dimessi.

Allarme West Nile, altri 12 contagi il virus delle zanzare ad Aprilia

In totale i casi accertati dallo Spallanzani sono 21: dall'area della Pontina le infezioni si stanno avvicinando alla capitale. L'ex assessore alla Sanità, D'Amato: “La situazione non è governata”

di **ANDREA OSSINO**

Il virus corre nella provincia pontina e adesso arriva alle porte di Roma, ad Aprilia. Lo dicono i numeri, lo confermano i fatti. Ventuno casi accertati di infezione da West Nile Virus solo nella provincia di Latina. Uno è già finito in tragedia: una donna di 82 anni, Filomena Di Giovangiulio, la scorsa settimana è morta all'ospedale di Fondi. Altri due pazienti sono in terapia intensiva. Dieci ricoverati nei reparti ordinari, sei in cura a casa. Due dimessi.

È in questo quadro che si muove l'amministrazione comunale di Latina che tenta di arginare l'infezione originaria del Nilo occidentale e trasmessa dalle zanzare comuni. La sindaca Matilde Celentano ha convocato per il prossimo 29 luglio una Conferenza dei Sindaci per la Sanità. Obiettivo: mettere ordine, fare rete, coordinare la risposta, principalmente la prevenzione. «Siamo in contatto costante con la Asl», ha spiegato. «Ogni nuova segnalazione di possibile contagio attiva un intervento straordinario di disinfestazione». Non solo. Dal mese di aprile sono già in corso operazioni larvicide e adulticide, dicono dal Comune. La provincia di Latina rientra infatti in una delle “zone rosse” segnalate dagli esperti, quindi occorre intervenire con forza sull'eliminazione del vettore, della zanzara.

Nel frattempo i casi si moltiplicano, seguendo la mappa tracciata dai medici del Dipartimento di Prevenzione della Asl. Perché la mappa c'è, ed è preoccupante: Aprilia, CiSTERNA DI LATINA, Fondi, Latina città, Pontinia, Priverno, Sezze, Sabaudia. Tutti comuni in cui si presume sia avvenuto il contagio.

Il bollettino nazionale, diffuso dall'Istituto Superiore di Sanità, parla chiaro: 32 casi in tutta Italia dall'inizio dell'anno, di cui 23 nella forma neuro-invasiva. Ma è la distribuzione geografica a sorprendere. In anni precedenti, l'epidemia si era concentrata al Nord. Oggi, il cuore della crisi è a sud di Roma, lambisce la capitale.

Il consigliere regionale Alessio D'Amato (assessore alla Sanità in epoca Covid) ha chiesto l'intervento in aula del presidente della Regione Lazio, Francesco Rocca, che conserva anche la delega alla Sanità. «La situazione non appare governata», ha scritto. «Non si conosce il piano di disinfestazione».

Ma c'è chi invita alla calma. Come Francesco Vaia, ex direttore dello Spallanzani e del ministero della Salute: «Nessun allarmismo. La malattia può essere grave solo in persone con altre patologie. Ma serve una prevenzione quotidiana, sistemica». Lancia un appello che va oltre

Latina e il Lazio: «Dobbiamo guardare al contesto internazionale. Malattie come questa sono figlie della globalizzazione. Serve una visione One Health, che tenga insieme salute umana, animale e ambientale».

Nel frattempo, le disinfestazioni proseguono. Ma per molti, soprattutto nelle zone rurali, non basta. La sindaca Matilde Celentano ricorda l'ordinanza firmata il 21 luglio: evitare ristagni d'acqua, controllare orti, cantieri, aree dismesse. E soprattutto, non abbassare la guardia. Perché il virus è silenzioso. L'infezione nella maggior parte dei casi è asintomatica o paucisintomatica, si manifesta con sintomi lievi. Una persona su cinque, invece, sviluppa una sindrome simil-influenzale. «In un caso ogni 150, invece, si verificano sintomi neurologici: cefalee, disorientamento. Sono i casi più gravi e solitamente colpiscono le persone più avanti con l'età o che hanno altre patologie», aveva già spiegato a Repubblica il dottor Francesco Vairo, direttore Seresmi, il Servizio regionale per l'epidemiologia, sorveglianza e controllo delle malattie infettive dello Spallanzani.



Arriva il “gemello digitale” del paziente Potrà testare cure e prevenire malattie

SANITÀ

Arriva il gemello digitale del nostro metabolismo che, alimentato da dati reali, prevede il peso e personalizza le cure. Immaginate di avere un “sosia digitale” in grado di imparare, adattarsi e simulare ogni reazione biochimica del vostro metabolismo. Si chiama “Quantum Metabolic Avatar” ed è stato ideato dai fisici dell'Università Cattolica, campus di Roma guidati da Giuseppe Maulucci, direttore del Laboratorio di Intelligenza Metabolica presso il Dipartimento di Neuroscienze. «Nel nostro avatar metabolico, inseriamo informazioni quotidiane: la dieta di una persona, quanto si muove, come varia il suo peso. E il sistema prova a prevedere, con una settimana di anticipo, dove sta andando il suo corpo. È come un navigatore metabolico», spiega Maulucci. E aggiunge: «La bellezza è che questo sistema può imparare anche da po-

chi dati, anche se i dati sono “sporchi”, incompleti, irregolari, proprio come succede nella vita vera».

Il cuore della rivoluzione sta nella tecnologia quantistica. L'alter ego digitale, infatti, si basa su algoritmi quantistici, sfruttando le incredibili proprietà della fisica subatomica. «Immaginate di avere a disposizione un “super-cervello” che riesce a esplorare tantissimi scenari contemporaneamente», dice Maulucci. Il lavoro, pubblicato sulla rivista “Expert Systems with Applications”, è stato realizzato insieme al team di Marco De Spirito, ordinario di Fisica per le scienze della vita all'Università Cattolica: «È un traguardo che segna un passo verso una medicina personalizzata, predittiva e intelligente».

Il sistema funziona così: i dati reali vengono trasformati in una forma quantistica e “metabolizzati” dal computer. Il risultato è un vettore quantico che rappresenta la direzione verso cui si muove il metabolismo della persona. Può indicare, ad esempio, se il corpo è in

una fase di accumulo o consumo di energia, se aumenterà la massa magra o se ci saranno variazioni nel microbiota intestinale. È una previsione intelligente, costruita su una dinamica temporale che non si limita a ripetere il passato ma lo interpreta per generare futuri possibili, tutti valutati in parallelo, sottolineano i ricercatori. Ma le prospettive vanno oltre: l'obiettivo è realizzare un avatar per ciascun paziente, capace di rispondere a domande complesse come “perché questa persona ingrassa facilmente anche se mangia poco?” oppure “quale farmaco sarebbe più adatto al suo metabolismo?”. I prossimi sviluppi puntano all'espansione del modello a funzioni più complesse, come la regolazione del glucosio, dei lipidi o dell'attività del microbiota. Una grande rivoluzione che comincia dal nostro metabolismo.

Barbara Carbone

© RIPRODUZIONE RISERVATA

SI CHIAMA “QUANTUM METABOLIC AVATAR” ED È STATO IDEATO DAI FISICI DELLA CATTOLICA GUIDATI DA GIUSEPPE MAULUCCI



Da sinistra Michele Maria De Giulio, Giuseppe Maulucci, Marco De Spirito, Cassandra Serantoni e Alessia Riente

