

17 ottobre 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

Nuovo vertice Trump-Putin: a Budapest per fermare guerra

Due ore e mezza di colloquio telefonico
su tregua e invio di Tomahawk a Kiev
il presidente Usa: i missili servono anche a noi
Entro due settimane l'incontro per la pace
Oggi Zelensky in visita alla Casa Bianca

Appuntamento a Budapest. Il presidente americano Trump, dopo una telefonata di oltre due ore con Vladimir Putin, ha annunciato che il colosso di Stato proficuo e che nei prossimi giorni cominceranno gli incontri del segretario di Stato con Vladimir Putin ha omologato i rappresentanti russi. Ma il nuovo incontro che pare decisivo per la pace fra Russia e Ucraina si terrà a Budapest nel giro di un paio di settimane. «Metteremo fine a questa ingloriosa guerra», ha promesso Trump. Oggi il presidente ucraino Volodymyr Zelenskyy sarà alla Casa Bianca.

di BRERA, CASTELLETTI, MASTROBUONI, MASTROLILLI e TITO
 ➔ alle pagine 2, 3 e 4

Manovra, c'è l'accordo nella maggioranza più tasse alle banche

"È una cortigiana" scoppia la lite Meloni-Landini

di GABRIELLA CERAMI ➔ a pagina 13

Accordo raggiunto nella maggioranza sul pacchetto che comprende le misure per le banche. Più tasse quindi: il contributo per la manovra di istituti di credito e assicurazioni sarà di 4,4 miliardi.

**di CIRIACO, COLOMBO,
CONTE e GRECO**

CONTE e GRECO
 ➔ *alle pagine 10 e 11*


L'INCHIESTA

Il gip: "Un omicidio pianificato Pamela si è accorta di morire"

Il gip: "Soncin ha premeditato, è pericoloso". Dopo l'assassinio di Pamela, emergono maltrattamenti che risalgono a un anno fa. La ragazza si è accorta che moriva.

di DI RAIMONDO, GIUSERTI e GUARINO alle pagine 32 e 33

Le memorie di Virginia Giuffrè "Epstein, Andrea e le violenze"

Io conoscevo bene quel tipo di dolore, l'eco persistente dei traumi del passato. Ero stata costretta ad avere rapporti con decine di uomini, e ricordavo nitidamente le loro facce.

➔ a pagina 17 con un servizio di GUERRERA

Non rinunciamo
all'ascolto
come cura

LE IDEE

di **MASSIMO RECALCATI**

Il nostro tempo celebra con devozione la potenza dei numeri, la precisione degli algoritmi, la neutralità delle statistiche. Si tratta di una vera e propria idolatria che tende a scambiare lo scienziismo per una nuova forma di religione. La credenza che la sostiene è quella della traduzione esaustiva della vita in un formulario anonimo: i vissuti emotivi diventano grafici, i corpi funzioni, i desideri riflessi condizionati, il pensiero intelligenza artificiale. Ogni parte dell'umano può essere misurata, calcolata, tracciata. Ma in questa nuova idolatria si è perduta la dimensione umana della cura, la quale non può essere identificata in una procedura anonima poiché essa è innanzitutto un atto simbolico che riconosce il carattere insostituibile di ogni singolarità. Curare non significa correggere un malfunzionamento o normalizzare una irregolarità, ma ascoltare un soggetto, riconoscere il suo nome proprio e la sua storia. In questo la pratica della psicoanalisi offre indubbiamente un paradigma irriducibile a quello scienziato: accogliere un paziente significa innanzitutto fare spazio alla sua parola. Lo strumentario clinico-terapeutico non può essere usato se non in riferimento a questa postura di fondo.

 continua a pagina 39

LA STORIA

di EMANUELA AUDISIO

La campionessa
che a 25 anni
si riprende la vita

L'acqua australiana è precoce in tutto: nei successi e negli addii. Galleggiare stanca. E la virata ti fa tornare indietro, mai andare avanti. Sei padrona del tuo mondo, ma tocchi sempre lo stesso bordo, mai che quel confine si allarghi un po'. Ariane Titmus a 25 anni esce dalla piscina. Ha vinto tutto, migliorato record, ma ne ha abbastanza.

➔ a pagina 49
con un servizio di RETICO

**G. FORNERO
F. RIMOLI R. D'ANDREA
DIRITTO DI VIVERE
E DI MORIRE
UNA RIVOLUZIONE
COPERNICANA**

DIALOGO TRA UN FILOSOFO, UN COSTITUZIONALISTA E UN PENALISTA

UTET

CORRIERE DELLA SERA

RCS

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

FONDATA NEL 1876

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

Cosa Nostra e la paranza
Palermo, l'ascesa
dei giovani gangster
di Roberto Saviano
a pagina 21



Il congresso a Berlino
Le cure innovative
contro il cancro
di Vera Martinella
a pagina 23



Conti pubblici

LE MISURE,
IL BELLO
E IL BRUTTO

di Carlo Cottarelli

Traendo ispirazione dal celebre film di Sergio Leone, vi spiego cosa mi sembra bello, brutto e cattivo nella «manovra» per il prossimo anno (come descritta nel recente Documento Programmatico di bilancio, Dpb). Partiamo dal bello, o per lo meno da quello che mi piace. La manovra non prende rischi sulla tenuta dei conti pubblici. Finiamo il 2025 con un deficit più basso dell'obiettivo del 3,3% del Pil fissato un anno fa e, mi arrischio a dire, penso che alla fine chiuderemo un po' sotto il 3% del Pil incluso nel Dpb, uscendo in anticipo dalla procedura di deficit eccessivo iniziata dall'Unione europea nel 2024. Per il 2026-28, viene confermato il tracciato di graduale calo del deficit definito l'anno scorso, e non sarei sorpreso se anche il prossimo anno il deficit consuntivo fosse più basso dell'obiettivo. Di positivo c'è anche che i 18 miliardi della manovra sono utilizzati in gran parte per validi scopi. I due miliardi e mezzo per la sanità porterebbero il rapporto tra spesa sanitaria e Pil al 6,5-6,6% nel prossimo triennio, su livelli un po' più alti di quel 6,4% a cui lo aveva lasciato il centrosinistra prima della crisi Covid. Buono anche il ritorno a forme di sostegno dell'investimento più simili a Industria 4.0 piuttosto che al fallimentare Transizione 5.0 e le spese per la famiglia e per alleviare la povertà. Infine, il taglio dell'Irpef, per quanto limitato ai redditi fino ai cinquantamila euro, e la detassazione degli aumenti salariali, vanno nella direzione giusta in presenza del calo dei salari reali dovuto all'inflazione del 2021-22.

continua a pagina 26

Il tycoon: abbiamo parlato anche di commercio dopo il conflitto. Oggi Zelensky a Washington

«Vedrò Putin, basta guerra»

La telefonata fra Trump e lo zar. Il leader Usa: nuovo incontro a Budapest

di Viviana Mazza
e Marta Serafini

Donald Trump e Vladimir Putin ieri si sono parlati a lungo. Tema principale, la fine del conflitto tra Russia e Ucraina. «Basta guerra, è stato un colloquio molto produttivo», ha scritto sui social il presidente americano. Poi ha annunciato che presto vedrà lo zar a Budapest, in Ungheria. Ancora non c'è una data precisa, ma già la prossima settimana si incontreranno alti rappresentanti dei due Paesi. A guidare la delegazione americana sarà il segretario di Stato Marco Rubio. Oggi, intanto, Volodymyr Zelensky sarà a Washington.

alle pagine 2 e 3

GIANNELLI



IL COMANDANTE GENERALE LUONGO

«I carabinieri a Rafah
al servizio della pace
Verona, grande dolore»

di Rinaldo Frignani

a pagina 9

KARAGANOV, POLITOLOGO VICINO ALLO ZAR

«Gli Stati Uniti
non hanno interesse
a fermare la Russia»

di Marco Imarisio

a pagina 2

IL FEMMINICIDIO DI MILANO

Il giudice: Pamela
ha sofferto,
si è accorta
che stava morendo

di Pierpaolo Lio
e Rosanna Scardi

Pamela ha subito violenza per un anno, prima di essere uccisa dal compagno che lei voleva lasciare. «Ha capito che stava morendo e ha sofferto», scrive il giudice. Il femminicidio deciso almeno una settimana prima.

alle pagine 18 e 19

Il personaggio Andrea Dominizi, premiato a 17 anni a Londra



«Le foto a insetti e piante?
Ho imparato sui social»

di Paolo Virtuani

A 17 anni, Andrea Dominizi, di Velletri, ha vinto il più importante concorso di fotografia naturalistica del mondo, categoria giovani, organizzato dal National History Museum di Londra.

a pagina 24

Manovra Giorgetti: io credo ai miracoli
Contributo dalle banche,
c'è l'intesa nel governo:
11 miliardi in tre anni

di M. Cremonesi, Ducci, Falci, Sensini e Voltattorni

Tassa sulle banche, dopo le frizioni fra Lega e Pd il governo trova l'intesa: 11 miliardi in tre anni.

alle pagine 12 e 13

«MI CHIAMO CORTIGIANA»

Meloni attacca:
insulti da Landini

di Fabrizio Caccia



Meloni: «Mi ha definito cortigiana, la sinistra per criticarmi mi dà della prostituta», attacca la premier. E Landini: «Giudizio politico».

a pagina 10

VENETO, PARLA ZAIA

«Venderemo
cara la pelle»

di Cesare Zapperi



Assurdi i veti sulla sua lista, dice Zaia. «Dopo 15 anni di buon governo non lo accetto. Venderemo cara la pelle, i voti bisogna prenderli».

a pagina 11

IL CAFFÈ

di Massimo Gramellini

Per Ilaria Salis la strage del cascinale di Castel d'Azzano è colpa anche della politica e del capitalismo, che non consentono a tutti di avere un tetto sopra la testa. Nessuno contesta all'euro-parlamentare il diritto di battersi contro gli sfratti e di denunciare la trasformazione della casa in bene di lusso. Ma doveva proprio farlo prendendo spunto da una tragedia dell'ignoranza e della follia che ha mietuto morti e feriti? Possono davvero essere gli squinternati fratelli Ramponi il simbolo della lotta di classe contro il caro affitti? Chi, come Salis, si professa di sinistra dovrebbe avere un'attenzione speciale per gli esseri umani. E invece si ha l'impressione che per lei il «popolo» sia una entità astratta e le persone soltanto dei simboli, tutti più delle categorie

Casa Salis



sociali. Altrimenti, prima di utilizzare una strage come strumento di battaglia politica, avrebbe pensato ai carabinieri uccisi, a quelli feriti e alle loro famiglie stravolte per sempre da un gesto che nessuna causa ideologica o economica può spiegare e tantomeno giustificare.

Non mi permetterei mai di darle consigli, ma poiché il suo partito ospita due geni del marketing politico come Frattolani e Bonelli, chiedo a loro. Sicuramente le spiegheranno che è sempre una questione di timing. E che a volte è meglio scendere dalla giostra delle dichiarazioni a uso del social e tacere. Almeno davanti alla morte, compresa quella di chi si guadagna da vivere difendendo uno Stato che a lei non piace.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Bayernland
La ricca gamma Senza Lattosio, tutto il gusto del buon latte bavarese, in tanti formati, adatti a tutti.

IL RACCONTO

L'ultimo sberleffo del Vernacoliere

PIERANGELO SAPEGNO - PAGINA 18

L'INTERVISTA

Koll: oggi aiuto i poveri la ribalta non mi manca

GIACOMO GALEAZZI - PAGINA 19

IL CALCIO

Juve, Comolli nuovo ad Ferrero resta presidente

BALICE, BARILLA - PAGINE 28 E 29

1,90 € II ANNO 159 II N. 286 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 17 OTTOBRE 2025

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



GNN

TENSIONE AL VERTICE DI MAGGIORANZA, POI FORZA ITALIA CEDE. IL PRELIEVO IN 3 ANNI: 27,5% SUGLI UTILI ACCANTONATI A PATRIMONIO

Manovra, stangata sulle banche: 11 miliardi

L'ANALISI

L'Italia dei condoni pagano i soliti onesti

VERONICA DE ROMANIS

Ma quanto ci piacciono le rottamazioni. E, infatti, arriva la quinta. La seconda del governo Meloni, dopo quelle volute da Conte, da Gentiloni e, prima ancora, da Renzi. - PAGINA 23

BALESTRERI, MAFETANO, MONTICELLI

Banche, assicurazioni, Pnrr e ministeri. Sono queste le voci che inietteranno le risorse maggiori alla manovra. La rimodulazione del Pnrr vale nel 2026 circa 5 miliardi di euro di coperture. Quanto al settore finanziario, il prelievo non sarà una tantum come aveva immaginato inizialmente l'Abi, ma almeno triennale è dovrebbe fruttare alle casse dello Stato circa 11 miliardi. - PAGINE 10 E 11

IL CANTIERE PREVIDENZA

Pensione più lontana salvi i lavori usuranti

PAOLO BARONI

Alla voce "pensioni" il governo ha deciso di mettere quasi 3 miliardi e mezzo di euro in tre anni: 460 milioni per il 2026, 1,8 miliardi per il 2027 e 1,2 miliardi per il 2028. - CON IL TACCUINO DI SORGI - PAGINA 13

L'EX MINISTRO

Tria: vedo parecchia improvvisazione

FABRIZIO GORIA

«Un contributo dalle banche non è una novità, ma operazioni di questo tipo devono essere concordate. Altrimenti si crea incertezza e si danneggia la fiducia» avverte Giovanni Tria. - PAGINE 10 E 11

GAZA, SCONTRO ISRAELE-MILIZIANE: VIOLATI GLI ACCORDI. LA CASA BIANCA: I TERRORISTI FERMINO LE ESECUZIONI O LI UCCIDIAMO

Trump-Putin, summit a Budapest

Telefonata tra Donald e lo Zar: un incontro per chiudere la guerra. Oggi Zelensky negli Usa

L'ANALISI

Un tentativo vero dopo il flop in Alaska

ETTORE SEQUI

Un leggendario ambasciatore italiano mi disse che spesso nelle relazioni internazionali occorre ricorrere alla manipolazione. È accaduto anche nella telefonata di ieri fra Putin e Trump, alla vigilia del vertice di oggi con Zelensky. BRESCIANI, LOMBARDO, ZAFESOVA - PAGINE 2-4

IL REPORTAGE

Ritorno a Rafah città senza Hamas

MAJDAL-ASSAR

Le parole di Trump inaspriscono i timori di una frammentazione di Gaza, mentre Rafah si solleva dalla cenere. Un tempo valico a sud nella Striscia di Gaza, Rafah è diventata una città fantasma, cancellata dalla cartina geografica e sigillata come zona militare. È stata ridotta a una distesa di macerie. COLOMBO, DEL GATTO, MAGRI, SEMPRINI, SIMONI - PAGINE 6-9

L'ACCUSA DI GINO CECCHETTIN: SBAGLIATA LA MARCIA INDIETRO SULL'EDUCAZIONE SESSUALE IN CLASSE



Se la scuola è anaffettiva

CHIARA SARACENO - PAGINA 25

Pamela, un anno di botte

ANDREA SIRAVO - PAGINA 16

Gino Cecchetti accanto a un'immagine della figlia Giulia, uccisa dall'ex fidanzato Filippo Turetta - PAGINE 16-17 E 23

IL CASO

Landini: Meloni cortigiana
Lei: sulle donne sinistra sessista

FRANCESCA SCHIANCHI



Quando il leader della Cgil, Maurizio Landini, parlando dell'accordo in Medio Oriente in tv martedì sera ha detto che «Meloni si è limitata a fare la cortigiana di Trump e non ha mosso un dito», il conduttore Giovanni Floris ha colto al volo l'opportunità della definizione: «Cortigiana è un termine in qualche modo sessista, intende dire stare sulla scia di Trump senza incidere?». «Certo, stare alla corte di Trump, fare il portaborse di Trump», ha provato a spiegare il sindacalista. Ma quell'espressione scivolosa, «cortigiana», resta scolpita nel video dell'intervento. È la stessa premier Meloni a riprenderla e denunciarla. Posta la definizione del termine proposta da Oxford Languages: cortigiana uguale a «donna di facili costumi, etera; eufem., prostituta». - PAGINA 15

IL COMMENTO

Machismo verbale è l'era del vale tutto

FLAVIA PERINA

Proviamo a guardarla viceversa, immaginiamo Matteo Salvini che in televisione dice «cortigiana» a Laura Boldrini (peraltro le ha detto pure di peggio) o Roberto Vannacci che dà pubblicamente della cortigiana a Elly Schlein. Sarà più facile comprendere il tunnel in cui si è infilato Maurizio Landini. - PAGINA 15

Buongiorno

La notizia che anche i ragazzi delle medie, dopo i bambini delle materne e delle elementari, saranno esclusi dai progetti di educazione sesso-affettiva (giunta nel giorno del massacro della povera Pamela Genini, per di più), accende lo sdegno di molti che si sentono precipitati in un'epoca oscura. Io non ho un'idea precisa: se sia importante o no educare in classe a sessualità e affettività, e se tale educazione contribuirà a ridurre i femminicidi, conservo molti dubbi. Più in generale, resto a bocca aperta davanti all'affidamento sulla scuola, per ogni problema. Se c'è qualcosa di storto, a raddrizzarlo si invocano maestri e professori e, se non basta, poliziotti e giudici. C'è il razzismo? Si insegna a scuola l'educazione all'uguaglianza. C'è dipendenza dai social? Si insegna a scuola l'educa-

Tutto il contrario

MATTIA FELTRI

zione a un web responsabile. C'è la delinquenza? Si insegna a scuola l'educazione alla legalità. C'è il bullismo? Si insegna a scuola l'educazione al rispetto. C'è l'omofobia? Si insegna a scuola l'educazione all'inclusività. Potrei andare avanti per chilometri: dev'essere la scuola a insegnare ai ragazzi a non drogarsi, a non bere, a non passare col rosso e a cedere il posto sull'autobus. Quanto spetterebbe ai genitori, i genitori lo riversano sull'autorità costituita. Giuseppe Prezzolini lo scriveva più di un secolo fa: per gli italiani il governo non fa bene niente, ma al governo delegano tutto. Più di un secolo dopo, nulla è cambiato: ci si spoglia di ogni responsabilità così poi si può dare ogni colpa allo Stato, e far finta che sia lo Stato a fare il popolo e non, invece, il contrario. —

BANCA DI ASTI

bancadiasti.it

BANCA DI ASTI

bancadiasti.it

la PORTA è di CASA

Venerdì 17 ottobre
2025

ANNO LVIII n° 246
1,50 €
San'ignazio
di Antiochia
risorto e risorto

Edizione privata
alla 08:22



Avvenire

Quotidiano di ispirazione cattolica www.avvenire.it



la PORTA è di CASA



Editoriale

La promessa del Cammino sinodale DARE FORMA A UNA CHIAMATA

MATTEO LIUTI

C'era una promessa d'amore fin dall'inizio nel Cammino sinodale delle Chiese che sono in Italia. Una promessa di cui si coglie tutta la vibrante energia nel Documento di sintesi diffuso ieri, un testo nato dal lavoro portato avanti per quattro anni da migliaia di persone. Come succede in ogni storia d'amore, anche in questa esperienza ecclesiale c'è stato bisogno di tempo per dare forma alla promessa. Come in ogni storia d'amore, il percorso ha conosciuto grandi slanci, accanto a momenti più complicati. E così come in ogni storia d'amore il metro di giudizio non sta nell'efficienza ma nella verità: chi ama rinuncia a se stesso, ma alla fine ritrova pienamente se stesso. E il Cammino sinodale non poteva non farsi carico di questo paradosso, perché questa stessa contraddizione è il cuore della vita stessa della Chiesa: ripensare stili, linguaggi e strutture delle comunità dei credenti significa per forza avere a che fare con la perenne tensione tra l'Infinito e la storia di tutti i giorni, tensione che definisce l'essenza stessa della vita di fede. E nello spazio tra queste due dimensioni, infatti, che si gioca tutta l'azione della Chiesa ed è tra questi due poli che si colloca il tentativo di rinnovamento delle comunità cristiane, da tutti percepito come non più rinviabile. Mantenere la verità, la propria identità, e uscire da se stessi rinunciando a sicurezze e barriere respingenti: questa "trama amorosa" complessa ma affascinante c'è tutta nella storia del Cammino sinodale e nel Documento che ne raccoglie il frutto.

continua a pagina 16

Editoriale

La sfida di investire in pace e stabilità DIRITTO D'ASILO PROVA DI CIVILTÀ

CHIARA CARDOLETTI

Il diritto d'asilo è una delle espressioni più alte della nostra civiltà. Da sempre, le società hanno riconosciuto il dovere morale di offrire protezione a chi fugge dalla violenza e dall'ingiustizia. Dalle città di rifugio della tradizione biblica ai templi inviolabili dell'antichità greca, l'idea che la vita umana meriti protezione ha attraversato i secoli. Dopo le devastazioni della Seconda guerra mondiale, quando fu tragicamente evidente che nessuno doveva più essere abbandonato alla persecuzione o alla violenza, questo principio è stato codificato nel diritto internazionale con la Convenzione di Ginevra del 1951 e il suo Protocollo. Questi strumenti hanno trasformato un dovere morale in un impegno legale e collettivo, che ancora oggi rappresenta la base del sistema internazionale di protezione dei rifugiati. Questo quadro giuridico, nato in un'epoca di ricostruzione e speranza, ha salvato milioni di vite in ogni parte del mondo. Ha permesso a uomini, donne e bambini di ricominciare, di ritrovare dignità e futuro. Oggi, le atrocità commesse in diverse aree di crisi, civili uccisi mentre cercano aiuto, ospedali e scuole ridotti in macerie, operatori umanitari colpiti come mai prima, testimoniano il sistematico abbandono delle regole in favore della forza brutale. All'interno di un mondo in cui il numero delle persone in fuga da conflitti e persecuzioni è raddoppiato nell'ultimo decennio - da 60 a 122 milioni - il diritto d'asilo si trova sotto una crescente pressione politica e operativa.

continua a pagina 16

IL FATTO Dal Papa un appello per i conflitti in corso che portano carestie: la Striscia, Haiti e i tanti dell'Africa

Guerra alla fame

Leone XIV alla Fao si rivolge ai potenti: «Non voltarsi dall'altra parte» davanti al dolore di milioni di persone. E Mattarella richiama il ruolo insostituibile del multilateralismo

Al centro l'Ucraina: oggi Zelensky alla Casa Bianca

Lunga telefonata Trump-Putin Presto un incontro a Budapest

Del Re e Mile
a pagina 7

Cita le tante madri nel mondo «che non possono nutrire i propri figli»: ricorda i bambini «ridotti pelle e ossa» che muoiono mentre «vanno alla ricerca di cibo», come accade nella Striscia di Gaza. È stato un discorso accorato, quello pronunciato da papa Leone XIV nella sede della Fao a Roma, davanti ai capi di Stato e ai delegati dei Paesi membri delle Nazioni Unite provenienti da tutto il mondo, ai quali ha rivolto l'appello urgente a non «voltarsi dall'altra parte». Il presidente Mattarella ha denunciato il regresso del multilateralismo, il solo in grado di dare risposte a questi bisogni.

Affari, Campisi, Palmucci e Spagnolo alle pagine 2 e 3

MEDIO ORIENTE Parla la direttrice Unicef, Russell. La tregua vacilla tra gli scambi di accuse Israele-Hamas

«Sui bambini di Gaza il peso più grande della tragedia»

Primopiano alle pagine 5 e 6



CAMMINO SINODALE L'arcivescovo Castellucci sul documento di sintesi

«Laici, giovani, donne: così la Chiesa si rinnova»

GIACOMO GAMBASSI

Settantacinque paragrafi e 124 «proposte» che intendono promuovere una «conversione missionaria» della Chiesa italiana. Il Documento di sintesi diffuso dalla Cei raccoglie i frutti dei quattro anni del Cammino sinodale. «È una raccolta di esperienze, aperture e indicazioni», racconta l'arcivescovo Erio Castellucci, presidente del Comitato nazionale.

L'intervista a pagina 8

IL RAPPORTO PONTIFICIO

Abusi sui minori, lo sforzo dell'Italia su prevenzione e ascolto

Imenoo
a pagina 9

OGGI L'ESAME
DEL GOVERNO

Manovra al rush finale Lupi: «Famiglia al centro»

Marcelli e Picariello a pagina 11

A BOLOGNA

Dal dolore di un papà il Campus d'inclusione

Pazzaglia e Zaghi a pagina 10

A ROMA

Cinque anni dopo il Covid in tribunale

Birolini a pagina 12

Un indirizzo a Tokyo

In più di un'occasione, il signor Kenobi mi aveva esortato a visitare il Giappone. «Le piacerebbe - ripeteva - per certi aspetti lei ragiona come uno di noi». Di nuovo, non sapevo se fosse un complimento. Alla fine, presi coraggio e gli dissi la verità. Il Giappone mi affascinava e mi spaventava, spiegai, perché da bambino ero stato sul punto di trasferirmi a Tokyo. Mio padre lavorava in banca, gli avevano offerto un posto lussuoso, ma non se l'era sentita di portarci tanto lontano. Più tardi, quando riaffiorava il discorso, si tirava in ballo il fatto che avrei dovuto frequentare una scuola

internazionale, chissà come mi sarei trovato. Sospetto che il vero motivo fosse, già allora, la salute di mia madre. «A maggior ragione - ribatte il signor Kenobi - le sarà rimasta la curiosità di conoscere il Paese, no?». La curiosità mi era rimasta, ammettevo, ma avevo la sensazione che Tokyo rappresentasse una soglia da non varcare. Mi immaginavo spero per la metropoli, con una mappa tra le mani. Nel tentativo di districarmi, mi fermo davanti a un portone, senza sapere che quell'indirizzo che ci era stato destinato nel caso mio padre si fosse deciso ad accettare la promozione all'estero. «Capisco» - conclude il signor Kenobi - «non vuole correre il rischio di incontrare il suo passato».

© IMMAGINAZIONE VISIVA



A ROMA

Cinque anni dopo il Covid in tribunale

Biolini a pagina 12

Il Covid in tribunale cinque anni dopo «Vogliamo verità per tutti i nostri morti»

MARCO BIOLINI

Il Covid entra per la prima volta in un'aula di tribunale. Inizia stamattina a Roma l'udienza preliminare sull'imputazione coatta nei confronti di Ranieri Guerra, Giuseppe Ruocco, Francesco Maraglino e Maria Grazia Pompa, che a partire dal 2013 hanno ricoperto il ruolo di direttori generali della Prevenzione e segretario generale del ministero della Salute (Ruocco) a partire dal 2013. I quattro sono accusati di omissione di atti di ufficio, in concorso fra loro. Ma, implicitamente, sul banco degli imputati salirà l'intera gestione centrale della pandemia che investì prima Bergamo e poi l'Italia intera nel 2020. L'udienza è lo sbocco del filone romano della maxi inchiesta della Procura orobica, che aveva indagato sulle presunte responsabilità politiche e tecniche nell'affrontare le prime fasi dell'emergenza sanitaria. L'indagine, conclusasi a marzo 2023, per competenza territoriale era finita a Roma. Si tratta della parte sul mancato aggiornamento del piano pandemico nazionale in vigore al gennaio del 2020 e in generale sulla mancata preparazione dell'Italia nel rispondere al contagio. Il filo-

ne è rimasto aperto grazie all'opposizione all'archiviazione avanzata dai legali dei familiari delle vittime dell'Associazione #Sereniesempreuniti. A giugno dello scorso anno c'era stata la discussione in aula davanti al gip Anna Maria Gavoni, che alla fine aveva imposto l'imputazione coatta degli indagati: la procura aveva infatti chiesto di archiviare per prescrizione dei reati contestati. Al termine dell'udienza preliminare il giudice dovrà decidere se rinviare a giudizio i quattro. A Roma saranno presenti decine di familiari delle vittime provenienti da diverse parti d'Italia, non solo da Bergamo, per portare avanti la loro battaglia giudiziaria e civile. «Saremo a Roma al fianco dei nostri legali - commentano dal direttivo di #Sereniesempreuniti - perché è un'azione che incarna il senso civico di tutti i cittadini che hanno perso qualcuno per la negligenza di questi tecnici o che hanno comunque rischiato di essere esposti al pericolo per la loro vita in conseguenza delle omissioni che sono perdurate negli anni contribuendo ad esporre l'Italia alla pandemia». Anche l'associazione #Sereniesempreuniti sarà tra le parti offese e chiederà di essere autorizzata a costituirsi parte civile. In aula saran-

no presenti i legali dei familiari e i legali degli imputati. «Crediamo fermamente nella giustizia - commenta Consuelo Locati del team legale - e confidiamo che i diritti dei familiari e di coloro che hanno subito un danno possano trovare un'adeguata tutela in un processo perché questo è il senso del lavoro che da 5 anni stiamo portando avanti per far emergere la verità giudiziaria e le responsabilità di cui funzionari e dirigenti dovranno farsi carico anche di fronte a tutti i cittadini italiani». Quella di venerdì 17 sarà una giornata storica per i familiari: dopo 5 anni le loro denunce arrivano finalmente in aula. Una speranza di giustizia, che riscatti almeno in parte dolore e amarezze subite. I parenti chiedono conto della mancanza di dpi e di tamponi, così come della mancata istituzione della zona rossa: elementi che avevano già trovato conferme nelle perizie tecniche dei professionisti incaricati dalla Procura di Bergamo. La tesi dei familiari è cru-



da e semplice: di fatto, se l'Italia fosse stata pronta, non ci sarebbe stata la strage così come si è verificata. Ora bisognerà vedere se diventerà una verità giudiziaria. Ma c'è anche un altro fattore che potrebbe contribuire a riaprire l'intera partita: nei mesi scorsi la Cassazione ha stabilito che il reato di epidemia colposa può configurarsi anche in forma omissiva. «La norma incriminatrice tende ad evitare l'evento pericoloso per la salute pubblica indipendentemente dalle modalità comporta-

mentali», avevano rilevato i supremi giudici, evidenziando che secondo l'art. 40 del codice penale, «non impedire un evento che si ha l'obbligo giuridico di impedire equivale a cagionarlo». Di conseguenza, il solo fatto di non aver adottato provvedimenti per arginare il contagio, quando si avevano diversi dati a disposizione, va considerato punibile. Un principio giurisprudenziale destinato a ribaltare le archiviazioni che hanno portato a

scrivere in modo frettoloso la parola fine sulle responsabilità di quel tragico 2020.

ROMA

Stamattina udienza preliminare del processo a carico di quattro ex dirigenti del ministero della Salute, imputati coattivamente dal gip dopo che i familiari delle vittime si erano opposti all'archiviazione chiesta dal pm



I parenti delle vittime di Covid19 in procura a Bergamo durante il Denuncia Day 10 giugno 2020/ Ansa



Medicina, dal 30 ottobre le iscrizioni al primo esame

Università/2

Registrazioni dal 21
novembre per il secondo
appello del 10 dicembre

Per i 54mila aspiranti camici bianchi che si sono iscritti al primo semestre aperto di Medicina nelle università statali (64mila se includiamo Odontoiatria e Veterinaria) si avvicinano gli esami. Il 20 novembre è previsto il primo appello di Chimica e propedeutica biochimica, Fisica e Biologia; il 10 dicembre il secondo. A ricordarlo sono le linee guida sulle prove scritte (ciascuna da 31 domande di cui 15 a risposta multipla e 16 a completamento) pubblicate dal Mur. Per partecipare alla sessione del 20 novembre bisogna iscriversi tra il 30 ottobre e il 15 novembre; per quella del 10 dicembre tra il 21 no-

vembre e il 6 dicembre. I risultati del primo appello saranno noti entro il 3 dicembre, quelli del secondo entro il 23 dicembre. Le risposte valgono un punto se giuste, zero se omesse e -0,1 se sbagliate. Il punteggio minimo per passare sarà di 18, il massimo di 31 (equivalente al 30 e lode) e varrà sia per il superamento dell'esame sia per l'accesso (o meno) alla graduatoria nazionale che farà da spartiacque per il secondo semestre.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Atenei. Il nodo delle rette



MEDICI BANDITI ALL'ESTERO BENVENUTI

Almeno 14 radiati per colpe gravi in Gran Bretagna e Scandinavia lavorano indisturbati nelle nostre cliniche e ospedali. Sono tutti abilitati e iscritti all'Ordine, che non pubblica le sentenze disciplinari appellandosi alla privacy. L'indagine internazionale de L'Espresso con il network Occrp

PAOLO BIONDANI

Il dottor R. visita e opera pazienti come chirurgo plastico per due affermate cliniche private di Napoli e Milano. Nato in Lombardia, si è laureato in medicina nel 2006 e si è specializzato nel 2012 nel capoluogo campano. Ha studiato e lavorato anche all'estero, per diversi anni ha fatto il medico in Svezia, dove ha avuto grossi problemi legali. È stato arrestato e condannato con l'accusa di aver «iper-prescritto oppiacei e psicofarmaci paragonabili a droghe pesanti», in dosi massicce, a decine di pazienti scandinavi, ridotti «in uno stato di tossicodipendenza»: ricette firmate senza necessità di cura e senza esami o visite di



controllo, in cambio di soldi. Denunciato dal padre di un ragazzo rovinato, è stato indagato, sospeso dalla professione e nel 2019 radiato in via definitiva dalle autorità sanitarie della Svezia e poi della Norvegia. Da allora ha il divieto di fare il dottore in entrambi gli Stati nordici. Ma continua a lavorare indisturbato in Italia.

Il dottor R. è tuttora regolarmente iscritto all'albo come chirurgo autorizzato a operare nel nostro Paese, dove è rientrato dopo aver scontato la pena nella prigione di Taby, vicino a Stoccolma. Nel suo profilo personale, pubblicato dall'Ordine dei medici, non c'è alcuna segnalazione della sua condanna, detenzione e radiazione all'estero: ai pazienti italiani non viene data nessuna informazione. Anzi, il dottor R. è libero di presentarsi nel suo sito professionale come un luminaire: «Un professionista di formazione intercontinentale», che avrebbe vinto «borse di ricerca in Usa, Svizzera, Francia, Giappone e Scandinavia» e sarebbe accreditato da una dozzina di atenei stranieri, comprese le tre più importanti università della Svezia.

Il suo è uno dei tanti casi di medici radiati che aggirano il divieto cambiando Stato. A dimostrarlo è un'inchiesta giornalistica internazionale, coordinata dal network Occrp con The Times di Londra e la norvegese VG, che ha unito 50 testate di 45 nazioni, tra cui L'Espresso per l'Italia.

Per scoprire l'identità dei dottori banditi in una nazione, che continuano a esercitare in un'altra, novanta giornalisti hanno lavorato insieme per mesi, fino a raccogliere, in totale, circa 2 milioni e mezzo di documenti su processi giudiziari o disciplinari, schede personali, dati estratti dai pubblici registri sanitari. L'inchiesta, denominata Bad Practice, ha portato alla luce più di 100 casi inconfutabili di dottori radiati per gravi colpe professionali, che visitano e operano schiere di ignari pazienti sotto un'altra bandiera.

Il problema riguarda anche il nostro Paese: L'Espresso ha verificato che almeno 14 dottori banditi dalla Gran Bretagna o da Norvegia e Svezia, in particolare, risultano tuttora iscritti all'albo professionale e all'Ordine dei medici abilitati a praticare in Italia.

Questi risultati sono solo la punta dell'iceberg. In numerosi Paesi, tra cui il nostro, i provvedimenti disciplinari non

vengono pubblicati e non sono accessibili. La trasparenza è massima solo in Gran Bretagna, Svezia e Norvegia. Le autorità mediche delle altre nazioni, interpellate dai cronisti con formali richieste di informazioni (Foi), hanno fornito solo il numero dei medici sanzionati, senza i nomi, o non hanno dato alcuna risposta. L'inchiesta giornalistica ha comunque fatto emergere, in totale, circa duemila casi sospetti, ma in mancanza dei provvedimenti disciplinari non c'è modo di verificare con certezza chi siano gli altri dottori espatriati per sfuggire alle sanzioni.

Foto Getty Images

In Italia la Federazione nazionale degli Ordini dei medici (Fnomceo), per mano del suo presidente, ha scritto a L'Espresso di non poter fornire alcun dato, affermando di dover proteggere la privacy dei medici radiati: nessun nome, nessuna sentenza. Intanto i profili personali dei 14 dottori banditi all'estero, che si trovano regolarmente pubblicati sul sito della Federazione stessa (come per tutti i medici italiani), restano immacolati: ci sono i dati sulla laurea e sulle specializzazioni sanitarie, ma nessuna informazione sulle radiazioni decise dalle autorità britanniche e scandinave per gravi colpe professionali. I provvedimenti disciplinari decisi in altri Paesi europei vengono trasmessi anche a Roma, attraverso un'apposita piattaforma di scambio dei dati (sistema Imi), ma ai pazienti italiani non viene detto niente.

Alcuni esempi. Il dottor C. si è laureato a Pisa nel 1991 e nel 2003 è riuscito a farsi assumere in un centro medico nell'Ovest della Gran Bretagna. La direzione sanitaria lo ha denunciato per la prima volta nel 2011 con l'accusa di aver prescritto farmaci sbagliati e pericolosi a una donna incinta, che poi è morta. L'indagine disciplinare si è quindi allargata a tutta la sua attività fino al 2014, quando è stato sospeso dalla professione. Il processo si è chiuso nell'autunno 2015 con la radiazione. Nel verdetto, il tribunale medico britannico considera provati «numerosi esempi di pazienti esposti a rischi significativi, sia per aver prescritto terapie errate o pericolose, sia per diagnosi mancate o difettose di malattie gravi». La sentenza sottolinea che il



dottor C. «è risultato insufficiente in tutti i test e sotto gli standard minimi accettabili di preparazione medica». Al processo non si è presentato perché era già tornato in Italia, dove fa tuttora il dottore: è un medico di famiglia a Modena, come conferma la scheda personale pubblicata sul sito (e come ribadisce al telefono la segreteria) dell'Usl emiliana.

Il dottor M. è un luminare della neuropsichiatria, laureato in Italia nel 2000, che ha lavorato per anni a Londra in diversi centri clinici di università prestigiose. Si è bruciato con uno scandalo sessuale, così riassunto nel verdetto: «Una relazione erotica a pagamento, continuata dal 2018 al 2020, con una sua paziente», che faceva la «sex worker» e aveva «problemi molto gravi di depressione bipolare, alcolismo cronico e rischi di suicidio».

Al processo il dottore italiano ha ammesso il rapporto e si è difeso sostenendo che la contattava su Internet, dove lei utilizzava il suo pseudonimo da pornstar, giurando che negli incontri non l'aveva mai riconosciuta: non ricordava che fosse stata una sua paziente. Il tribunale medico di Londra non ha creduto alla sua buona fede, smentita dai messaggi salvati da lei, dalla durata della relazione e dalla chiara evidenza dei problemi della giovane, che avrebbero dovuto allarmare qualsiasi psichiatra, e nel 2022 ne ha decretato la radiazione. Ritornato in patria, il dottor M. è tornato a lavorare come specialista in psichiatria in una struttura pubblica dell'Italia centrale.

Il dottor A. è un chirurgo di Roma che ha esercitato nel Regno Unito per quasi vent'anni. È stato denunciato e sospeso dalla direzione di un ospedale britannico per aver messo in pericolo la vita di due pazienti da lui operati all'addome. Più degli infortuni medici, ha pesato la sua arroganza: in entrambi i casi, dopo aver sbagliato a eseguire l'intervento, ha cercato di nascondere l'errore, si è rifiutato di segnalare la crisi in sala operatoria, non ha chiesto soccorso e «per due volte», come sottolinea la sentenza, «ha costretto lo staff sanitario a improvvisare un salvataggio d'emergenza». Il tribunale inglese lo ha radiato nel febbraio 2023, ma gli resta ancora la licenza di fare il chirurgo nel nostro Paese.

Anche gli altri medici italiani radiati dalle autorità britanniche o scandinave

continuano a lavorare tra Napoli, Palermo, Messina, Milano, Brescia, Venezia, Olbia e altre province, come ha verificato L'Espresso. C'è il chirurgo estetico sospeso per due anni di fila e poi radiato a Londra per aver rovinato e sfigurato due pazienti che lo hanno denunciato: il tribunale disciplinare gli aveva chiesto di «ammettere gli errori, risarcire le vittime e seguire corsi di formazione per migliorare il proprio livello di preparazione e competenza», giudicato dagli esperti «inadeguato», ma lui «si è rifiutato», sostenendo di non aver sbagliato nulla, come si legge nella sentenza finale, che a quel punto lo ha bandito. Tra i medici radiati dal Regno Unito c'è anche un ortopedico italiano che è stato cancellato dall'albo britannico per essersi «inventato un curriculum inesistente»: continua a lavorare senza problemi in un ospedale pubblico del Nordest. Non manca il cardiocirurgo che si è visto radiare per un assalto sessuale a un'infermiera inglese, che lo ha denunciato.

Nella lista nera c'è pure un medico ospedaliero che non ha attivato l'assicurazione obbligatoria sulle colpe professionali, perché «si sentiva sicuro di vincere le cause intentate dai pazienti, che invece ha perso», lasciando così i danneggiati senza rimborso, come sottolinea il tribunale britannico.

Un caso particolare riguarda uno specialista in anatomia patologica che ha ammesso di avere falsificato una serie di email nel tentativo, fallito, di risolvere una vertenza con l'ospedale inglese: al processo, ha proposto al tribunale medico una sorta di alibi culturale. «In Italia il senso di legalità è tanto basso che non mi sembrava grave usare messaggi contraffatti per difendermi. Vi chiedo perdono», ha implorato, senza successo. Forse non aveva tutti i torti: ► come per tutti e 14 i medici radiati dalla Gran Bretagna e dalla Scandinavia, in Italia il suo profilo, pubblicato dalla Federazione degli Ordini dei medici, è ancora immacolato. Sono tutti iscritti regolarmente all'albo, con tanto di specializzazioni. Nessuna macchia visibile nel loro passato.

In teoria tutti gli Stati dell'Unione europea dovrebbero segnalare le radiazioni e sospensioni dei propri medici nell'apposita



piattaforma digitale, ma nei fatti lo scambio d'informazioni è limitato e i dati non vengono pubblicati. Come mostra l'inchiesta Bad Practice, molti Paesi comunicano poco o nulla. In altri, i controlli sui medici sembrano inesistenti. Dal 2016 al 2025, dieci nazioni hanno inviato al sistema europeo, in totale, meno di dieci notifiche su medici radiati. Sempre in tutto l'ultimo decennio, Malta, Liechtenstein, Estonia e Grecia e non hanno trasmesso alcuna comunicazione. A Malta, in particolare, non è stato mai interdetto alcun medico. Tutti bravi, preparati e onesti.

Privacy è una parola inglese, ma in Gran Bretagna restano segreti solo i nomi delle vittime dei medici malfattori (indicate come paziente A, B, C...); le sentenze sono pubbliche, ai cittadini è riconosciuto il diritto di sapere quali dottori sono stati radiati e perché. In Italia no. Tra i medici menzionati in questo articolo, solo due protagonisti dei casi meno gravi hanno risposto alle domande inviate da L'Espresso: entrambi sostengono che l'Ordine italiano ha riesaminato le accuse britanniche e li ha

riabilitati. In mancanza di carte, si ignora se la Federazione dei medici di casa nostra abbia riprocessato e graziato proprio tutti, compreso il dottor R. finito in carcere per spaccio di oppiacei in Svezia.

Dopo che il presidente della Federazione ha negato i verdetti italiani e perfino i nomi dei dottori banditi negli ultimi dieci anni, L'Espresso ha interrogato l'Autorità garante della privacy, facendo notare che «la Fnomceo mostra di subordinare e ignorare l'interesse pubblico dei cittadini a conoscere l'esistenza e il contenuto dei provvedimenti sanzionatori adottati nei confronti dei medici, da cui dipende il proprio diritto alla salute e alla vita stessa, la qualità delle cure, la fiducia nel sistema sanitario, per considerare invece prioritario e prevalente l'interesse privato dei medici radiati a tenere segrete le proprie malefatte, colpe professionali e perfino i reati commessi in anni recenti».

L'ufficio del Garante ha confermato un mese fa di aver ricevuto l'appello, presentato in forma di quesito giuridico, ma fino ad oggi non ha ancora risposto. **E**

**Un chirurgo plastico
condannato in
Svezia per spaccio
di oppiacei opera a
Napoli e Milano. A
Modena lavora un
dottore di famiglia
cacciato da Londra
per manifesta
incompetenza**

**Riabilitati e tuttora
in servizio anche lo
psichiatra punito
dal tribunale inglese
perché pagava
una paziente per
incontri sessuali
e l'ortopedico
con il curriculum
inventato**

**I giornalisti
di 50 testate
hanno scoperto
duemila
trasferimenti dubbi
e oltre cento casi
di professionisti
che hanno aggirato
sanzioni limitandosi
a cambiare Stato**





Servizio Salutequità

Cronicità: aumentano i fondi con il Pnrr ma peggiora l'assistenza sul territorio

Nel 2023 un quarto delle Regioni non ha raggiunto la sufficienza nell'erogazione dei Lea. Aceti: subito modifiche strutturali su remunerazione e programmazione

di Redazione Salute

16 ottobre 2025

Secondo gli ultimi dati Istat, circa il 40,5% della popolazione – 24 milioni di persone – soffre di una patologia cronica e di questi 12,2 milioni ne hanno almeno due; in una nazione che invecchia progressivamente, la prevalenza aumenta con l'età. Entro il 2028 spenderemo 70,7 miliardi di euro per la cronicità.

La gestione delle malattie croniche in Italia rappresenta una sfida sempre più incalzante e complessa, aggravata da criticità strutturali e disuguaglianze territoriali. Un'analisi dell'Osservatorio Salutequità evidenzia la necessità d'interventi mirati per migliorare l'efficacia del SSN e garantire una presa in carico adeguata dei pazienti.

“Nonostante gli ingenti investimenti del Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr) per il rafforzamento dell'assistenza territoriale – afferma Tonino Aceti, presidente Salutequità- la gestione della cronicità sul territorio italiano sembra residuale e in peggioramento. Infatti la bozza di aggiornamento di Piano Nazionale Cronicità (PNC) che dovrebbe essere approvata nei prossimi giorni da Stato-Regioni, non conta su finanziamenti ad hoc contrariamente ad altri Piani, manca di un cronoprogramma chiaro per il raggiungimento degli obiettivi e lascia fuori diverse patologie”. Anche la sua modalità di aggiornamento e inclusione di nuova patologie, come la psoriasi, non è affatto chiara. La cabina di regia del PNC -importante per l'implementazione- sembra essere scaduta e non riunirsi da un anno circa e non sono pubbliche le relazioni annuali che deve produrre. “ Un nodo centrale per il cambio di passo nella presa in carico - continua Aceti - è quella del passaggio da un approccio prestazionale alla garanzia del percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale del paziente. Oggi infatti il SSN rimborsa la somma delle singole prestazioni, senza misurarne gli esiti, e non l'intero percorso, facendo risultare la gestione della cronicità poco attrattiva per chi governa servizi e spesa sanitaria. Anche le Regioni sono misurate attualmente dal ministero della Salute con un solo indicatore di processo: aderenza nello scompenso cardiaco. Se la cronicità rappresenta oggi una priorità per le famiglie, non possiamo dire lo stesso per le risposte che garantisce il Ssn”.

Per questo Salutequità ha riunito a Roma un Equity Group Cronicità, realizzato con il contributo non condizionato di Sanofi e UCB Pharma, per confrontarsi con rappresentanti di istituzioni nazionali e regionali, associazioni pazienti, manager e professionisti sanitari sulle principali questioni.

Numeri e fattori di rischio della cronicità

POLITICA SANITARIA, BIOETICA

La cronicità è una priorità per numeri e fattori di rischio disuguaglianze. Il 24% della popolazione italiana - oltre 14 milioni di cittadini – sono a rischio povertà o esclusione sociale e altrettanta ha più di 65 anni, con un indice di vecchiaia che raggiunge il 193,1%. La vita media senza limitazioni a 65 anni è aumentata a 10,6 anni, ma il 49% degli over 75 vive in condizioni di multicronicità e gravi limitazioni. Inoltre, oltre un sesto della popolazione soffre di almeno una malattia cronica, con una prevalenza maggiore in Sardegna (25,7%) e Marche (25,1%). Tra gli over 65, il 57% ha ricevuto una diagnosi di almeno una patologia cronica, con una maggiore incidenza al Centro e Sud Italia rispetto al Nord.

Le patologie più comuni includono cardiopatie (27%), diabete (20%), malattie respiratorie croniche (16%) e tumori (13%). La policronicità colpisce il 25% degli over 65, con una maggiore prevalenza tra le persone con difficoltà economiche e bassa istruzione.

Peggiorano i dati Lea sull'assistenza distrettuale

Mentre le Regioni sono impegnate ad assicurare la realizzazione degli obiettivi del PNRR faticano a garantire i LEA. Nell'area cardine per le risposte alle persone con cronicità, ovvero quella distrettuale, nel 2023 un quarto delle Regioni (Valle d'Aosta, Abruzzo, Basilicata, Calabria, Sicilia) non ha raggiunto la sufficienza nell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza distrettuali. Accanto a queste 11 regioni hanno peggiorato il punteggio in quest'area rispetto al 2020: Lombardia (-19 punti), Piemonte (-1), Veneto (-2), Liguria (-2), Emilia-Romagna (-6), Marche (-9), Lazio (-12), Abruzzo (-32), Basilicata (-11), Calabria (-8), Sicilia (-18).

Anche i lavori del Pnrr procedono tra luci e ombre: se sono stati conseguiti gli obiettivi delle Centrali Operative Territoriali da un lato come certifica la Corte dei Conti, dall'altro i dati di recente pubblicazione mostrano che vanno a rilento le infrastrutture cardine dell'assistenza territoriale. Risultano attivati circa un quarto degli ospedali di comunità programmati (5 Regioni non ne hanno nemmeno uno attivo). Solo 660 Case della Comunità realizzate a fronte delle 1723 programmate e meno di una su 10 ha tutti i servizi obbligatori attivi. Le Regioni che sembrano più lontane dall'Obiettivo sono Campania, Puglia, Abruzzo, Calabria, Sicilia e PA di Bolzano. Gli aspetti più deboli sono quelli che segnano un cambiamento di approccio alla presa in carico: orientato alla semplificazione e garanzia di percorsi attraverso i Punti Unici di Accesso (449) ed alla multidisciplinarietà con l'erogazione attraverso equipe multiprofessionali (476) da un lato e il riconoscimento del ruolo della comunità nella coproduzione presente in sole 470 CdC su 660.

Sul fronte cure palliative domiciliari solo 7 regioni (Basilicata, Emilia-Romagna, PA Trento e PA Bolzano, Umbria, Valle d'Aosta e Veneto) hanno una copertura del 100% dei distretti in cui è attivo almeno un punto di erogazione.

I percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali

Il Nuovo Sistema di Garanzia ha introdotto in via sperimentale la valutazione dei PDTA di 6 patologie tra cui diabete, BPCO, Scompenso Cardiaco, ma i dati sono fermi al 2022 (anticipazioni). Proprio sulle patologie oggetto di monitoraggio ministeriale i dati AIFA più recenti (2023) rilevano bassa aderenza i farmaci per i disturbi ostruttivi delle vie respiratorie (51,0%) -nonostante su BPCO 15 Regioni hanno approvato un PDTA regionale (al 2023)- e farmaci antidiabetici (23,9%). Sul diabete i problemi di aderenza riguardano anche il percorso: gli annali AMD 2023 riportano che solo il 51,3% dei pazienti ha eseguito 2 o più misurazioni di emoglobina glicata nel corso dell'anno; meno di un terzo ha eseguito l'esame del fundus oculi, utile per monitorare la retinopatia diabetica; ancora di meno chi ha eseguito il controllo del piede (16,8%).

Sullo Scompenso Cardiaco (SC) solo 13 Regioni hanno formalizzato un PDTA (2023): Piemonte e Friuli-Venezia Giulia; Emilia-Romagna; Liguria; Lazio; Umbria; Calabria; Basilicata, Toscana,

Abruzzo, Campania, Marche e Molise. Questo nonostante sia oggetto di monitoraggio LEA, sia nell'elenco di patologie prioritarie del Piano Cronicità vigente, e dal 2024 un indicatore di aderenza per SC diventerà core nel Nuovo Sistema di Garanzia.

Nel frattempo sono stati censiti da Fondazione RES oltre 900 PDTA regionali, di cui il 56% per patologie croniche ad alta prevalenza. Si concentrano prevalentemente nell'area oncologica -quasi un quarto di tutti i PDTA (119)- seguiti da quella neurologica con oltre uno su 10 (70) e quella cardiologica poco meno di uno su 10 (50) e spesso non prevedono uso di telemedicina. Ci sono patologie, come la psoriasi e quelle dermatologiche croniche, che sono escluse nell'elenco del PNC e non hanno PDTA regionali, con percorsi di cura che rischiano di essere più tortuosi o dispersivi.

Self management e FSE per favorire la presa in carico

Italia fanalino di coda nella fiducia delle persone sulla capacità di autogestire la propria salute (dati PaRIS): siamo al 24,3% rispetto al 58,9% della media OECD (meno della metà) e abbiamo bassa capacità di usare informazioni sulla salute in internet (4,9% Italia vs 19,3% OECD). Valori bassi anche per le persone trattate in servizi che scambiano elettronicamente informazioni mediche (13,4% Italia vs 57,1% OECD). Questo problema può essere superato con l'uso del FSE, anche se così com'è oggi, è utilizzato solo da un cittadino su 4. Tra le possibili cause anche l'utilità dello strumento per i cittadini. La Cartella clinica è disponibile nel FSE solo in 4 Regioni (PA Trento, Veneto, Emilia-Romagna, Calabria); il Piano Assistenziale Individualizzato solo in Lombardia; il PDTA solo nel Lazio; il Bilancio di Salute in Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia e Valle d'Aosta. Solo in 6 regioni si può effettuare la Richiesta/variazione esenzione per patologia tramite FSE (Sardegna, Molise, Basilicata, Piemonte, Lombardia, PA Bolzano). La Calabria è l'unica regione che ancora non prevede nel fascicolo la possibilità di scegliere o revocare il MMG

Professionisti sanitari, necessario un cambio di passo

Aumenta il carico assistenziale per i MMG: si riducono in termini numerici i professionisti disponibili, in particolare nel Nord del Paese, e si trovano a prendere in carico un numero superiore ai 1500 assistiti in oltre un caso su due (dati aggiornati al 2023). Procede a rilento anche quella necessità avviata dalla legge Balduzzi del 2012 di lavorare in forma associativa: circa un terzo lavora in modo non organizzato formalmente con altri MMG e con altri professionisti sul territorio. L'opportunità per superare il problema è offerta dalle Case della comunità.

Parallelamente la farmacia dei servizi, richiamata anche nel PNC, diventa più capillarmente presente: aumenta il numero di farmacie sul territorio (meno di 3000 abitanti per farmacia in media) e si appresta a concludere la sua fase sperimentale per valutarne l'eventuale prosecuzione. I risultati che le Regioni sono chiamate a rendicontare sono prevalentemente di carattere prestazionale, piuttosto che agli esiti (solo un campo della scheda lo richiama). La disponibilità di servizi in farmacia è in aumento, ma a questa non corrisponde un contestuale utilizzo da parte dei cittadini: si tratta prevalentemente di test diagnostici di base (70%), prenotazioni CUP e servizi correlati (79%), Elettrocardiogramma (76,5%), Prenotazione di farmaci e prodotti (85%). Più bassi i valori relativi a programmi per l'aderenza terapeutica (28,3%) e ricognizione farmacologica (26,6%). Il servizio più utilizzato dai cittadini è quello della prenotazione di farmaci e servizi (84%) e prenotazioni CUP (34,7%).

Gli infermieri di famiglia e comunità, il cui Standard DM77 è di un infermiere su 3000 abitanti, si confrontano con differenze territoriali nei tempi di definizione del fabbisogno e in quelli di implementazione. Sette Regioni (Lombardia, Sardegna, Sicilia, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta e Veneto) hanno identificato fabbisogno totale. E la Toscana ha definito anche la progressività dell'attuazione da concludersi entro il 2026. Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Marche, Molise e Piemonte non hanno definito i numeri del fabbisogno. L'Emilia-Romagna dichiara che il fabbisogno rappresenta criticità e stima la piena implementazione in 4 - 5 anni.

INDICATI 350 MILIONI IN PIÙ

Farmaci, innalzato il tetto di spesa

Marzio Bartoloni — a pag. 2

Farmaci, il tetto di spesa sale di 350 milioni

Sanità

La quota del fondo sanitario destinato alla farmaceutica crescerà dello 0,25%

Marzio Bartoloni

Per la spesa farmaceutica del Servizio sanitario nazionale ci saranno circa 350 milioni di euro in più. In manovra, a meno di ulteriori cambiamenti in extremis, la quota del Fondo sanitario nazionale (Fsn) dedicata alla spesa farmaceutica crescerà infatti dello 0,25% portando così il tetto totale dall'attuale 15,3% sul Fsn al 15,55% e visto che nel 2026 il Fondo sanitario dovrebbe raggiungere i 142,6 miliardi - +2,4 miliardi i fondi aggiuntivi a cui si aggiungono i 3,7 miliardi già stanziati nella manovra dell'anno scorso - ecco che si arriva a questa piccola boccata d'ossigeno. Un primo segnale - più basso di quanto si era immaginato nei giorni scorsi quando si era parlato di un +0,5% - per provare ad arginare una spesa farmaceutica che negli ultimi anni sembra sempre più incontenibile e corre superando abbondantemente il tetto di spesa: solo nel 2024 si è raggiunta una spesa per i farmaci targati Ssn di 23,658 miliardi, in pratica il 17,8% del Fondo sanitario dello stesso anno (a fronte di un tetto del 15,3%).

La mini iniezione di risorse per i farmaci dovrebbe riverberarsi anche sul payback pagato dalle aziende che quindi dovrebbe essere un po' meno pesante. Le imprese farmaceutiche

devono infatti ripianare alle Regioni metà dello sfondamento di quel tetto che nel 2024 è stato superato di circa 4 miliardi, di cui la metà deve essere restituita dalle aziende. La crescita complessiva del Fondo sanitario che dopo i 142,6 miliardi del prossimo anno crescerà ancora nel 2027 superando i 145 miliardi per poi sfiorare i 148 miliardi nel 2028 (+2,65 miliardi in più nel biennio) garantirà allo stesso tempo anche più risorse in proporzione per la spesa farmaceutica attutendo ulteriormente l'impatto del payback. L'aumento dello 0,25% sarà diviso tra i due tetti che compongono la quota della spesa farmaceutica: uno 0,20% sarà destinato ai cosiddetti acquisti diretti (i farmaci ospedalieri) e uno 0,05% invece alla cosiddetta spesa convenzionata e cioè quella delle farmacie sul territorio dove sono stati spostati già alcuni medicinali prima solo erogati attraverso le farmacie ospedaliere (si è cominciato con gli anti diabetici). Un'altra novità riguarda poi il possibile azzeramento del payback della spesa convenzionata che pesa circa 170 milioni sulle aziende.

Fin qui il capitolo sui farmaci che non dovrebbe cambiare più. Sul resto invece si stanno ancora definendo ancora i dettagli degli interventi anche in base alle coperture definitive: non dovrebbe esserci la retromarcia

sul piano assunzioni su tre anni con 20-25mila ingressi, di cui circa 7.500-8.000 già dal primo anno, dando la priorità agli infermieri che dovrebbero rappresentare l'80% delle assunzioni. Si punta anche a intervenire sugli stipendi del personale per provare a rendere più attrattivo il Ssn: per gli infermieri ci sarà un aumento dell'indennità di specificità che potrebbe aggiungere 110 euro lordi al mese, mentre per i medici l'aumento sarà legato a un mix di interventi e cioè una indennità di esclusività più pesante (per quei camici bianchi che lavorano solo dentro il Ssn anche in intramoenia) e un mini-aumento dell'indennità di specificità per una busta paga che dovrebbe crescere con queste due voci in media di 4-5mila euro lorde in più all'anno. In pista anche i fondi per potenziare la prevenzione (ballano 500-600 milioni), risorse necessarie per far crescere tra le altre cose gli screening oncologici, mentre con 70 milioni l'anno ci sarà la stabilizzazione della farmacia dei servizi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL PIANO ASSUNZIONI

25mila

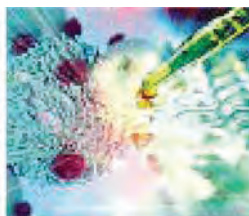
Gli ingressi in tre anni

In manovra dovrebbe essere finanziato un piano assunzioni su tre anni con 20-25mila ingressi, di cui circa 7.500-8.000 già dal primo anno, dando la priorità agli infermieri che dovrebbero rappresentare l'80% delle assunzioni. Si punta anche a intervenire sugli stipendi del personale per gli infermieri ci sarà un aumento dell'indennità di specificità che potrebbe aggiungere 110 euro lordi al mese, mentre per i medici l'aumento sarà legato a un mix di interventi e cioè una indennità di esclusività più pesante (per quei camici bianchi che lavorano solo dentro il Ssn anche in intramoenia) e un mini-aumento dell'indennità di specificità per una busta paga che dovrebbe crescere con queste due voci in media di 4-5mila euro lorde in più all'anno



Il congresso a Berlino Le cure innovative contro il cancro

di **Vera Martinella**
a pagina 23



Nuove cure contro il cancro Le cinque sfide

Dai metodi di diagnosi precoce
alle terapie sempre più mirate ed efficaci
A Berlino il Congresso europeo di oncologia
Il presidente Curigliano:
«Un futuro che è anche già presente»

di **Vera Martinella**

Anticorpi coniugati, biopsia liquida, oncologia di precisione, test in grado di riconoscere oltre 50 tipi di cancro prima che ci siano dei sintomi e passi avanti importanti su un tumore molto diffuso e di cui si parla poco, quello della vescica. Sono questi i cinque punti su cui convergono le maggiori novità che saranno presentate al Congresso annuale della Società europea di oncologia medica (Esmo) al via oggi a Berlino con 37mila specialisti provenienti da tutto il mondo. «Per inquadrare i progressi della ricerca sul cancro, gli studi più all'avanguardia, bisogna aver chiari questi concetti-

chiave perché il futuro dell'oncologia è tutto qui. E in parte, per fortuna nostra e dei malati, è già anche presente» sottolinea Giuseppe Curigliano, che è il presidente eletto di Esmo e direttore della Divisione sviluppo di nuovi farmaci per terapie innovative all'Istituto europeo di Oncologia di Milano.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



I farmaci

Gli anticorpi coniugati:
«Sono più precisi e meno tossici»

Tra le sperimentazioni più innovative che saranno presentate in Germania nei prossimi cinque giorni nelle sessioni presidenziali del convegno, ci sono gli anticorpi coniugati — o anticorpi coniugati con farmaci, dall'inglese Antibody-drug conjugate. Si tratta di farmaci innovativi che fanno sperare in grandi progressi, come è stato con l'immunoterapia o la Car-T therapy. «In pratica sono farmaci composti da due parti: un anticorpo monoclonale progettato per riconoscere e legarsi specificamente a un bersaglio ben specifico, presente solo sulle cellule cancerose e non su quelle sane, che porta con sé la seconda parte: un potente chemioterapico», spiega Giuseppe Curigliano, ordinario di Oncologia medica all'Università di Milano. «Questo permette da una parte una grande efficacia terapeutica, perché il chemioterapico trasportato e "segnalato" sul bersaglio da colpire ha una grande potenza distruttiva, d'altra parte, però, la tossicità per le cellule normali (e dunque per l'organismo del paziente) è assai ridotta visto che la cura è mirata». Continua Curigliano: «Trastuzumab deruxtecan, al centro di diversi studi sul tumore al seno presentati al convegno ESMO 2025, è il primo arrivato di questa nuova classe di farmaci promettenti, che sono già in sperimentazione anche per altre neoplasie, in particolare quelle al polmone e alla vescica».



Il prelievo del Dna tumorale

La biopsia liquida
«L'esame che dice quale terapia è meglio seguire»

Un numero dà l'idea dell'importanza della biopsia liquida: nel 2003 le pubblicazioni che la riguardavano, in oncologia, erano meno di cinquanta, oggi sono più di tremila. «La biopsia liquida o, più propriamente, l'analisi del Dna tumorale circolante (ctDna) costituisce senza dubbio un valido strumento per accertare la malattia minima residua e per ricercare le "mutazioni bersaglio" per specifici bio-farmaci», afferma Massimo Di Maio, direttore dell'Oncologia medica all'azienda ospedaliera universitaria Città della Salute e della Scienza, ospedale Molinette di Torino. «I liquidi biologici da cui si può estrarre ctDna sono vari (sangue, urine, liquido cefalorachidiano), ma la matrice di partenza principale è il sangue. Insomma, si tratta di una strategia diagnostica che, attraverso un semplice prelievo di sangue, consente di monitorare l'evoluzione del tumore e indirizzare verso la scelta del trattamento più efficace». È una procedura rapida e minimamente invasiva, che può essere ripetuta periodicamente in modo semplice e sicuro. Conclude Di Maio: «Ci serve per avere informazioni aggiornate in tempo reale su come la neoplasia si sta modificando e stanno aumentando le situazioni cliniche in cui può essere utile all'oncologo per effettuare le scelte terapeutiche più appropriate nel singolo paziente».



Le strategie a bersaglio

Più attenzione alle alterazioni genetiche «Premessa dell'oncologia di precisione»

L'oncologia di precisione è al centro di una rivoluzione cominciata nell'ultimo decennio e resta una delle grandi sfide. «Quando si parla di target therapy o di farmaci a bersaglio molecolare si tratta di terapie innovative sempre più mirate sulla neoplasia del singolo paziente e sulle sue alterazioni genetiche, più efficaci e con meno effetti collaterali perché il farmaco colpisce solo le cellule cancerose e risparmia quelle sane», dice Giuseppe Curigliano. «Oggi, sempre di più, la cura si basa sulle mutazioni genetiche (alterazioni molecolari) presenti nella neoplasia del singolo paziente. L'attenzione degli specialisti si sta spostando dall'organo



interessato dalla neoplasia alle alterazioni del Dna, sempre più determinanti per scegliere la terapia maggiormente indicata e con probabilità di successo più elevate». Già oggi un malato su quattro potrebbe ricevere una terapia mirata: le statistiche indicano che ogni anno in Italia oltre 3 mila nuovi casi di cancro sono legati ad alterazioni di geni coinvolti nell'insorgenza e nello sviluppo di neoplasie. «L'individuazione di alterazioni genetiche è importante in tutte le fasi — aggiunge Massimo Di Maio —: dalla diagnosi agli stadi con metastasi. Molte di queste alterazioni sono acquisite, non ereditarie. Nei casi associati a una predisposizione ereditaria, queste alterazioni possono guidare strategie di prevenzione e diagnosi precoce».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La sperimentazione

Il test del sangue che scopre 50 tumori diversi Ora i primi dati

Grande attesa c'è per la presentazione dello studio Pathfinder 2 con i nuovi dati relativi al test del sangue che promette di riconoscere con precisione oltre 50 tipi di cancro. Questo con l'obiettivo di identificare in quale tessuto, ovvero organo, il tumore abbia origine prima che la malattia dia segnali clinici della sua presenza per aumentare le chance di guarigione. Si tratta di un test (si chiama Galleri, messo a punto dall'azienda farmaceutica Grail) messo a punto da ricercatori americani: non è ancora disponibile (in Italia o altrove), è stato accessibile solo all'interno di sperimentazioni cliniche. Il principio su cui si basano questo e altri test simili è che il cancro possa lasciare tracce nel sangue anche molto tempo prima della diagnosi. «Per ora siamo ancora nelle fasi di sperimentazione — spiega Massimo Di Maio, presidente eletto dell'Associazione italiana di Oncologia medica —. Lo studio ci darà dati importanti su quanto il test sia affidabile nell'identificare precocemente la presenza di un tumore, ma non ci potrà offrire informazioni definitive sulle implicazioni cliniche». Lo studio è iniziato nel 2021 e ha arruolato 35.878 persone. «La posta in gioco è alta: il rischio è quello di dover fare numerosi accertamenti inutili — avverte Di Maio —; un potenziale spreco per il sistema sanitario, nonché un enorme carico di ansia per gli interessati».



Anche per forme aggressive

Studi sulla vescica I primi risultati che rivoluzionano le linee standard

Al congresso saranno annunciate anche novità importanti per il tumore della vescica. «Non è possibile entrare nel dettaglio perché i risultati degli studi sono sotto embargo, ma si può dire che avremo dati destinati a cambiare le attuali terapie standard: sia per le forme più invasive (quelle che crescono negli strati muscolari della parete vescicale) sia per quelle più "superficiali"», annuncia Giuseppe Curigliano. «Fino a oggi nelle forme superficiali ci si è affidati, dopo la rimozione del tumore, all'utilizzo di un batterio, il BCG, all'interno della vescica — spiega —. Nelle forme muscolo-infiltranti il trattamento standard, per circa 20 anni, è stato costituito da chemioterapia pre-operatoria seguita da chirurgia, ma molti pazienti vanno incontro a recidiva o progressione della malattia, per questo c'è un gran bisogno di altre opzioni». Sebbene non se ne parli spesso, questo carcinoma è la quarta forma di cancro più frequente in Italia dopo i 50 anni, con 29.700 nuovi casi diagnosticati ogni anno (oltre 24 mila tra gli uomini, ma quelli fra le donne sono in aumento da anni). Nel 75% dei pazienti la malattia è individuata allo stadio iniziale ed è limitata alle parti superficiali della vescica, quando è possibile intervenire chirurgicamente con buone opportunità di guarigione, tanto che a cinque anni dalla diagnosi nelle prime fasi sono vivi in media otto pazienti su dieci.



Italiani che vivono dopo aver ricevuto una diagnosi di cancro



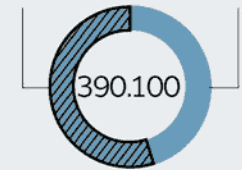
Percentuale di persone colpite rispetto alla popolazione

6,2% (un italiano su 16)

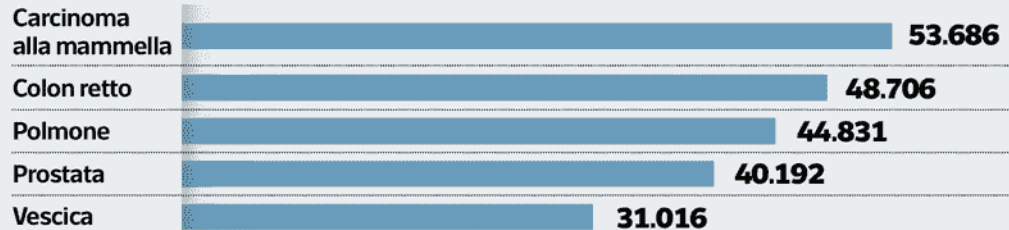


Le nuove diagnosi (nel 2024)

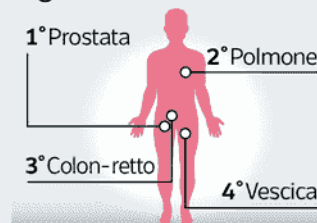
Uomini 214.500
Donne 175.600



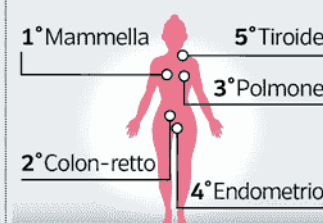
I TUMORI PIÙ FREQUENTI (casi)



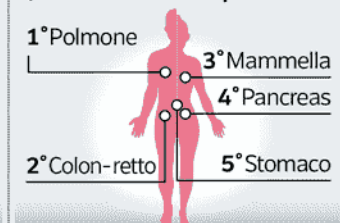
Negli uomini



Nelle donne



Quelli che causano più decessi



Fonte: Società europea di Oncologia medica

Corriere della Sera



NATURE COMMUNICATIONS

Tumori, farmaci intelligenti per colpire le cellule malate

Francesca Cerati — a pag. 21



Medicina di precisione. Il trattamento appartiene alla categoria degli anticorpi-coniugati (Adc), che combinano la capacità di riconoscimento di un anticorpo con la potenza di una molecola chemioterapica



Il nuovo farmaco intelligente che colpisce solo le cellule tumorali

Ricerca

I risultati aprono la strada a studi clinici per tumori pediatrici e del colon-retto

Sviluppato tra Usa e Italia, mostra regressioni complete della malattia negli animali

Francesca Cerati

Un farmaco di nuova generazione, capace di colpire in modo mirato solo le cellule tumorali, ha ottenuto risultati straordinari nei test preclinici. È il frutto di una collaborazione internazionale tra il Children's Hospital di Philadelphia (Chop), l'Università di Pittsburgh e, in Italia, l'Università di Bologna e il Policlinico di Sant'Orsola. I risultati, pubblicati su *Nature Communications*, mostrano una regressione completa dei tumori in modelli animali di neuroblastoma, rhabdomyosarcoma - due rare neoplasie infantili - e carcinoma del colon-retto, una delle forme di cancro più diffuse in Italia.

Il principio è quello della medicina di precisione: colpire solo le cellule malate. Il trattamento appartiene alla categoria degli anticorpi-coniugati (Adc), farmaci "intelligenti" che combinano la capacità di riconoscimento di un anticorpo con la potenza di una molecola chemioterapica. Il composto testato, denominato Cdxo239-Pbd, riconosce il recettore Alk (Anaplastic lymphoma kinase) sulla superficie delle cellule tumorali e veicola al loro interno un agente tossico chiamato dimero di pirrolobenzodiazepina (Pbd). Questo distrugge la cellula malata senza danneggiare i tessuti sani che non esprimono Alk.

«Questi risultati aprono la strada a terapie di nuova generazione, più efficaci e meno tossiche - spiega Mattia Lauriola, professoressa di Istologia al dipartimento di Scienze

mediche e chirurgiche dell'Alma Mater - L'obiettivo è sostituire, quando possibile, la chemioterapia tradizionale con una vera chemioterapia di precisione».

Il recettore Alk era già noto come bersaglio terapeutico nel neuroblastoma, grazie agli studi pionieristici di Yael Mossé, pediatra e responsabile del Programma di terapia dello sviluppo del neuroblastoma presso il Cancer Center del Chop, che ne ha dimostrato il ruolo come oncogene chiave. «Le nostre analisi confermano che Alk è un target promettente anche nel tumore del colon-retto - aggiunge Martina Mazzeschi, ricercatrice all'Irccs Sant'Orsola di Bologna - Il suo riconoscimento permette di selezionare con precisione i pazienti che possono beneficiare del trattamento».

Nei modelli animali, tre sole dosi settimanali di Cdxo239-Pbd hanno eliminato i tumori e garantito una sopravvivenza del 100%, anche in casi resistenti ad altri farmaci come l'inibitore di Alk Lorlatinib approvato dalla Fda. Il farmaco ha funzionato perfino su tumori con altre mutazioni genetiche - come TP53 e amplificazioni di Mycn -, tra le più difficili da trattare. Le analisi molecolari hanno rivelato danni mirati al Dna delle cellule tumorali e l'attivazione di vie di morte cellulare, confermando la precisione d'azione dell'anticorpo.

«Il nostro Adc resta stabile nel flusso sanguigno e mostra un potente effetto bystander: riesce cioè a eliminare anche le cellule tumorali vicine che non esprimono Alk -

spiega Alberto D. Guerra, oncologo del Chop e primo autore dello studio - Combinando selettività e potenza, rappresenta un modello per i futuri trattamenti dei tumori solidi pediatrici». L'efficacia del nuovo composto è risultata proporzionale ai livelli di Alk, ma è evidente anche nei casi con bassa espressione del recettore, segno che la terapia potrebbe raggiungere un'ampia popolazione di pazienti.

I ricercatori stanno ora lavorando per perfezionare la tecnologia in vista della sperimentazione clinica di fase I, prevista entro due anni, e per sviluppare anticorpi alternativi in grado di penetrare meglio il microambiente tumorale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Prossimo passaggio:
perfezionare
la tecnologia in vista
dei test clinici di fase I,
previsti entro due anni



Ospedali empatici, pensati come gallerie per curare (anche) attraverso le opere

Arte e società/3

Mario Abis

Nel 2050 avremo una popolazione costituita per il 35% da anziani: 19 milioni di persone con almeno 65 anni, 6 milioni in più di oggi, di cui oltre la metà malati cronici. Un record in Europa con soglie superiori solo in Giappone dove si arriverà al 40%. La popolazione tutta diminuirà passando da 59 a 53 milioni (nel pianeta gli attuali 8 miliardi arriveranno a 10 miliardi), ma malattie e malessere riguarderanno tutte le parti della popolazione con un giovane su tre che vivrà in una situazione di malessere con particolare riguardo a quello psichico. Le persone malate saranno i protagonisti della struttura sociale e richiederanno forme di assistenza sempre più complesse a cominciare dagli stessi ospedali che dovranno essere trasformati o sostituiti. È quello che sta studiando e progettando la Fondazione Politecnico di Milano (presidente Ferruccio Resta) con il Politecnico stesso (rettrice Donatella Sciuto) e il Dipartimento Abc di ingegneria e architettura (direttore Stefano Capolongo) e con il sostegno di oltre 40 aziende coinvolte direttamente o indirettamente nel settore. L'attività è arrivata a snodi progettuali concreti a cominciare dal fatto che di fronte ad una pluralità di popolazioni e patologie l'ospedale dovrà differenziarsi in più ospedali, più piccoli e leggeri, più specialistici e distribuiti nei territori. La luce, i colori, i materiali caldi, il verde dentro e fuori l'ospedale sono essenziali insieme all'idea che l'ospedale, innanzitutto, debba generare un ambiente empatico e "dolce" per chi vi è curato. E che, ancora prima di curare le malattie, debba produrre salute e benessere nel suo stesso contesto. Questo progetto riguarda in particolare gli anziani, soprattutto quelli "soli", ma alla fine coinvolgerà tutti i diversi segmenti della popolazione malata o fragile. Prima che una funzione il nuovo ospedale è un luogo antiansiogeno che cura e previene la malattia. In questa visione, l'ospedale non ospita solo spazi per le cure del paziente ma anche quelli orientati a "far fare delle cose al paziente stesso". Alcuni di questi riguardano le attività fisiche e sportive basate soprattutto sull'acqua e le piscine; un altro, le attività di trasferimento cognitivo soprattutto in presenza di tecnologie; altri, infine, e saranno i più importanti, riguarderanno cultura e arte. Quest'ultima avrà una doppia declinazione con due tipologie spaziali differenziate. Innanzitutto, come laboratori dove i pazienti possano lavorare, soprattutto sulla materia, fare e creare, in un mix di arte e artigianato. La seconda porterà alla creazione di veri e propri spazi espositivi destinati ad opere, a mostre, ad eventi artistici. Con l'arte l'ospedale è pensato come un nuovo habitat destinato ai pazienti ma aperto a tutti; e ci sono alcuni esempi come l'ospedale di Lione in Francia dove questa metodologia funziona bene e lo spazio è diventato una

vera e propria galleria d'arte contemporanea. Si tratta, tuttavia, non solo di una questione architettonica ed ambientale, ma anche di applicazione di nuove pratiche terapeutiche. Ormai è scientificamente dimostrato il fatto che le esperienze d'arte hanno un effetto positivo nella cura di molte patologie, a cominciare da quelle che hanno impatti o derivate depressive, sotto forme diverse. E nei protocolli medici di molti Paesi è adottata la visita al museo o a mostre d'arte come prescrizione insieme a farmaci e ad altri sostegni sanitari. Nel caso dell'ospedale non è il paziente che va verso l'arte, ma è l'arte che va verso di lui! Questo modello di ospedale alimenta campi di sperimentazione completamente nuovi. Per esempio, il pensare gli ospedali nel verde in zone contigue alle città, un po' la derivata dell'idea di Renzo Piano che si immaginava un ospedale leggero aereo sospeso nei boschi. Immaginare ospedali "leggeri" e dentro la natura influenzerà anche le scelte sulle tipologie d'arte che dovranno essere appunto contestualizzate e ambientali. Una forma di ricerca che potrà dare risultati anche per altri contesti, a cominciare dai musei. Nella visione di prospettiva un museo non solo è bellezza ma anche salute e ambiente. Questo modello nella sua applicazione ha diversi effetti e un forte connotato economico. Da una parte è un nuovo pezzo di welfare: l'investimento in arte e cultura può portare a risparmi nelle spese sanitarie surrogando o sostituendo parte delle spese mediche. Dall'altra parte il nuovo ospedale che "contiene arte" potrà creare nel territorio un significativo impatto economico e sociale. Vicino a Monza è stato creato, partendo da un'esperienza olandese, dalla cooperativa la Meridiana, e con l'aiuto di aziende del territorio, il "paese ritrovato", un piccolo paese dove vivono in modo inclusivo e comunitario malati di varie forme di demenza senile, altrimenti destinati ad una vita nella solitudine e nella marginalità. Nel paese ritrovato insieme ad abitazioni progettate ad hoc, sono presenti tutte le funzioni pubbliche compresi centri d'arte. E gli abitanti vivono una loro normalità in questo particolare ospedale/paese. Parlare di guarigione per gli abitanti del "paese ritrovato" è impossibile, ma certo la loro vita ha una certa qualità ed è migliore di quella che altrimenti farebbero. Un ospedale che è un habitat sociale e anche un centro di sperimentazione ed è nel concreto molto vicino al modello prefigurato dal Politecnico. La progettazione passa dal tema ambientale a quello culturale e lo declina nel "piccolo specialistico" e nei territori. Ed è significativo che un progetto innovativo nasca in una università e sia sostenuto da tante imprese. Un rapporto pubblico/privato essenziale per dare risposte concrete alla domanda sociale oggi fondamentale: quella di salute.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Mai più iniezioni per i giovani diabetici?

Dalla Svezia i primi passi verso il trapianto di cellule modificate produttrici di insulina

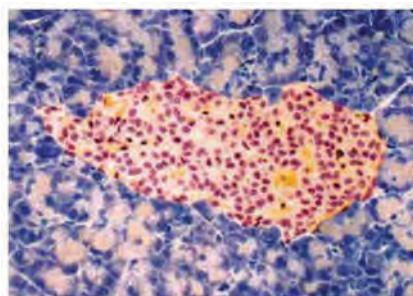
di Alex Saragosa

Il diabete di tipo 1, quello giovanile, è provocato dalla distruzione delle cellule delle isole di Langerhans del pancreas, che producono insulina, da parte del sistema immunitario, che le scambia per estranee. Nonostante tutti i progressi medici, questa condizione continua a essere curata come si fa da un secolo, con quotidiane iniezioni di insulina che evitano l'accumulo di glucosio nel sangue. Si potrebbero trapiantare in diabetici nuove "isole di Langerhans" prese da donatori, ma questo obbligherebbe il ricevente a una terapia antirigetto a vita, con pesanti effetti collaterali.

Adesso il diabetologo Per-Ola Carlsson, della Uppsala University, ha pre-

sentato sul *The New England Journal of Medicine*, una possibile cura definitiva del diabete di tipo 1. «Abbiamo preso cellule produttrici di insulina da un donatore, e, usando la tecnica Crispr, ne abbiamo modificato il genoma in tre punti, bloccando due antigeni Hla che indicano la cellula come estranea, e rinforzando la produzione della proteina Cd47, che inibisce i linfociti» spiega Carlsson. «Dopo test di sicurezza su topi e scimmie, abbiamo ora iniettato queste cellule nel pancreas di un uomo di 42 anni, diabetico da quando ne aveva 5, e dopo tre mesi, le cellule trapiantate contenenti le tre mutazioni non solo sono sopravvissute, ma hanno iniziato a produrre abbastanza insulina dopo i pasti da aver permesso all'uomo di cessare le iniezioni». I ricercatori svedesi inizieranno adesso una prova clinica molto più ampia su decine di pazienti, per verificare se la terapia funzioni in ogni caso.

«Ma la vera rivoluzione avverrà quando riusciremo a inserire le tre modifiche genetiche in cellule staminali da cui derivano le isole di Langerhans: avremo così una fornitura continua di cellule produttrici di insulina invisibili al sistema immunitario e pronte al trapianto in chiunque ne abbia bisogno, non solo una terapia personalizzata che, per costi e complessità, resterebbe appannaggio di pochi».



■ Isole

Qui sopra, una delle isole di Langerhans nel pancreas: producono insulina, ma nei diabetici di tipo 1 vengono distrutte dal sistema immunitario. In alto, test della glicemia



Se all'orizzonte già vediamo l'antibiotico creato dall'Ia



BIG BANG

MARCO CATTANEO

Più o meno cent'anni fa, Alexander Fleming fece una scoperta che avrebbe rivoluzionato la storia della medicina. Il fungo che aveva contaminato la sua coltura di stafilococchi produceva una molecola che debellava i batteri, la penicillina. Da allora, la scienza ha messo a punto decine e decine di antibiotici che hanno salvato milioni di vite umane. Ma negli ultimi anni la ricerca di nuove molecole è rallentata e alcuni batteri hanno sviluppato una pericolosa resistenza ai farmaci, che provoca oltre un milione di morti all'anno.

L'avvento dell'intelligenza artificiale promette di invertire questa tendenza. All'inizio di ottobre, il team di César de la Fuente, biologo

computazionale all'Università della Pennsylvania, ha annunciato di aver progettato, con il suo modello di Ia generativa, 50 mila peptidi, brevi catene di amminoacidi, che hanno proprietà antimicrobiche e possono distruggere gli agenti patogeni. Con un modello di apprendimento profondo ne hanno poi classificato la potenziale efficacia. Su 46 peptidi sintetizzati, 35 hanno ucciso almeno un ceppo batterico in coltura, e i due candidati più promettenti si sono rivelati efficaci nei topi contro *Acinetobacter baumannii*, un patogeno che causa infezioni opportunistiche soprattutto nelle persone immunodepresse. Ma finora nessun antibiotico prodotto dall'Ia è stato testato sugli esseri umani. Il cammino verso farmaci generati dall'Ia potrebbe non essere semplice. Alcune molecole sono chimicamente instabili e non possono essere sintetizzate. Altre sarebbero troppo costose e dispendiose in termini di tempo. E tutte devono poi comunque superare le lunghe fasi della sperimentazione. Ma la strada sembra ormai aperta.

© riproduzione riservata



SONNO

A cosa pensiamo prima di dormire

Delphine Chayet, Le Figaro, Francia

Un gruppo di ricerca sta studiando i pensieri e le esperienze oniriche che emergono quando stiamo per addormentarci per capire meglio i problemi legati al sonno

Alcune persone ripercorrono i fatti della giornata, a volte modificandoli, altre pianificano la giornata successiva, si lasciano trasportare da immagini, suoni o frammenti di sogno. E voi, a cosa pensate mentre vi addormentate? È la domanda al centro di una ricerca in corso da tre anni all'Istituto del cervello e del midollo spinale dell'ospedale Pitié Salpêtrière di Parigi.

Contrariamente alla fase rem del sonno, che appassiona molto gli scienziati, l'addormentamento è stato poco studiato. "Questa breve fase, detta anche N1, è un momento di transizione che conduce le persone dalla veglia al sonno leggero", spiega Nicolas Decat, dottorando in neuroscienze cognitive che ha avviato il progetto. Per individuare le percezioni in quei minuti, i ricercatori prevedono d'intervistare cinquemila persone provenienti da contesti diversi. Hanno diffuso un questionario in tre lingue e hanno ricevuto già 600 risposte. Il loro obiettivo è individuare degli schemi di pensiero ricorrenti in questa zona grigia tra la veglia e il sonno e ricavarne profili delle persone.

La prima parte della ricerca è stata condotta nel 2024. Un centinaio di volontari dotati di un casco che ne registrava l'attività cerebrale è stato invitato ad ad-

dormentarsi per due riposini da 20 minuti e poi risvegliato per poter raccontare "a caldo" i pensieri. Gli scienziati hanno usato il test della bottiglia: nel momento in cui una persona stava sprofondando nel sonno, la bottiglia che teneva in mano le scivolava facendola svegliare. I riferimenti riportati erano i più svariati: "Avevo una musica in testa"; "pensavo al mio viaggio in Giappone l'anno scorso"; "ho visto immagini di piccoli alieni". Nella fase N1 il ritmo cardiaco rallenta, i muscoli si rilassano, la consapevolezza dell'ambiente circostante viene gradualmente meno. L'attività elettrica del cervello varia d'intensità a seconda delle regioni cerebrali ed emergono esperienze oniriche o pensieri deformati: gli scienziati le chiamano percezioni "ipnagogiche". Possono essere innescate da attività svolte prima di dormire, come vedere mattoni che cadono dal cielo dopo aver giocato a Tetris, o essere influenzate da stimoli esterni, per esempio dai rumori della strada.

Schemi ricorrenti

"Abbiamo classificato quattro grandi categorie di pensieri: i ricordi, l'attenzione all'ambiente, i sogni e i pensieri pragmatici", spiega Nicolas Decat. "Tutti possono essere presenti, in qualsiasi ordine, nel corso dello stesso sonno. Per esempio, i pensieri della quotidianità possono essere seguiti da una perdita di controllo e dalla comparsa di immagini strane". Esaminando i rilevamenti dell'elettroencefalogramma Decat ha anche capito che i pensieri hanno una specifica firma cerebrale.

Con questi studi i ricercatori sperano di capire e diagnosticare meglio i problemi legati al sonno, in particolare l'insonnia e la sonnolenza eccessiva, in cui il momento dell'addormentamento è disfunzionale. "Sarebbe utile capire se questi

schemi di addormentamento sono legati alla qualità del sonno e del riposo", spiega Decat. "Chi si definisce insonne a cosa pensa? E le persone creative o ansiose? Analizzando i pensieri nella fase di ingresso nel sonno sarà possibile prevedere i tratti della personalità e le possibili applicazioni cliniche".

Sappiamo già che la fase N1 favorisce gli impulsi creativi che emergono al risveglio. In un'altra ricerca la maggior parte dei partecipanti ha dichiarato di aver avuto idee o trovato soluzioni in uno stato di "semi-sonno". È stato inoltre dimostrato che un riposino di qualche minuto al buio migliora la capacità di risolvere i problemi. Secondo altri studi l'addormentamento non è solo una "porta d'ingresso" verso i benefici del sonno profondo che viene dopo, ma ha una sua importanza per diversi processi cognitivi: attenzione, memoria, regolazione delle emozioni. La questione è più importante di quanto sembra. La transizione dalla veglia al sonno non avviene solo all'inizio della notte, ma anche nei risvegli notturni e nei riposini durante la giornata. È uno stato molto frequente nelle ventiquattr'ore, più di quanto pensiamo. ♦ *gim*





Servizio La continuità assistenziale

Tumore al seno, il 70% delle donne teme di peggiorare: “Serve psico-oncologia e cure vicine”

Officina #Metastabile prosegue il suo percorso con nuove iniziative dedicate alla coprogettazione e all'attuazione sul territorio di percorsi di cura

16 ottobre 2025

In Italia oltre il 70% delle pazienti con tumore metastatico della mammella teme che la malattia possa progredire. Lo stesso timore interessa circa la metà dei caregiver. Da qui la necessità di avere sempre assicurato un adeguato servizio di psico-oncologia. Per accompagnare al meglio le donne colpite dal carcinoma nel loro percorso di cura, è fondamentale poter garantire una continuità assistenziale sul territorio e non solo nei centri ospedalieri di riferimento. La relazione di fiducia che le pazienti costruiscono nel tempo con medici e infermieri è percepita come insostituibile. Allo stesso tempo, molte donne avvertono il bisogno di ricevere risposte rapide a domande quotidiane che spesso trovano spazio durante le visite. La telemedicina e il teleconsulto sono strumenti che vanno utilizzati e rappresentano un prezioso aiuto che non grava ulteriormente sul lavoro dei centri oncologici. Sono queste alcune delle conclusioni dei focus group ideati e coordinati da Fondazione IncontraDonna nell'ambito di Officina #Metastabile, il progetto ideato per la coprogettazione e l'attuazione sul territorio del “PDTA dedicato al tumore metastatico della mammella”.

In oltre 50mila convivono con la malattia

L'iniziativa è giunta alla sua seconda edizione e le ultime novità sono state presentate da poco a Roma in un convegno nazionale presso Agenas (Agenzia Nazionale per i servizi sanitari Regionali). Lo scorso anno la Fondazione IncontraDonna aveva condotto due indagini, su alcuni centri di senologia e sulle pazienti, dalle quali erano emersi bisogni specifici. Quest'anno le attività sono proseguite con l'avvio di focus group condotti da professionisti qualificati, riservati alle pazienti e concepiti come spazi di ascolto e condivisione. I responsabili scientifici sono Andrea Botticelli (Oncologo membro del CdA di Fondazione IncontraDonna e Responsabile della Breast Unit del Policlinico Umberto I di Roma) e Lucia Del Mastro (Professore Ordinario e Direttore della Clinica di Oncologia Medica dell'IRCCS Ospedale Policlinico San Martino, Università di Genova). “In Italia un numero sempre maggiore di donne (e in minima percentuale di uomini) convive con questa diagnosi di cancro avanzato – afferma Adriana Bonifacino, Fondatrice di Fondazione IncontraDonna -. Nel 2024, su 53.686 nuove diagnosi, il 6-7% è stato diagnosticato come metastatico all'esordio, pari a circa 3.500 casi. Si stima che complessivamente siano oltre 50.000 le persone che convivono con la malattia metastatica ma il dato resta incerto: è urgente dotarci di indicatori oncologici nazionali che permettano di misurare con precisione la realtà e garantire risposte adeguate”.

Contrastare il senso d'incertezza per il futuro

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA

“È responsabilità delle istituzioni impegnate nell'ambito sanitario – avverte Americo Cicchetti, Commissario straordinario Agenas – garantire a tutte le pazienti pari opportunità di accesso alle cure, indipendentemente dal luogo in cui vivono. Questo principio deve valere anche per le donne con tumore al seno metastatico, un campo in cui stiamo finalmente assistendo a un'importante evoluzione delle terapie e delle possibilità di trattamento. Più in generale, come Agenzia, siamo impegnati a creare i presupposti per un costante potenziamento dei servizi di assistenza ai cittadini anche alla luce delle innovazioni cliniche e organizzative emerse negli ultimi anni, così da assicurare percorsi di cura sempre più appropriati, integrati e centrati sulla persona”. “Una diagnosi di cancro porta quasi sempre un forte senso d'incertezza per il proprio futuro – sostiene Anna Costantini, Past President e Consigliera Nazionale SIPO (Società Italiana di Psico-Oncologia) -. Nelle pazienti che vivono con le metastasi il timore per la progressione di malattia presenta un impatto significativo sulla qualità della vita ed è presente in circa il 72% dei casi e costituisce un bisogno non corrisposto nell'assistenza sanitaria. Si caratterizza per la paura di morire, di soffrire e di rappresentare un peso per i propri cari. Non costituisce di per sé una reazione irrazionale ma se si manifesta in forma grave può evolvere in un disturbo psicopatologico come una depressione clinica e interferire con il benessere e la qualità della vita. Queste reazioni vanno portate all'attenzione dell'intero team che prende in carico la paziente attraverso screening rapidi dedicati, dal momento che le forme gravi non migliorano senza interventi psico-oncologici specialistici di provata efficacia. Certamente una comunicazione chiara e onesta, da parte di tutti i medici, e un accesso a informazioni certificate ed affidabili possono altresì aiutare le pazienti a sentirsi più consapevoli e meno spaventate”.

Garantire cure più vicine al domicilio della paziente

“All'innovazione terapeutica deve accompagnarsi un'innovazione organizzativa centrata sui bisogni delle persone – aggiunge Nicola Silvestris, Segretario Nazionale AIOM – Associazione Italiana di Oncologia Medica -. È necessario un “decentramento dell'assistenza” che dall'ospedale deve andare verso la medicina del territorio. La vicinanza fisica ai luoghi di cura ed assistenza rappresenta un grande vantaggio per pazienti e caregiver. Il tumore del seno metastatico è una patologia molto complessa ma è tuttavia possibile ricevere alcune terapie fuori dal reparto oncologico ospedaliero. Lo stesso può accadere per molte prestazioni diagnostiche che possono essere effettuate in strutture sanitarie territoriali più vicine al domicilio della donna. Bisogna garantire determinati e adeguati standard qualitativi ma la territorializzazione delle cure, se ben integrata e coordinata con i centri di riferimento, può offrire risposte concrete ai bisogni quotidiani”. “Officina #Metastabile dimostra che la presa in carico personalizzata e la collaborazione fra istituzioni, clinici e associazioni possono cambiare la storia del tumore metastatico della mammella – sostiene Lavinia Mennuni, Membro Commissione Permanente Bilancio del Senato -. È fondamentale nel lavoro in Parlamento sostenere una sanità che porti la cura vicino ai cittadini, utilizzando telemedicina e percorsi personalizzati per evitare ricoveri inutili e garantire continuità assistenziale. L'oncologia è centrale nella nostra azione di governo: investire in diagnosi precoce, nuovi farmaci e tecnologie migliora la qualità di vita dei pazienti e, allo stesso tempo, contiene la spesa pubblica. Grazie anche a IncontraDonna vi è stato il riconoscimento del 13 ottobre come Giornata nazionale. Oggi dobbiamo fare un passo in più, sostenendo un PDTA che superi le disparità regionali, che promuova la continuità delle cure e il diritto all'oblio oncologico”.

Servizio Ricerca

Riparare la barriera del cervello: così i ricercatori hanno invertito l'Alzheimer nei topi

Invece di forzare l'ingresso dei farmaci nel cervello, gli scienziati hanno rafforzato il sistema di eliminazione dei rifiuti per far regredire la malattia

di Francesca Cerati

16 ottobre 2025

Per decenni la ricerca sull'Alzheimer ha cercato di eliminare le placche tossiche che soffocano i neuroni, con risultati limitati. Ma un nuovo studio, pubblicato su *Signal Transduction and Targeted Therapy*, suggerisce che forse la chiave non è distruggere le placche dall'interno del cervello, bensì riparare il sistema che dovrebbe eliminarle naturalmente: la barriera ematoencefalica.

Questa sottile interfaccia di cellule separa il cervello dal sangue, impedendo il passaggio di tossine e microrganismi, ma anche di molti farmaci. Negli anni, gli scienziati hanno cercato di “forzarla” con onde sonore o nanoparticelle per far entrare i medicinali. Il gruppo guidato da Giuseppe Battaglia (Ibec, Barcellona) e Junyang Chen (Università del Sichuan) ha invece scelto la strada opposta: ripararla.

Una barriera che non solo protegge, ma pulisce

La barriera ematoencefalica non è un muro, ma un filtro dinamico. Una delle sue funzioni principali è eliminare dal cervello le proteine di scarto, tra cui la famigerata beta-amiloide, il principale “rifiuto” associato all'Alzheimer. Quando la barriera si danneggia o invecchia, questo sistema di smaltimento rallenta e i rifiuti si accumulano, favorendo la neurodegenerazione.

Il team ha scoperto che un recettore chiave, chiamato Lrp1, funziona come un “traghettatore” molecolare che riconosce e trasporta l'amiloide dal cervello al sangue. Con l'età o nella malattia, Lrp1 si riduce e la pulizia si blocca.

Le nanoparticelle che riavviano il sistema

Gli scienziati hanno progettato nanoparticelle bioattive – vere e proprie “medicine supramolecolari” – capaci di imitare Lrp1 e di ristabilire il flusso di eliminazione dell'amiloide. Iniettate in topi geneticamente predisposti all'Alzheimer, queste particelle hanno ridotto le placche cerebrali di circa il 50% in un'ora e del 45% complessivo dopo tre dosi.

Ancora più sorprendente, i topi hanno recuperato memoria e capacità di apprendimento, comportandosi come animali sani. I benefici sono durati almeno sei mesi, senza segni di tossicità.

Un effetto “a cascata”

«Riparando il sistema vascolare del cervello, si riattiva la sua capacità di equilibrio -, spiega Battaglia - Quando la barriera torna a funzionare, il cervello riprende a eliminare non solo l'amiloide-beta, ma anche altre molecole dannose, permettendo all'intero sistema di rigenerarsi».

L'approccio rappresenta un cambio di paradigma nella ricerca sull'Alzheimer: non più soltanto eliminare le placche, ma ristabilire le difese naturali del cervello. Come commenta Lorena Ruiz Pérez dell'IBec, «la barriera ematoencefalica non è un ostacolo, ma un'interfaccia dinamica e riparabile, la cui disfunzione può essere corretta terapeuticamente».

Una speranza prudente

Lo studio, pur straordinario, è ancora in fase preclinica: i risultati riguardano topi, non esseri umani. Ma gli esperti lo considerano un passo importante. «Se riuscissimo a riattivare la stessa funzione protettiva nelle persone -, osserva Battaglia - potremmo migliorare la salute vascolare del cervello, ridurre l'infiammazione e potenziare anche l'efficacia dei trattamenti già esistenti».

Per ora, la scoperta apre una nuova strada: guardare al cervello non come a un organo isolato, ma come a un ecosistema in cui la salute dei vasi sanguigni e delle barriere protettive può decidere il destino delle nostre capacità mentali.

Servizio L'emergenza

La scarsità di farmaci ha raggiunto livelli record: la situazione in Italia e nella Ue

Le cause sono note: problemi produttivi, scarsità di principi attivi, concentrazione della produzione in Asia e fragilità logistiche. A cui si aggiunge un tema di capillarità informativa

di Francesca Cerati

16 ottobre 2025

In Italia il fenomeno delle carenze di medicinali ha raggiunto ad agosto proporzioni record. Secondo i dati di Aifa e Sifo, oltre 4.000 farmaci risultavano carenti, tra cui antibiotici, antitumorali, anticoagulanti e prodotti di uso comune come analgesici e antidepressivi. A metà ottobre l'elenco aggiornato dell'Agenzia contava quasi 3.000 voci: il broncodilatatore essenziale per chi soffre d'asma o broncospasmo salbutamolo è tra i più difficili da reperire, anche nelle versioni equivalenti. Le segnalazioni arrivano da tutta Italia. Assoutenti parla di genitori costretti a "girare decine di farmacie" per trovare i medicinali essenziali.

La stessa emergenza colpisce gli ospedali: oncologi del Policlinico Gemelli di Roma e farmacisti ospedalieri di Palermo e Udine riferiscono difficoltà nel reperire molecole fondamentali come vincristina, capecitabina e lenalidomide, utilizzate nei protocolli antitumorali. In diversi casi si è dovuto ricorrere all'importazione dall'estero o a protocolli terapeutici sostitutivi, con conseguenze pesanti per la continuità delle cure. Come conferma lo studio Sifo-Aifa 2024 da cui emerge che il 97% dei sanitari ha dovuto gestire pazienti in attesa di farmaci non disponibili, con effetti su continuità terapeutica e fiducia nel sistema. Le cause sono note: problemi produttivi, scarsità di principi attivi, concentrazione della produzione in Asia e fragilità logistiche. A ciò si aggiunge la frammentazione del sistema di segnalazione: sebbene l'Aifa disponga di un elenco aggiornato e blocchi temporanei all'export, i flussi informativi tra aziende, regioni e farmacie non sono sempre tempestivi. Lo strumento DruGhost, sviluppato da Sifo e Aifa, sta migliorando la capacità di monitoraggio, ma la raccolta e condivisione dei dati resta disomogenea.

Il governo ha annunciato un piano per la sicurezza dell'approvvigionamento con procedure di importazione accelerate, incentivi alla produzione nazionale e un portale per la tracciabilità. Tuttavia, le misure sono ancora in definizione.

C'è poi il nodo dei farmaci equivalenti (o generici) che è cruciale. Come ricorda Stefano Collatina, presidente di Egualea, se i prezzi restano fermi mentre i costi aumentano, molte aziende abbandoneranno i medicinali essenziali. Il settore, sostiene, non chiede sussidi ma "regole sostenibili": gare multi-aggiudicatarie, basi d'asta realistiche, incentivi alla produzione europea e revisione del payback.

Gli equivalenti garantiscono l'accesso a cure di base per milioni di pazienti e rappresentano la spina dorsale del Servizio sanitario. La loro sostenibilità economica è quindi anche una questione

di sicurezza nazionale, come sottolineano Nomisma e gli analisti del settore, che collegano la crisi alle dinamiche globali di approvvigionamento dei principi attivi.

Sul fronte normativo, il nuovo Testo unico della legislazione farmaceutica, approvato in via preliminare dal Consiglio dei ministri, si propone di riformare l'intera filiera: dalla produzione alla distribuzione, fino alla disponibilità dei medicinali nelle farmacie. Tra i suoi obiettivi rientra proprio la tutela dell'approvvigionamento e la valorizzazione dei farmaci equivalenti, strumenti indispensabili per garantire equità di accesso e sostenibilità del Servizio sanitario nazionale.

Ma intanto, tra scaffali vuoti e ospedali in allerta, la carenza di farmaci resta un'emergenza quotidiana: il banco di prova concreto per la futura riforma del settore.

Francia, le carenze di farmaci restano elevate nonostante un calo nel 2024

In Francia, le segnalazioni di carenze di medicinali di interesse terapeutico maggiore (MITM) restano su livelli preoccupanti. Secondo uno studio pubblicato nel marzo 2025 dalla DREES e dall'ANSM, dopo anni di crescita — da meno di 500 segnalazioni nel 2017 a oltre 1.500 nel 2022 e 2023 — il numero è sceso nel 2024 a 939 casi, comunque quasi il doppio rispetto al 2017.

Le carenze hanno colpito tutti i principali gruppi terapeutici, in particolare farmaci cardiovascolari (30%), nervosi (20%, molti a base di paracetamolo), antibiotici (14%) e digestivi (10%). Durante l'inverno 2022-2023, circa 8% dei MITM risultava contemporaneamente non disponibile, pari a 8 milioni di confezioni mancanti nelle farmacie.

Gli effetti sui pazienti restano difficili da quantificare: i dati ufficiali riguardano le forniture, non la reale distribuzione. Tuttavia, la DREES ammette che le carenze prolungate possono compromettere l'accesso alle cure, specie quando le alternative si esauriscono.

Un segnale d'allarme è arrivato nell'aprile 2025, quando un gruppo di psichiatri ha denunciato su *Le Monde* la scarsità di antidepressivi (sertralina, venlafaxina), stabilizzatori dell'umore (litio) e antipsicotici (olanzapina). Gli specialisti attribuiscono le cause a catene di fornitura fragili, dipendenza da siti produttivi esteri e strategie commerciali orientate ai mercati più redditizi, aggravate da una regolazione dei prezzi poco attrattiva per i produttori.

Il governo francese ha reagito con una roadmap 2024-2027 che impone scorte obbligatorie, blocco delle esportazioni in caso di crisi, preparazioni galeniche straordinarie e accordi di prezzo-volume per l'amoxicillina. Alcune misure sono state rese operative con un decreto nell'agosto 2025, ma la loro efficacia resta da verificare.

Spagna, antidepressivi e farmaci per l'ADHD in forte carenza

In Spagna, secondo la rete farmaceutica LUDA Partners, gli antidepressivi sono oggi i medicinali più difficili da reperire. Il farmaco Anafranil rappresenta da solo il 73% dei casi segnalati, seguito da Ludiomil (7%) e Norebox (5%). Le segnalazioni sono quadruplicate rispetto all'inizio del 2025.

Questo segna un cambio di tendenza rispetto al 2024, quando i principali problemi riguardavano Ozempic (diabete e perdita di peso) e Concerta (ADHD).

La scarsità di antidepressivi preoccupa medici e pazienti in un Paese dove i disturbi mentali sono in crescita. Le testimonianze raccolte da *El Confidencial* mostrano la gravità della situazione: "Mia sorella prende Anafranil e ormai non si trova più neppure la dose da 10 mg", racconta Luis, di Murcia. In passato, genitori di bambini con ADHD hanno riferito di dover chiamare decine di farmacie per trovare una confezione di Concerta.

L'AEMPS ha riconosciuto i problemi di fornitura di Anafranil nell'aprile 2025, prevedendo un ritorno alla normalità entro ottobre. Tuttavia, anche a inizio ottobre le scorte risultano ancora insufficienti. Per garantire la continuità dei trattamenti è stata attivata la procedura per l'importazione come farmaco estero.

Per i farmaci ADHD, le autorità hanno introdotto una distribuzione controllata e il sistema Farmahelp, che consente ai farmacisti di localizzare le scorte in tempo reale. Tuttavia, le carenze persistono e i dati ufficiali confermano che il problema non è stato risolto.

Bulgaria, mercato fragile e carenze croniche spingono i pazienti all'estero

In Bulgaria, le carenze di farmaci sono un problema cronico. Il mercato, considerato poco redditizio per le aziende a causa dei bassi prezzi, è spesso tra i primi a subire gli effetti di interruzioni produttive. Inoltre, i prezzi ridotti favoriscono il commercio parallelo verso Paesi dell'Europa occidentale, dove gli stessi farmaci vengono rivenduti a costi più alti.

Tra i prodotti più carenti figurano insuline, anticoagulanti, antibiotici pediatrici, farmaci per oncologia, epilessia e malattie rare. Dal novembre 2023 il Ministero della Salute ha introdotto un divieto mensile di esportazione per i medicinali più critici, inclusi insuline e antibiotici per bambini.

Un sistema elettronico di monitoraggio aggiorna ogni settimana la lista dei farmaci scarsi, il cui export è automaticamente vietato. Nell'ultima settimana (3–9 ottobre 2025) l'elenco comprende 72 medicinali.

Nonostante ciò, le carenze persistono: molti pazienti viaggiano in Grecia o Turchia o si riforniscono tramite gruppi Facebook, rischiando farmaci contraffatti. Nel 2025, un caso emblematico ha riguardato gli antidolorifici per pazienti oncologici, temporaneamente introvabili.

Le autorità hanno avviato indagini e modifiche legislative per rafforzare i controlli, ma le misure non sono ancora state approvate dal Parlamento. L'unico risultato tangibile è la riduzione delle carenze di insulina, grazie al divieto permanente di esportazione.

Austria, misure efficaci evitano crisi gravi di approvvigionamento

In Austria, al 10 settembre 2025, risultano 437 specialità medicinali soggette a restrizioni di distribuzione, pari al 3% dei farmaci autorizzati. I prodotti più colpiti sono analgesici (paracetamolo, ibuprofene), antibiotici (amoxicillina), psicofarmaci (escitalopram, venlafaxina, quetiapina), farmaci per diabete (metformina) e ADHD (Ritalin).

Rispetto al 2023, quando i casi superavano quota 1.500, la situazione è stabile o in leggero miglioramento. L'iscrizione nel registro delle restrizioni non implica un'interruzione totale, ma consente di attivare un divieto di esportazione parallela per preservare le scorte interne.

Grazie a una stretta collaborazione tra autorità, medici e farmacisti, la sicurezza terapeutica è garantita nella maggior parte dei casi. In circa il 95% delle situazioni, i farmacisti riescono a trovare soluzioni alternative, anche se ciò richiede più tempo e risorse.

L'Austria si distingue per una strategia avanzata contro le carenze:

- Scorte obbligatorie di almeno quattro mesi per i farmaci critici;
- Divieti di esportazione in caso di segnalazioni;
- Registro pubblico delle restrizioni gestito dal BASG;
- Fondi di compensazione per i grossisti che mantengono scorte di farmaci economici;

- Comitato permanente tra Ministero, BASG, industria e associazioni professionali.

Dal 2025 è in vigore una norma che impone ai grossisti di stoccare oltre 700 farmaci essenziali, garantendo riserve sufficienti per quattro mesi. Tuttavia, l'associazione dell'industria farmaceutica avverte che le scorte nazionali possono distorcere il mercato e auspica una strategia europea coordinata e prezzi più sostenibili per i farmaci fuori brevetto.

() Questo articolo rientra nel progetto di giornalismo collaborativo europeo "Pulse" ed è stato realizzato con il contributo di: Adrian Burtin (Voxeurop, Francia), Fran Sánchez Becerril (El Confidencial, Spagna), Martina Bozukova (Mediapool, Bulgaria), Pia Kruckenhauser (Der Standard, Austria).*

Servizio La giornata mondiale

Così cambia l'anestesia: dall'etere alla realtà virtuale per addormentare i pazienti e c'è l'allarme Fentanyl

Il 16 ottobre 1846 la prima dimostrazione di successo di un'anestesia generale tramite etere dietilico: ora le sfide green e digitale

di Cesare Buquicchio

16 ottobre 2025



▲ Un intervento chirurgico straordinario è stato eseguito nei giorni scorsi alla Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico di Roma: ad un paziente di 56 anni è stata asportata una massa tumorale di circa 40 chilogrammi. Nello specifico si è trattato di un liposarcoma dedifferenziato del retroperitoneo, un tumore raro che origina dai tessuti adiposi e si sviluppa in una zona profonda dell'addome. L'intervento per rimuovere uno dei più grandi liposarcomi d'Europa, sottolinea il Policlinico, è stato eseguito dall'Unità di Chirurgia dei sarcomi dei tessuti molli guidata da Sergio Valeri, che fa parte dell'Unità di Chirurgia generale specialistica diretta da Rossana Alloni, e da un team di esperti chirurghi, infermieri e anestesisti, con la collaborazione del professor Francesco Stilo, direttore della Chirurgia vascolare del Policlinico di Trigatoria. ANSA/ Ufficio Stampa Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico +++ ANSA PROVIDES ACCESS TO THIS HANDOUT PHOTO TO BE USED SOLELY TO ILLUSTRATE NEWS REPORTING OR COMMENTARY ON THE FACTS OR EVENTS DEPICTED IN THIS IMAGE; NO ARCHIVING; NO LICENSING +++ NPK +++

La sfida green e quella del digitale. Sono queste le due spinte che stanno rinnovando l'anestesia, che celebra oggi la sua giornata mondiale in omaggio alla prima dimostrazione di successo di un'anestesia generale tramite etere dietilico, avvenuta il 16 ottobre 1846.

L'intelligenza artificiale per salvare vite

«Non siamo solo i “medici del sonno”, come a volte si semplifica con un'espressione fin troppo facile – esordisce Elena Bignami, presidente Siaarti, la Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva –. Siamo i medici del periodo perioperatorio e del post-operatorio, siamo i medici del dolore e, come ricordiamo tutti fin troppo bene dall'esperienza della pandemia, siamo quelli sempre presenti nelle terapie intensive. Ma in questo giorno celebrativo guardiamo al presente che è già futuro, fatto di digitale e intelligenza artificiale». In questa delicata specializzazione, infatti, le applicazioni della tecnologia stanno diventando molteplici. L'IA predittiva, ad esempio, sta trasformando l'approccio ai rischi passando dalle analisi generali a quelle personalizzate su ogni paziente che si sottopone ad anestesia, con una migliore prevenzione di complicanze come l'insufficienza renale acuta e una gestione più efficiente delle risorse. Si stanno sperimentando forme di “sedazione digitale” con l'uso della realtà virtuale e dei visori VR, e algoritmi alimentati con dati in tempo reale aiutano a dosare più precisamente i farmaci in base al metabolismo del paziente, riducendo rischi di sovra-anestesia e migliorando il recupero. Molti degli anestesisti italiani, inoltre, si formano a Bologna nel Centro di Simulazione Medica Avanzata di Aaroi-Emac, l'Associazione Anestesisti Rianimatori Ospedalieri Italiani, dove vengono ricreati scenari realistici in ambiente sicuro. «La telemedicina e i sistemi IA conversazionali – aggiunge Bignami – ci stanno aiutando molto nella presa in carico del paziente nel prima, durante e dopo gli interventi, consentendoci anche di seguirlo meglio quando torna a casa. Stiamo pensando a chatbot dedicate che possano aiutare il paziente ricordando le medicine e monitorando i parametri vitali grazie a braccialetti e altri dispositivi indossabili. Questo, unito alla televisita, ci aiuta molto perché riduce il tempo di ospedalizzazione e ci permette di seguire le persone a casa, per ridurre le complicanze postoperatorie legate sia all'intervento chirurgico sia potenzialmente all'anestesia».

La svolta della sostenibilità ambientale

Parallelamente alla rivoluzione digitale, l'anestesia affronta la sfida della sostenibilità. «Per fortuna ci abbiamo messo la testa, perché effettivamente c'è da lavorare» – ammette la presidente Siaarti. Il settore sanitario è responsabile del 5% delle emissioni globali di gas serra nel mondo e le sale operatorie rappresentano un nodo critico. «L'8% dell'inquinamento degli ospedali deriva dai blocchi operatori, quindi è un dato importante da considerare», sottolinea. Siaarti ha elaborato le prime cinque raccomandazioni sull'Anestesia Green, pubblicate su Choosing Wisely Italy: il primo contributo ufficiale sull'anestesia sostenibile nell'ambito della rete Choosing Wisely International. «C'è da lavorare anche sulle cose come fossimo a casa: il vetro, la plastica, le cose apparentemente più semplici – spiega Bignami – perché sui rifiuti speciali è più facile, mentre invece sulla carta, sulla plastica e sul vetro dobbiamo ancora migliorare questo tipo di attenzione». La sfida è coniugare sicurezza e sostenibilità sui dispositivi monouso, che rappresentano almeno il 25% dei rifiuti ospedalieri: kit personalizzati, materiali bioplastici, raccolta differenziata accurata. Ma il tema più delicato è quello del grande impatto ambientale dell'uso di gas anestetici volatili, come il desflurano. Con il divieto europeo che scatterà dal 1° gennaio 2026, e che ne consentirà l'uso solo per comprovati motivi medici, si accelera il cambiamento. «Ci sono interpretazioni molto forti come quelle della European Society of Anaesthesiology and Intensive Care – conferma Bignami –. Noi cerchiamo di aiutare i nostri anestesisti nell'applicarla con opportunità, cercando di non usare quei farmaci quando ci sono alternative e di ridurre comunque al minimo l'utilizzo».

Una trasformazione culturale necessaria

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA

Ma la trasformazione culturale investe anche la comunicazione scientifica. Siaarti è dovuta recentemente intervenire anche sul tema Fentanyl, il potente oppioide sintetico al centro delle cronache internazionali per gli abusi che ne hanno fatto una delle droghe più letali in circolazione. «È, ovviamente, sacrosanto perseguire i reati, ma attenzione alla disinformazione – precisa Bignami –. Le preparazioni e la farmacopea utilizzate in ospedale, rispetto allo spaccio e all'abuso, sono molto diverse. I dosaggi che noi usiamo in ospedale sono molto ridotti e vengono valutati solo dopo aver conosciuto il paziente, aver visto le sue funzioni vitali, la funzione renale, la funzione epatica, dopo aver visitato il paziente. E, soprattutto, sono somministrati una sola volta». La preoccupazione degli anestesisti è quella di demonizzare una molecola utilizzata quotidianamente in ambito clinico, con la conseguenza di stigmatizzare il trattamento del dolore e rischiare di compromettere l'accesso alle cure per migliaia di pazienti. L'obiettivo dell'anestesia, a 179 anni dalla sua invenzione, è chiaro: costruire un modello sanitario più responsabile, in cui qualità delle cure, gestione consapevole delle risorse ambientali e informazione corretta si accompagnino in una trasformazione che non riguarda solo le tecnologie, ma la cultura della professione.

Servizio Scuole chiuse

Influenza, il Giappone dichiara l'epidemia: troppi casi in anticipo e rischio di diffusione anche in Europa

Centinaia di scuole chiuse, misure drastiche anche in Malesia. Le cause e il rischio per gli altri Paesi

di Massimo De Laurentiis

16 ottobre 2025

Oltre seimila contagi e più di cento scuole chiuse. La stagione influenzale inizia cinque settimane prima del previsto e coinvolge anche la Malesia.

Quali sono le cause e i pericoli per gli altri Paesi

Le autorità sanitarie giapponesi hanno dichiarato un'epidemia di influenza, dopo che il numero dei contagi ha superato la soglia di attenzione. Al 10 ottobre, infatti, i casi confermati erano 6.013.

Un dato insolito per il periodo, che segnala una diffusione del virus più ampia e precoce rispetto agli anni precedenti. Di solito, i focolai influenzali in Giappone si espandono tra fine novembre e inizio dicembre, ma quest'anno il virus ha iniziato a circolare con forza già a settembre, raggiungendo in poche settimane livelli considerati epidemici.

I numeri

Il virus ha già provocato la chiusura di oltre cento scuole, mentre tra i 287 pazienti ricoverati in settembre quasi la metà aveva 14 anni o meno, segno che i bambini sono tra i più colpiti.

Gli esperti segnalano che l'aumento dei pazienti trattati per influenza è iniziato cinque settimane prima del consueto, un anticipo mai registrato in passato.

Le cause dell'epidemia

A determinare l'andamento anomalo della stagione influenzale giapponese sarebbe il ceppo di influenza A H3N2, lo stesso che negli ultimi due mesi ha causato un'impennata di casi anche in Australia e Nuova Zelanda, in concomitanza della fine dell'inverno nell'emisfero australe.

Tra i fattori che contribuiscono a questo anticipo ci sono l'aumento dei viaggi internazionali, che facilita la circolazione dei virus respiratori, e gli effetti del cambiamento climatico, che altera i modelli stagionali di diffusione delle infezioni.

Gli esperti sottolineano inoltre la scarsa esposizione al virus negli ultimi anni, dovuta alle misure anti-Covid e al conseguente calo dell'immunità, in particolare tra bambini e anziani.

Altri casi e conseguenze per l'Europa

L'epidemia giapponese non è un caso isolato. In Malesia si è registrata una stagione influenzale altrettanto precoce, anch'essa dominata dal ceppo H3N2. Circa seimila studenti sono stati contagiati e alcune scuole sono state costrette a sospendere le lezioni.

Secondo il ministero della Salute la scorsa settimana c'erano 97 focolai di influenza in tutto il Paese, in aumento rispetto ai 14 della settimana precedente. La maggior parte è stata registrata in scuole e asili.

«Abbiamo già una vasta esperienza nella gestione delle malattie infettive grazie alla pandemia di COVID-19», ha dichiarato lunedì il direttore generale del ministero Mohd Azam Ahmad.

«Abbiamo ricordato alle scuole di seguire queste linee guida, incoraggiando l'uso delle mascherine e la riduzione delle attività di gruppo numerose tra gli studenti».

L'ondata influenzale di quest'anno mostra un'ampiezza e una velocità di propagazione inedite, che rischiano di condizionare l'andamento della stagione influenzale anche nell'emisfero nord. Il ceppo H3N2, infatti, potrebbe innescare epidemie nei Paesi che vanno verso l'inverno in Asia e in Europa.



Servizio Convegno Idi Irccs

Patologie cutanee per un italiano su quattro: così una dieta mirata mantiene sana la pelle

L'alimentazione personalizzata riduce le infiammazioni, attiva la funzione barriera della pelle e aumenta l'efficacia delle terapie per le dermatopatie croniche e acute

di Paolo Castiglia

16 ottobre 2025

Le patologie cutanee riguardano circa il 25% della popolazione italiana. Sono malattie che possono portare a stigmatizzazione sociale, scarsa qualità della vita e diminuzione della produttività lavorativa. Includono una vasta gamma di disturbi che colpiscono la pelle e possono includere dermatiti (come la dermatite atopica e da contatto), infezioni (batteriche, virali, fungine o parassitarie), malattie autoimmuni (psoriasi, lupus), acne, rosacea e tumori della pelle (benigni e maligni). “Nonostante la loro elevata incidenza e prevalenza - spiega Ornella De Pità del comitato scientifico dell'Istituto Dermopatico dell'Immacolata di Roma-IDI Irccs - mancano però dati ufficiali certi sulla diffusione della cronicità a differenza di quanto avviene per patologie come diabete e ipertensione”.

Un convegno sulle evidenze scientifiche

Per questo l'IDI organizza il 17 ottobre a Roma il convegno “Novità in tema di alimentazione nella prevenzione e terapia delle patologie cutanee” con l'obiettivo, spiega ancora De Pità, “di offrire una panoramica aggiornata e multidisciplinare sulle evidenze scientifiche più rilevanti in questi ambiti in costante evoluzione. Il convegno rappresenta quindi l'occasione per portare luce sulle malattie della pelle e fornire strumenti concreti e aggiornamenti scientifici utili alla pratica clinica quotidiana, promuovendo un approccio integrato e personalizzato alla gestione del paziente con patologie cutanee”.

La riflessione parte dal concetto che la pelle è lo specchio della salute generale. Organo complesso e dinamico, risente e rende manifesti squilibri nutrizionali, alterazioni del microbiota e processi infiammatori sistemici. Recentemente il ruolo dell'alimentazione e dei componenti nutrizionali nella prevenzione e gestione delle patologie cutanee ha registrato una crescita esponenziale in ambito scientifico.

Un approccio integrato e innovativo

“Il convegno - spiega a sua volta Alessandro Braccioni, membro del Comitato Scientifico IDI Irccs – rispetto alle più recenti evidenze scientifiche che collegano la nutrizione e i nutraceutici alla salute della pelle, evidenzia il ruolo cruciale dell'alimentazione personalizzata e della modulazione del microbiota intestinale nella gestione delle patologie cutanee. Una dieta mirata può migliorare la funzione barriera della pelle e aumentare significativamente l'efficacia delle terapie per dermatopatie croniche e acute. L'evento - con una forte vocazione multidisciplinare e riunendo

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA

specialisti di diverse aree come dermatologi, allergologi, gastroenterologi, endocrinologi e medici di medicina generale - vuole favorire un approccio integrato e innovativo alla cura del paziente”.

In generale la giornata di studio si rivolge a un’ampia platea di professionisti della salute, tra cui dermatologi, allergologi, immunologi clinici, internisti, gastroenterologi, endocrinologi, medici di medicina generale, farmacisti e biologi, favorendo il dialogo e l’integrazione tra diverse competenze specialistiche.



Servizio Medicina

Il cibo conta: ecco perché quello che mangiamo influisce sulla salute del pianeta

Il team dei dottori e degli esperti anti-bufale dell'Ordine nazionale dei medici risponde ai principali dubbi sulla salute

16 ottobre 2025

“Mano nella mano per un'alimentazione e un futuro migliori”: questo lo slogan scelto per l'edizione 2025 della Giornata mondiale dell'Alimentazione (World Food Day), che, promossa dalla FAO, l'Organizzazione delle Nazioni Unite per l'alimentazione e l'agricoltura, si celebra oggi, 16 ottobre. Una data che, quest'anno, è ancora più significativa, perché coincide con l'ottantesimo compleanno della FAO. È dunque l'occasione giusta per riflettere sul legame tra ciò che mangiamo, la nostra salute e quella del pianeta. Un pianeta spaccato in due: secondo l'ultimo rapporto della commissione internazionale di scienziati “Eat-Lancet”, pubblicato agli inizi di ottobre, 3,7 miliardi di persone – quasi metà della popolazione mondiale - non hanno accesso a cibo sano, a un ambiente pulito o a un reddito dignitoso. Intanto, l'altra metà, la popolazione dei Paesi ad alto reddito, consuma e spreca in modo eccessivo risorse naturali. Quest'ultima parte di mondo è la stessa che sta affrontando problemi di salute causati proprio dall'alimentazione: obesità e malattie croniche. Ma esiste un modello alimentare sano e sostenibile a livello ambientale? La risposta è sì: è una dieta che proprio gli italiani conoscono bene ma che rischia di essere sorpassata da abitudini meno salutari.

E' vero che quello che mangiamo influisce sulla salute del pianeta?

Sì. È soprattutto il modo in cui il cibo è prodotto e consumato ad avere un impatto sull'ambiente. Agricoltura e allevamento, infatti, contribuiscono in modo rilevante alle emissioni di gas serra, così come al consumo di acqua e suolo, e subiscono a loro volta gli effetti della crisi climatica. In tutti i continenti, terre coltivate, risorse idriche e specie vegetali sono messe sotto pressione da eventi meteorologici estremi, con conseguenze anche sulla vita animale e sulla distribuzione del cibo. La relazione tra alimentazione e ambiente, dunque, è complessa e oggetto di continua ricerca scientifica.

Questo impatto negativo sull'ambiente è verificato?

Sono molti i gruppi di ricerca internazionali che analizzano questi fenomeni. Di recente è stato pubblicato un autorevole studio che periodicamente valuta i sistemi alimentari. Si tratta del già citato rapporto della Commissione EAT-Lancet, composta da esperti in nutrizione, scienze ambientali, economia e salute provenienti da tutto il mondo. Secondo gli ultimi dati, globalmente la produzione e distribuzione dell'alimentazione sono causa del 30% delle emissioni di gas serra, principali responsabili del riscaldamento del pianeta. Le conseguenze di un livello così alto rappresentano una minaccia non solo per il clima stesso, ma anche per la biodiversità, per la disponibilità di acqua potabile e per la salute del suolo. A ciò si aggiungono l'aumento delle fonti inquinanti, dall'aria ai campi coltivati; si è inoltre intensificato l'utilizzo dei pesticidi, proprio per

sostenere livelli produttivi superiori rispetto al passato. In aumento anche la diffusione delle microplastiche, di cui avevamo parlato qui, con danni sulla salute certi e non ancora pienamente misurati.

Un'alimentazione sana per l'ambiente fa bene anche alla nostra salute?

Secondo la FAO, anche i consumatori sono parte della soluzione e possono compiere scelte che, oltre ad aiutare l'ambiente e le popolazioni più svantaggiate, fanno bene alla salute. Con l'obiettivo di consumare (e sprecare) meno, infatti, è più semplice adottare un regime alimentare equilibrato. Le raccomandazioni generali prevedono una dieta ricca di: frutta e verdura fresche e di stagione, possibilmente a chilometro zero: così si favoriscono la biodiversità, le piccole economie locali e si limitano i trasporti; proteine vegetali, come legumi, cereali integrali e frutta secca, limitando quelle di origine animale: gli allevamenti intensivi, infatti, consumano enormi quantità di acqua e di suolo. Le diete attuali si sono impoverite di questi benefici elementi ed eccedono invece di carne e grassi animali, latticini, zucchero e alimenti ultra-processati. Un'alimentazione come quella indicata dalla FAO, secondo gli esperti, potrebbe prevenire circa 15 milioni di morti premature nel mondo ogni anno. E ridurre il rischio di sviluppare patologie croniche come il diabete di tipo 2 e le malattie cardiovascolari, alcune forme di cancro, le malattie neurodegenerative. Si previene così anche il sovrappeso e l'obesità.

Raccomandazioni ricordano i principi della dieta mediterranea

In effetti sì, si tratta di regimi alimentari che privilegiano prodotti nutrienti, non lavorati e con basso contenuto di elementi potenzialmente nocivi come sale, zucchero, grassi. Anche la EAT-Lancet ha formulato un piano sostanzialmente simile, chiamato Planetary Health Diet (PHD). Al modello mediterraneo sono ispirate anche le linee guida italiane per una sana alimentazione, formulate con l'obiettivo di prevenire le malattie cronico-degenerative, promuovere la salute pubblica e la sostenibilità ambientale. Oltre alle raccomandazioni già citate, le linee guida consigliano di: bere abbondante acqua ogni giorno, ridurre al minimo possibile le bevande alcoliche, preferire l'olio d'oliva ad altri condimenti grassi, ampliare la varietà di scelte alimentari, fare attenzione all'uso improprio di integratori, rispettare la sicurezza alimentare.

Ci sono altri comportamenti che possiamo adottare per la salute del pianeta?

Diffondere buone abitudini in famiglia e tra amici – scegliere prodotti locali, evitare sprechi, ridurre la carne – è un contributo importante. Ridurre gli sprechi è un'azione altrettanto efficace per la salute del pianeta (di questo, invece, ne abbiamo parlato qui). “Le scelte individuali – sottolineano gli esperti dell'Organizzazione – sono una leva potente per il cambiamento collettivo”. Il riferimento non è soltanto a ciò che si mette a tavola, ma alle condizioni lavorative ed economiche, alla giustizia, alla protezione degli animali e delle specie viventi

Leggi la scheda integrale sul sito [dottoremaeveroche di Fnomceo](https://dottoremaeveroche.it)

Suicidio assistito, arriva il sì per Libera potrà iniettarsi da sola il farmaco

LA STORIAdi **LUCA SERRANÒ**

FIRENZE

Si al suicidio assistito per Libera, la donna toscana di 55 anni affetta da sclerosi multipla che non è nelle condizioni di iniettarsi da sola il farmaco letale. A pochi giorni dal parere negativo di ministero della Salute, Iss e Consiglio superiore di sanità sulla possibilità di reperire un dispositivo per l'auto somministrazione, la svolta è arrivata grazie all'ente amministrativo di supporto della Regione, Estar, che

ha trovato sul mercato uno strumento adatto allo scopo; un comunicatore con puntamento oculare, viene spiegato, in grado di attivare pompe infusionali. Il giudice civile di Firenze, cui Libera si era rivolta tramite l'associazione Coscioni, ha così ordinato all'Asl Toscana Nord Ovest di fornire entro 15 giorni il dispositivo, per le verifiche tecniche e giuridiche. «Un passo di civiltà e di coerenza giuridica», commenta Filomena Gallo, segretaria dell'associazione Coscioni. Il giudice ha riaffermato che il diritto all'autodeterminazione nelle scelte di fine vita non può restare solo teorico. Libera ha lottato non per sé soltanto, ma per tutte le persone che, pur pienamente coscienti, si trovano prigionieri del proprio corpo e chiedono solo di poter esercitare liberamente un diritto». L'associazione Coscioni aveva fatto ricorso al tribunale chiedendo

che la donna ricevesse il farmaco da consegnare al suo medico. Il giudice aveva deciso di chiamare in causa la Corte Costituzionale, ritenendo impossibile procedere con l'eutanasia senza violare l'articolo del codice penale che punisce l'omicidio del consenziente, ma la Consulta si era limitata a sollecitare accertamenti per stabilire l'esistenza di dispositivi per l'auto somministrazione. Accertamenti conclusi con un nulla di fatto per ministero della Salute, Iss e Consiglio superiore di sanità, ma non per la Regione.



Tribunale di Firenze

Il giudice ordina alla Asl di fornire il dispositivo per il suicidio assistito

Accolta la domanda
di una paziente affetta
da sclerosi multipla

Patrizia Maciocchi

Il Tribunale di Firenze ha accolto le richieste di "Libera" - nome di fantasia a tutela della privacy - la donna toscana di 55 anni affetta da sclerosi multipla primaria progressiva, di accedere al suicidio assistito. I giudici hanno ordinato alla Asl di fornire, entro 15 giorni, il dispositivo per l'autosomministrazione, verificandone la funzionalità e la compatibilità, attraverso una pompa infusoriale attivabile con sensore di comando o puntatore oculare o altra modalità idonea, oltre che di rendere disponibili farmaci e dispositivi al medico di fiducia di "Libera", che la assisterà durante la procedura.

La Quarta sezione civile del tribunale (giudice Umberto Castagnini) si è mossa sulla scia delle sentenze della Consulta (n. 242/2019 e n. 132/2025), sottolineando che il Servizio sanitario nazionale ha l'obbligo di reperire e fornire "prontamente" i dispositivi necessari a garantire l'esercizio del diritto, nel rispetto dei principi di dignità, libertà di scelta e

non discriminazione tra pazienti.

Il Tribunale ha sottolineato l'urgenza della misura fissando un termine perentorio di 15 giorni «in considerazione delle condizioni cliniche della paziente e della situazione di intollerabile sofferenza». E riconosciuto il pieno diritto di Libera all'autodeterminazione terapeutica, stabilendo che spetta al Servizio sanitario nazionale assicurare la concreta possibilità di esercitarlo, rimuovendo gli ostacoli materiali e burocratici che ne impediscono l'attuazione.

E per Libera, alla quale erano stati riconosciuti i requisiti per accedere al suicidio assistito fissati dalla Consulta, l'ostacolo, ora superato, era nell'assenza di un dispositivo che gli consentisse di assumere in autonomia il farmaco letale. L'associazione Luca Coscioni che assiste Libera, con l'avvocato Filomena Gallo ha precisato che «solo il 14 ottobre Estar, l'Ente di supporto tecnico-amministrativo regionale, tramite l'Usl, ha comunicato di aver concluso un'indagine di mercato tra imprese operanti nel settore degli ausi-

li tecnici per persone con disabilità. Da tale indagine è emersa la disponibilità di una ditta a fornire un comunicatore con puntamento oculare in grado di attivare pompe infusionali. Estar ha precisato che sono attualmente in corso gli approfondimenti tecnici e giuridici per verificare la conformità del prodotto alla normativa nazionale e regionale in materia di dispositivi medici».

L'Azienda sanitaria, rappresentata dall'avvocato Luca Cei, ha manifestato la massima disponibilità.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**L'azienda sanitaria
avrà 15 giorni di tempo
per ottemperare
al dispositivo
della sentenza**



Influenza, già 100mila vaccinati «A dicembre il picco di contagi»

► Partita la campagna lanciata dalla Regione: disponibili 1,3 milioni di dosi
I medici di base: «Già alta la diffusione di virus respiratori, raffreddori e Covid»

SANITÀ

L'influenza stagionale non è ancora in circolazione (il picco è atteso tra dicembre e gennaio) ma Roma e il Lazio si stanno preparando per tempo. La campagna di immunizzazione, lanciata dalla Regione, è iniziata a inizio del mese. E, nonostante le temperature ancora miti, sono oltre centomila le persone che si sono già sottoposte al vaccino. Merito anche di una distribuzione che sta procedendo senza intoppi: i 3.800 medici di famiglia aderenti stanno già inoculando la prima tranche ai loro assistiti (con priorità per anziani e fragili) e riceveranno la seconda tra fine ottobre e inizio novembre. E anche le 600 farmacie che si sono unite alla campagna regionale stanno distribuendo le vaccinazioni alle categorie aventi diritto, con una dotazione aumentata da 60 mila a 80 mila dosi complessive. A loro si aggiungono 140 centri vaccinali gestiti dalle Asl, 450 pediatri di libera scelta e 35 ospedali.

LE CIFRE

Complessivamente sono 1,3 milioni le dosi già acquistate dalla Regione, che vengono distribuite progressivamente a medici di medicina generale, pediatri, centri vaccinali e farmacie. Lo scorso anno nel Lazio sono state vaccinate complessivamente 1.110.037 persone adulte, 770.245 delle quali di età superiore ai 65 anni, oltre a 23.229 operatori sanitari e 4.087 donne

in gravidanza. Le iniezioni sono raccomandate a chi ha più di 60 anni, alle persone fragili, con patologie croniche, alle donne in gravidanza, agli ospiti delle strutture per lungodegenti e agli operatori sanitari. Possono essere vaccinati anche i bambini tra i 6 mesi ai 6 anni. Dal 20 novembre la vaccinazione antinfluenzale sarà poi disponibile per tutta la popolazione. L'obiettivo di quest'anno è superare la copertura del 60 per cento della popolazione anziana (lo scorso anno si è arrivati al 56 per cento) e del 30 per cento dei bambini al di sotto dei sette anni (contro il 22,3 per cento dell'ultima stagione influenzale). Meno bene è andata, lo scorso inverno, per quanto riguarda i vaccini an-

ti Covid: hanno raggiunto, a livello nazionale, appena il 5 per cento degli over 60.

LA SITUAZIONE

In attesa dell'arrivo dell'influenza stagionale, nella Capitale il numero delle persone ammalate inizia a crescere. «Stiamo registrando moltissimi casi di malattie respiratorie e tanti contagi da Covid, anche se non circola ancora il virus influenzale», spiega Pier Luigi Bartoletti, vice presidente dell'Ordine dei medici di Roma e segretario provinciale della Fimmg (la federazione dei dottori di base). «Con il primo calo delle temperature e la ripresa a pieno regime delle scuole, stiamo rilevando la ripresa delle forme virali respiratorie - dice Alberto Chiriatti, vicesegretario regionale della Fimmg - Vediamo forme parainfluenzali, virus sinciziali e comuni raffreddori. E ancora diversi casi di Covid, per i quali molti pazienti mostrano reticenza a sottoporsi al tampone: cosa che invece andrebbe fatta, soprattutto per chi convive con persone anziane o affette da patologie croniche».

Fabio Rossi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**LE INIEZIONI SONO
RACCOMANDATE A
CHI HA PIÙ DI 60 ANNI
ALLE PERSONE FRAGILI
E QUELLE CON
PATOLOGIE CRONICHE**

600

Le farmacie di Roma e del Lazio che aderiscono alla campagna vaccinale della Regione, con 80 mila dosi a disposizione

3.800

I medici di famiglia che stanno partecipando alla campagna di vaccinazione contro l'influenza stagionale della Regione



Avvio della campagna di vaccinazione antinfluenzale al centro vaccini della Asl Roma1 in via Jacobini

