

**30 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







## CORRIERE DELLA SERA

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

FONDATA NEL 1876

Servizio Clienti - Tel. 02/68707510  
mail: servizioclienti@corriere.it

**E la Juve riparte**  
Roma in testa con il Napoli  
L'Inter raggiunge il Milan  
di Bocci, Condò, Nerozzi, Stoppini  
e Tomaselli alle pagine 40, 41 e 43



**Aveva 80 anni**  
Addio a Senese  
il sax di Napoli  
di Carmine Aymone  
e Marco Demarco a pagina 37



Trump, il mercato

LA CINA  
E L'EUROPA  
SPIAZZATA

di Federico Fubini

**D**a secoli i leader americani sono per lo più avvocati convertiti alla politica e anche gli europei vengono quasi tutti da studi di diritto, economia e altre scienze sociali. I cinesi, no. I curriculum dei membri del comitato permanente del partito mostrano che gli uomini selezionati per i vertici della Repubblica popolare sono ingegneri, in gran parte. Xi Jinping stesso, un politico puro, ha fatto studi di ingegneria chimica. L'osservazione è dell'analista Dan Wang dell'Università di Stanford e forse mai questa differenza ha contato tanto nelle relazioni internazionali come in questi giorni. Oggi a Busan, in Corea del Sud, Xi ha incontrato Donald Trump quando in Europa era ancora notte. Dormivamo, ma parlavano di noi forse senza neanche bisogno di nominarci. E quasi scontato che i negoziatori e i leader di Cina e Stati Uniti escano dai colloqui di questi giorni annunciando rapporti meno tesi. Più che una pace, sarà una tregua commerciale. La Casa Bianca allenterà i vincoli alla vendita di alcuni semiconduttori e si tiene pronta a rinviare, o correggere, alcuni dazi contro la Repubblica popolare. Pechino per qualche tempo frenerà le sue retoriche e acquisterà più solo dal Mid-West degli Stati Uniti. Ma la posta in gioco per noi europei rimane altissima. I dettagli di ciò che i cinesi in particolare stanno facendo segnalano che hanno colto l'occasione delle tensioni con Trump per lanciare una precisa messa in guardia anche nei nostri confronti.

continua a pagina 26

Si bloccano i 13,5 miliardi per i lavori sullo Stretto. Premier contro i giudici, dura replica delle opposizioni

## Stop al Ponte, ira del governo

La Corte dei conti boccia la delibera sull'opera. Salvini: «Andiamo avanti»

Brasile Guerriglia con i droni. Lula: non informati

Blitz contro i narcos a Rio:  
oltre 130 vittime nelle favelas

di Sara Gandolfi a pagina 11

CENTO MORTI NEI RAID  
Gaza, il ritorno  
della tregua  
dopo le bombedi Davide Frattini  
e Federico Rampini

**T**orna il cessate il fuoco a Gaza dopo gli attacchi dell'altro giorno e i nuovi raid che hanno provocato più di cento morti. «La tregua non è a rischio» garantisce il presidente Trump. Polemica per il rapporto di Francesca Albanese che accusa l'Italia: «È complice del genocidio».

alle pagine 8 e 9 Privitera

## GIANNELLI



di Ilaria Sacchettini

**L**a Corte dei conti boccia il ponte sullo Stretto. Di ieri sera il no al voto. Di fatto è stata bocciata la delibera Cipess che impegna 13,5 miliardi di euro per la realizzazione dell'opera. Le motivazioni si conosceranno nei prossimi giorni, ma i giudici contabili hanno evidenziato anomalie per cui Palazzo Chigi, ministero delle Infrastrutture e Mef non avrebbero dato soluzioni convincenti. Bonelli: grande vittoria. Meloni: ennesima invasione dei giudici.

alle pagine 2 e 3 Iorio

PARLA IL MINISTRO DELLE INFRASTRUTTURE

Il leader leghista attacca:  
«È un danno per il Paese»

di Marco Cremonesi

**“**A vanti in ogni caso. Secca la reazione di Salvini: «Questa decisione è un grave danno per il Paese e appare una scelta politica più che un sereno giudizio tecnico».

a pagina 3

Riforma Mantovano: l'Anm impari dalla Cgil. Oggi il voto

«Giustizia, così i magistrati  
si sostituiscono alla politica»

di Marco Galluzzo

**“**Con la riforma della giustizia il merito prevale sulle correnti: parla il sottosegretario Mantovano. E invita l'Associazione nazionale magistrati a imparare dalla Cgil a non abbandonare i tavoli. Oggi la riforma va al voto. Il ministro Nordio attacca la sinistra.

alle pagine 5 e 6 Arachi, Caccia, Piccolillo

IL CASO DELLA MULTA A REPORT

Garante, Arianna Meloni:  
clima da caccia alle streghe

di Paola Di Caro

**L'**ira di Arianna Meloni per il caso del Garante su Ramucci. La responsabile della segreteria politica di FdI non ci sta ad essere considerata colei che avrebbe dato il «da» alla punizione del giornalista.

a pagina 17

CONFINDUSTRIA, IL PRESIDENTE

Dazi, crescita:  
è finito il tempo  
della cautela

di Emanuele Orsini

**“**Caro direttore, il tempo della cautela è finito. L'Europa si trova davanti una sfida esistenziale: mentre Stati Uniti e Cina proteggono le proprie industrie e investono con decisione nelle nuove tecnologie, noi restiamo prigionieri di regole, vincoli e ideologie che rischiano di soffocare crescita e lavoro.

continua a pagina 26

**octopusenergy**

Energia pulita a prezzi accessibili e un servizio clienti superlativo

octopusenergy.it

IL CAFFÈ  
di Massimo Gramellini

**R**oberto Burioni si accinge a compiere uno spericolato esperimento scientifico su sé stesso: la fuga dal social. Può un organismo vivente che da dieci anni è abituato a cibarsi di visualizzazioni e di like sopravvivere senza la sua razione quotidiana di doping digitale? Senza le pernacchie e però anche senza le gratificazioni dell'ego, che delle pernacchie rappresentano l'inesorabile contrappunto?

I social non sono solo un monumento all'incomunicabilità umana, ma anche un'opportunità formidabile. Di conoscere e soprattutto di farsi conoscere. Burioni non sarebbe diventato Burioni se non li avesse usati per invadere a sua volta contro qualcuno: i «somari» che negano l'autorità della scienza. Adesso dice che si è stan-

## Via dalla pazza folla

cato di essere utilizzato come punching ball e sputacchiera. Come non capirlo. E come non seguire con curiosità interessata la sua decisione di trasferire la divulgazione scientifica dalle piattaforme gratuite a quelle a pagamento. La via d'uscita potrebbe essere proprio questa: spostarsi dalla piazza del mercato a luoghi più simili a un teatro, dove per poter fischiar il tenore bisogna almeno aver pagato il biglietto. Però in piazza passa molta più gente, e sta proprio qui il cuore dell'esperimento burioniano: in un sistema dove le teste non si pesano, ma si contano (e quindi anche quelle vuote fanno numero), il virologo-cavia riuscirà a farsi bastare i complimenti di nicchia o dopo un po' avrà nostalgia degli insulti di massa?

IL NUOVO LIBRO DI

**BRUNO VESPA**

**FINI MONDO**

Come Hitler e Mussolini cambiarono la Storia.  
E come Trump la sta riscrivendo

MONDADORI



## IL PERSONAGGIO

Senese, l'anima blues che ha contagiato tutti

DONDONI E UN RICORDO DI EDOARDO BENNATO — PAGINA 32



## I BIANCONERI

Juve, benvenuto a Spalletti  
L'Udinese liquidata 3-1

BALICE, BARILLÀ, RIVA — PAGINE 34 E 35



## IGRANATA

Il Toro si scopre solido  
Fermato il Bologna: 0-0

GIANLUCA ODDENINO — PAGINA 36

2,50 € (CON SALUTE IN ABBINAMENTO OBBLIGATORIO) • ANNO 159 • N. 299 • IN ITALIA • SPEDIZIONE ABB. POSTALE II DL 353/03 (CONV. IN L. 27/02/04) • ART. 1 COMMA 1, DCB - TO • WWW.LASTAMPA.IT



# LA STAMPA

GIOVEDÌ 30 OTTOBRE 2025

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



GNN

OGGI IL VIA LIBERA DEFINITIVO ALLA RIFORMA DELLA GIUSTIZIA: È GIÀ SCONTRO SUL REFERENDUM

## Stop al Ponte di Salvini Meloni attacca i giudici

La Corte dei Conti: decreto da rifare. La premier: invasione delle toghe

### L'ANALISI

Se Giorgia prolunga  
l'era berlusconiana

ALESSANDRO DE ANGELIS

Preparatevi ai flash mob dei partiti di maggioranza attorno a palazzo Madama, alle fanfare e al profluvio dichiaratorio a sottolineare che «oggi è una giornata storica». — PAGINA 4

BARONI, LOMBARDO, MALFETANO, FAMA

Alla fine la Corte dei conti ufficializza il suo «no» al progetto del Ponte sullo Stretto. Durissima la reazione del governo. Giorgia Meloni rinfaccia alla Corte «l'ennesimo atto di invasione sulle scelte di Governo e Parlamento» arrivando a minacciare pesanti ritorsioni subito censurate da Schlein. «Inammissibile, non ci fermiamo», tuona Salvini. GRIGNETTI — CON IL TACCUINO DI SORGI — PAGINE 2-5

### LA POLITICA

«La spartizione Asl del garante Ghiglia»

GIUSEPPE LEGATO — PAGINA 7

Pd, la scossa di Prodi e il gelo di Schlein

FRANCESCA SCHIANCHI — PAGINA 14

LA MAXI OPERAZIONE ANTI NARCOS NELLE FAVELAS DI RIO FINISCE IN GUERRIGLIA: 138 VITTIME

## Macelleria brasiliana

EMILIANO GUANELLA



La retorica della forza a uso politico

FEDERICO VARESE — PAGINA 29

I corpi delle persone uccise nell'operazione di polizia distesi lungo una strada di Rio de Janeiro: oltre 130 i morti — PAGINA 29

### IL MEDIO ORIENTE

Gaza, oltre 100 morti  
Nuovi raid di Israele

NELLO DEL GATTO

È una tregua comunque armata e scandita dal boato delle bombe quella in corso a Gaza. Se le parti continuano a scambiarsi accuse di violazione dell'accordo di pace imposto da Trump, che ha portato a un limitato silenzio delle armi (dopo l'attacco di miliziani contro una pattuglia dell'esercito che ha portato alla morte di un soldato e al conseguente massiccio bombardamento israeliano) a fatica ieri mattina erano cessati gli scontri. Ma nel pomeriggio sono ripresi con un attacco israeliano a Beit Lahia, nel nord della Striscia di Gaza. «Nulla» metterà a repentaglio la tregua, la reazione di Trump. — PAGINA 10

### L'ANALISI

Il rischio che il Golfo torni una polveriera

ALESSANDRO MELCANGI

La notte tra il 28 e il 29 ottobre a Gaza è tornato a risuonare il rumore delle bombe segnando un ennesimo punto di frattura nella già fragile tregua tra Israele e Hamas. L'aviazione israeliana ha colpito diversi obiettivi nella Striscia provocando oltre cento morti, tra cui decine di donne e bambini. — PAGINA 25

### IL RACCONTO

Una notte da incubo che non finisce più

MAJDAL-ASSAR

Scrivo queste righe poco dopo l'alba, dopo che il cielo sopra Gaza è passato dal nero scuro a un pallido blu poco convincente. Il colore è cambiato. I suoni no. Dalla nostra casa nel campo di Nuseirat, la notte si è strolata senza pietà: cacciabombardieri in lontananza, droni bassi da far vibrare le finestre. — PAGINA 11

### L'INTERVISTA

Paolo Conte: «Voglio essere ricordato come un artista ancora da scoprire»

ALBERTO INFELISE



Paolo Conte tiene nascosto dietro ai baffi un sorriso allegro, tradito dagli occhi che non sanno dissimulare la contentezza di chi nella vita ha fatto ciò che desiderava. — PAGINA 23

### IL TERREMOTO

La rinascita di Norcia riapre la basilica

MARIA CORBI

Erano le 7,42 di 9 anni fa quando un boato risuonò per le colline della Valnerina, scuotendo la terra e devastando Norcia. «Nessun morto tra di noi», ricorda il sindaco. Ma il simbolo della città è uno dei simboli della spiritualità, la basilica di San Benedetto, ridotta in macerie sotto il crollo del campanile. — PAGINA 22

### LA CULTURA

«Papà Scerbanenco e le sue lettere rosa»

CECILIA SCERBANENCO

Al mare con la ragazza esce nel 1965 a puntate su Novella, precedendo di un anno l'uscita di *Venerata*, il primo romanzo assolutamente noir di Giorgio Scerbanenco. Continuando a basarsi sul codice dei colori, è il terzo e ultimo dei romanzi di «passaggio» dal rosa al nero, ambientati, almeno in parte, a Lignano Sabbiadoro, dove Scerbanenco si era trasferito. — PAGINA 31

## Buongiorno

Più del dibattito attorno alla separazione delle carriere, che si struttura di stupidaggini contro sciocchezze, è ciò di cui non si dibatte a restituire lo stato della giustizia, e anche di chi la commenta. Martedì, per esempio, la procura generale di Venezia ha deciso di ricorrere in appello contro la sentenza di condanna all'ergastolo per Filippo Turetta, l'assassino reo confesso di Giulia Cecchetti. Una decisione stravagante. Se c'è una condanna all'ergastolo, chi deve ricorrere è il condannato. E invece, poche settimane fa, Turetta ha rinunciato all'appello. Mi tengo l'ergastolo, ha detto, forse sapendo che nessun appello glielo avrebbe tolto ma, comunque, una decisione saggia. Ora però arriva la procura generale e dice fermi tutti: l'appello si fa, lo vogliamo noi. E per quale ragione? Mistero. Più dell'ergastolo, c'è soltanto l'ergastolo ostentativo, quello che preclude al detenuto la speranza di uscire dal carcere, sebbene in un giorno molto lontano. Ma lo si infligge a mafiosi o terroristi indisposti a collaborare con la giustizia. Non è il caso di Turetta. Quindi? Quindi boh. Ho chiesto a un paio di amici, avvocati penalisti, e, dopo non banali ricerche, entrambi mi hanno dato la stessa risposta: vogliono riconoscere in secondo grado le aggravanti dello stalking e della crudeltà, non riconosciute nel primo. E che cosa cambia per Turetta? Assolutamente nulla. Ma siccome non si fa che parlare e lagnarsi delle carenze di organico della magistratura e degli arretrati della giustizia, si decide di impegnare per mesi una corte d'appello, e poter dire (forse): avevamo ragione noi, gne gne.

## Per sfizio

MATTIA FELTRI

Per sfizio

31.10  
2.11

oval  
torino

ARTISSIMA

COMPRA IL TUO BIGLIETTO ONLINE SU [vivaticket.com](http://vivaticket.com)

semplici su [facebook.com/artissima.art](https://www.facebook.com/artissima.art)









Giovedì 30 ottobre 2025

ANNO LVIII n° 257  
1,50 €  
San Marcialino di Siracusa  
messico

Edizione online  
dal 08/02

# Avvenire

Quotidiano di ispirazione cattolica [www.avvenire.it](http://www.avvenire.it)



## Editoriale

Educare, lo sguardo lungo di Abramo  
**SCUOLA DI TUTTI  
CHE TUTTI SALVA**

ERLAND AFFINATI

Sono trascorsi sessant'anni dalla "Gravissimum educationis", la dichiarazione conciliare alla quale si richiama l'ultima lettera apostolica di papa Leone XIV, intitolata, in pieno spirito paolino, "Disegnare nuove mappe di speranza". Robert Francis Prevost aveva, dieci anni, in solo uno di meno, frequentato la quarta elementare in una scuola pubblica, ricordo che andavo in auto indossando il grembiule azzurro col colletto di plastica bianco rigido intorno al collo, il maestro usava il righello non solo per tracciare le linee sul quaderno, anche per colpirci sulle mani quando sbagliavamo, la Guerra Fredda teneva tutti col fiato sospeso non solo in Europa, insomma visto col semo del poi poteva sembrare un altro mondo e forse lo era. Eppure, leggendo queste considerazioni di oggi, figlie dichiarate del Patto Educativo Globale firmato sette anni fa da papa Francesco, dobbiamo ammettere che la trama essenziale del pensiero su cui esse appaiono fondate ricalca in sostanza le convinzioni che tutti i grandi maestri del passato, da San Filippo Neri a don Giovanni Bosco, da San Giuseppe Calasanzio a Maria Montessori, ci hanno trasmesso. L'istruzione non può limitarsi a spostare un contenuto da un luogo all'altro, significa piuttosto far fiorire la vita, l'insegnante non deve restare da solo di fronte alla classe, ha bisogno dell'accordo con le famiglie, il vero sapiente non conserva per sé la propria cultura ma la spezza con chi ha di fronte, non pane da mangiare, non esistono metodi unici, bensì stili educativi, è necessario, seguendo la scia agostiniana, entrare nel mondo interiore dei nostri allievi in modo da orientare ciascuno verso la strada migliore.

continua a pagina 14

## Editoriale

Festa di Ognissanti, oltre l'abitudine  
**LA GOCCIA  
E IL TORRENTE**

MAURIZIO PATRICIELLO

Peggy: «E quando si dice che la Chiesa ha ricevuto promesse eterne, che si possono radunare in una promessa eterna, bisogna quindi rigorosamente intendere che non soccomberà mai sotto il suo invecchiamento, sotto il suo indurimento, sotto il suo irrigidimento, sotto la sua abitudine e sotto la sua memoria... e che i santi rifioriranno sempre». Anche oggi, anche domani, anche con l'avvento dell'intelligenza artificiale e delle mille astruserie che ai vecchi ancorati alle loro abitudini, fanno paura. Santità non è sacrificio, penitenza, perfezione. O, almeno, non solo questo. Santità è relazione. Il frattempo si spedisca nel Tutto e dal Tutto si sente attratta e annichilita. La goccia cerca il torrente senza il quale sente di evaporare. La santità è gioco. Giocare con Dio. Tentare di capire, di arrivare al fulcro, al centro, al cuore di questo Mistero che affascina e spaventa. Dio è amore. Il santo ama. Chi? Tutti. Anche gli antipatici? Anche quelli. Ma gli altri sono cattivi. Vanno aiutati a esserlo di meno. Lui, il tuo Dio, il tuo Dio. E ti chiede di fare altrettanto. Ce la sussurrano la verità in questa giornata dedicata a loro, ai santi? Giudicare è più facile che amare. Ti mette sul piedistallo e ti fa guardare dall'alto coloro che Dio ha voluto guardare negli occhi. Selezionare, incasellare, etichettare, litigare, condannare: tutto questo ci mette al riparo dalla fatica di dover amare. Attenzione ai paraventi. Chi ama ha vinto la paura - ogni paura - perché si fida. Il coraggio dei santi affonda qui le sue radici. Si fida. E ritorna bambino. Capace di meraviglia e di stupore, bisognoso di dialogo e carezze. Si guarda attorno e «vede», finalmente «vede».

continua a pagina 14

**IL FATTO** Il presidente Trump rassicura: il cessate il fuoco regge. Il nodo delle zone cuscinetto nella Striscia

## Tregua di sangue

A Gaza tacciono le armi dopo gli attacchi di ieri notte. Hamas: 104 vittime, 46 bambini  
Il Papa preoccupato per il ritorno dell'antisemitismo: «La Chiesa non può tollerarlo»

### L'ANALISI

Il male antico e nefasto  
La reazione necessaria

Dunque in Europa, e nella nostra Italia, si sta a farsi vedere (e sentire) il male antico e nefasto dell'antisemitismo, l'odio verso gli ebrei. Le atrocità perpetrate in Medio Oriente sembrano aver pericolosamente ravvivato una fiamma...

Daniilo Paolini  
a pagina 2

Almeno 104 palestinesi, dei quali 46 bambini e 20 donne, sono stati uccisi nella notte fra martedì e mercoledì dai bombardamenti che il governo Netanyahu ha ordinato su Gaza in risposta alla violazione del cessate il fuoco da parte di Hamas. Nonostante questo, ieri mattina il presidente Trump ha assicurato che «niente metterà a rischio il cessate il fuoco». All'udienza generale papa Leone XIV ha affermato che nessuna scelta politica, anche la meno condivisibile, può alimentare o giustificare ostilità e attacchi verso il mondo ebraico.

Foschi, Gambassi e Scave alle pagine 2-3



### CARCERE

Il Dap accentra le autorizzazioni  
Stop alle attività rieducative?

D'ora in poi per svolgere all'interno del carcere attività destinate ai detenuti, le associazioni, le cooperative, gli enti locali e i gruppi di volontariato dovranno presentare la domanda alla direzione del Dap di Roma e non più al direttore del singolo istituto penale. In allarme i diretti interessati: «A rischio le attività educative».

Fulvi, Marino e Muccioli a pagina 4

**FERROVIE** Per 5mila diciottenni italiani biglietti gratis

## Torna l'Interrail per un'Europa unita

Torna il sogno dell'Interrail per i diciottenni per rafforzare l'idea di un continente unito. Da oggi al via, infatti, la possibilità per i nati del 2007 di candidarsi a ottenere un pass ferroviario gratuito. A 40 anni da Schengen, l'Ue torna a investire sulla costruzione dal basso di un'identità comune. Le domande si possono presentare da mezzogiorno di oggi e c'è tempo per candidarsi sulla pagina di Discover EU fino al 13 novembre. I posti, però, sono limitati e suddivisi per i Paesi europei in base alla popolazione: per l'Italia sono a disposizione poco meno di 5mila pass, 35mila quelli totali.

Alfieri, Gori e Saccomandi a pagina 8

**STRETTO DI SICILIA** La magistratura contabile non concede il visto di legittimità

## La Corte "smonta" il Ponte Meloni: invasione dei giudici

MARCO IASEVOLI

Il Ponte sullo Stretto è seriamente a rischio. Ieri sera la Corte dei Conti ha detto «no» al visto di legittimità e alla registrazione della delibera Cipess numero 41 del 2025, che finanzia l'opera con i versamenti del Fondo sviluppo e coesione. Le motivazioni le si apprenderà tra trenta giorni. Tecnicamente il Governo potrebbe anche andare avanti nell'iter inerente l'opera, ma servirebbe una delibera del Consiglio dei ministri che attesti un «superiore interesse pubblico».

Per l'esecutivo la decisione è solo un pezzo della guerra mossa dai giudici contro la riforma della giustizia, che sarà approvata oggi. Salvini parla di «scelta politica». Meloni avvisa: motivazioni dei giudici «capziose», le riforme sono «la risposta più adeguata a una intollerabile invadenza». La leader del Pd Schiavina si indigna: «Meloni conferma che il vero obiettivo delle riforme è avere le mani libere e i materiali di sopra delle leggi». M5s e Avs: «Per il Ponte è game over».

Servizio a pagina 8

INTERVISTA  
AD AVVENIRE

Calenda: poco a tanti, così  
il taglio Irpef non è efficace

Marcelli a pagina 8

### FIRMATO IL CONTRATTO

Per colf e badanti  
più diritti e 100 euro  
Salemi a pagina 13



### POPOTUS

Grokkipedia  
contro Wikipedia  
Dodici pagine tabloid

## Questioni di famiglia

Una famiglia il signor Kenobi l'aveva di sicuro, ma non se ne comprendevano le ramificazioni. Sapevo di un cugino che aveva lavorato a Milano negli anni Ottanta, avevo indicazioni sull'origine del cognome, non avevo idea di dove vivessero i suoi genitori, né se fossero ancora vivi. Di loro non parlavo mai, non riuscivo a comprendere se per una forma estrema di pudore oppure per via di un risentimento crudele, che continuava ad alimentarsi indipendentemente dalle ragioni che lo avevano generato. Non facevo domande. Mi avrebbe detto lui, quando sarebbe stato il momento. Un giorno, apprendo una

Kenobi  
Alessandro Zaccari

sua e-mail, scoprii che aveva una sorella, Natsumi. Minore di lui di un paio di anni, sposata, madre di due ragazzi che, al momento della rivelazione, dovevano frequentare le scuole superiori. Il signor Kenobi annunciava di essere ospite di Natsumi, ma non si preoccupava di specificare in quale parte del mondo venisse onorato il gradito dovere dell'ospitalità. Mi sentivo autorizzato a immaginare quello che preferivo: una casa sul ruscello, un grattacielo di Tokyo, il retrobottega di un ristorante a Brooklyn. Per la sorella il signor Kenobi aveva parole di elogio indiscriminato, connoventivo. La meravigliosa parzialità degli affetti aveva intaccato anche le difese di quell'uomo inespugnabile.

© FOTOGRAFIA NORDICA

### Agorà

#### IDENTITÀ

Lo scrittore Bonnefoy: «Ogni cuore ha la sua censura»

Pizzagalli a pagina 18

#### LETTERATURA

Savinio e Leopardi a tavola col fantasma e non solo

Lagazzi a pagina 19

#### SPORT

Orazio Arancio: «Il mio rugby riparte dai bambini»

Monetti a pagina 21





# Un “manifesto” per il rilancio del Ssn

**D**al rafforzamento della medicina di prossimità al superamento dell'eccesso di burocrazia, dalla valorizzazione del ruolo del Terzo settore tramite co-programmazione e co-progettazione, fino all'introduzione di meccanismi di finanziamento più equi e responsabilizzanti. Sono alcuni dei temi trattati nel libro dal titolo “Pensare la sanità. Terapie per una sanità malata”, a firma dei professori Luca Antonini (vicepresidente della Corte Costituzionale) e Stefano Zamagni (docente di Economia civile all'Università di Bologna). Il libro, pubblicato da Marcianum Press, si configura come una sorta di “manifesto” per il rilancio del Servizio sanitario nazionale, inteso non come mero centro di costo, ma come infrastruttura essenziale di coesione sociale e garanzia democratica. In un contesto di risorse limitate, gli autori ribadiscono infatti che “non è sufficiente incrementare i finanziamenti, ma è necessario ripensare profondamente il modello di sanità pubblica, riconoscendone il valore strategico per il futuro del

Paese. L'universalità dell'assistenza sanitaria è un pilastro irrinunciabile della nostra democrazia. È un diritto sancito dalla Costituzione, che impone l'impegno costante a garantire equità, accessibilità e qualità delle cure per tutti i cittadini, indipendentemente da dove risiedono e dalla condizione economica di ognuno di loro. Per difendere questo principio sono fondamentali tre elementi: investimenti, riorganizzazione e innovazione”. “Pensare la sanità” propone dunque una approfondita riflessione sull'evoluzione del Sistema sanitario nazionale, denunciandone la progressiva crisi e richiamando l'urgenza di un rinnovato “pensiero forte” in grado di guidarne il rilancio. Gli autori ripercorrono le radici culturali e costituzionali del diritto alla salute, con particolare riferimento al dibattito in Assemblea Costituente che ha portato alla formulazione dell'art. 32 della Costituzione, unico a qualificare un diritto come “fondamentale”. A questo spirito si ispirò la creazione del Sistema sanitario nazionale nel 1978 (grazie a Tina Anselmi, prima donna

Ministro della storia repubblicana) frutto di una “visione politica coesa e lungimirante”, capace di assicurare prestazioni sanitarie di alta qualità con costi contenuti, come riconosciuto a livello internazionale. Il Sistema sanitario nazionale italiano è ancora oggi considerato un modello d'eccellenza in tutto il mondo. Il pilastro della tutela del diritto alla salute, l'unico ad essere espressamente riconosciuto come fondamentale dalla Costituzione. Garantendo l'universalità e l'equità delle cure, nel corso dei decenni ha contribuito in modo significativo a migliorare le condizioni di vita degli italiani. Negli ultimi quindici anni, tuttavia, si è assistito a un “progressivo smantellamento silenzioso” del sistema, aggravato da tagli lineari al finanziamento (avvenuti in particolare nello scorso decennio), carenza di programmazione e crescente disarticolazione tra il livello statale (che finanzia) e quello regionale (che gestisce). A questo si sommano problematiche strutturali come la carenza di personale sanitario, l'inadeguatezza delle retribuzioni, la crisi della formazione accademica e l'insufficiente valorizzazione della medicina territo-

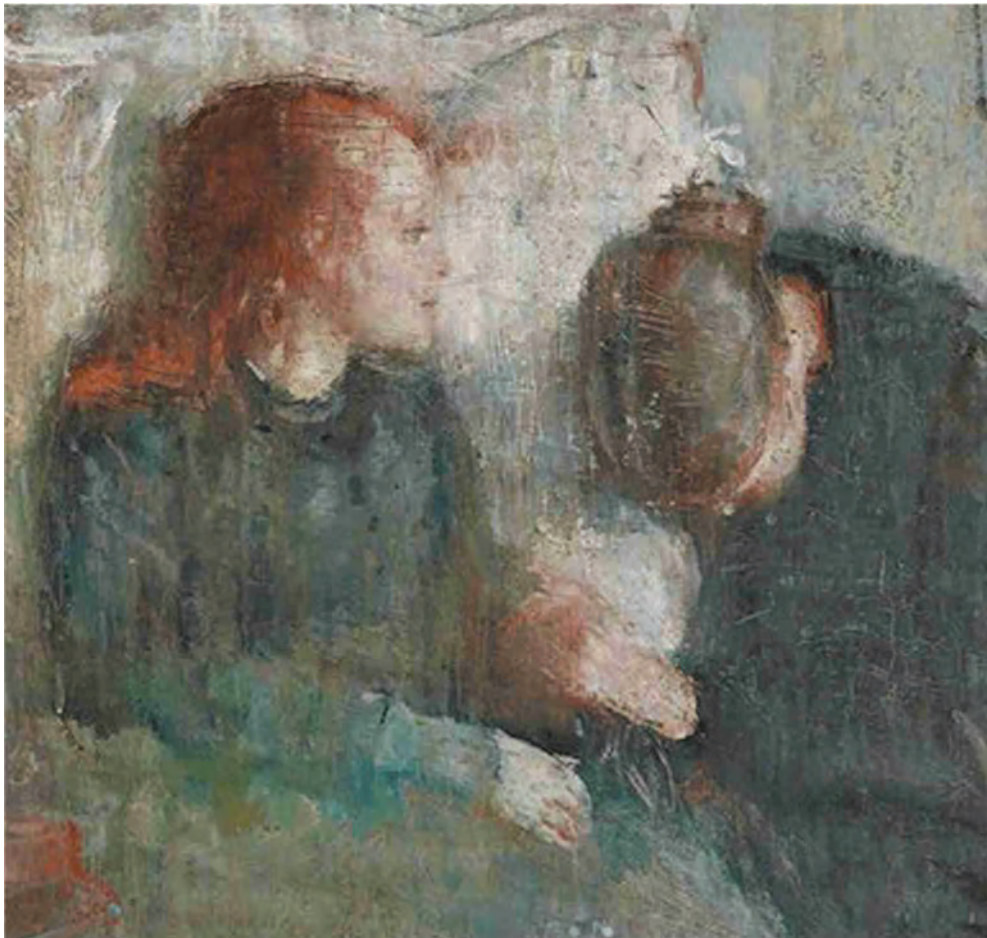


riale. “Il diritto alla salute, tra i più importanti ma anche tra i più fragili - sottolineano ancora gli autori nel libro - risente dell'onda lunga di questi fenomeni, che determinano la crescente incidenza della spesa privata 'out of pocket', con conseguenze gravi in termini di equità e accessibilità delle cure”. Il volume analizza infine l'evoluzione della giurisprudenza costituzionale in materia sanitaria, con particolare attenzione alla nozione di “spesa costituzionalmente necessaria”, che ha segnato un'importante inversione di tendenza nel contrasto al de finanziamento del Sistema sanitario nazionale. In questa prospettiva, il libro indica quindi una serie di “terapie” prioritarie, che non richiederebbero tempi biblici per essere realizzate e che, se condivise, potreb-

bero salvare la sanità italiana dal rischio di rimanere vittima di una tempesta perfetta. Un capitolo è dedicato al Pnrr che stanziava per la salute 15,6 miliardi (l'8% di risorse previste complessivamente dal Piano). Una grande occasione che rischia di trasformarsi in un boomerang se questi soldi saranno utilizzati male, magari per realizzare senza adeguato personale sanitario strutture che rischiano di diventare nuove cattedrali nel deserto. Il volume invita in sostanza ad un esercizio necessario: fermarci a riflettere, prima che si scateni la tempesta perfetta, sulla nostra sanità con una visione ampia, non solo tecnica ma anche culturale ed etica. È proprio in questa direzione che si muove una delle tesi centrali che emerge da queste pagine: la necessità di tornare a una chiave umanistica

della sanità, che riporti al centro del sistema non solo l'efficienza e l'appropriatezza clinica, ma anche quella necessaria dimensione umana in cui vivono tra l'altro la relazione tra medico e paziente, l'ascolto e la fiducia, per garantire dignità e rispetto al paziente e a chi soffre.

di  
**MARIA  
LUCIA  
SARACENI**





# AUTONOMIA, CON I LEPSI GIOCA SULLA SALUTE DI TUTTI GLI ITALIANI

di **ETTORE JORIO**

Che strano Paese è il nostro. Tutti si riempiono la bocca di Lea, tanto da garantire (a parole) l'uniformità reale su tutto il territorio nazionale. Si condiziona (lo hanno fatto in ordine di tempo Boccia, Gelmini e Calderoli) il regionalismo asimmetrico alla individuazione dei Lep e al loro finanziamento mediante costi e fabbisogni standard, senza però fare nulla in proposito. Adirittura mettendo nell'angolo del nulla la costituzione e l'avvio della solidarietà tra Regioni attraverso il Fondo perequativo, senza che l'opposizione urli al riguardo.

Per i Lea è andata peggio, la Commissione Cassese per i Lep ha ritenuto attuali quelli individuati con il Dpcm 12

gennaio 2017, come se il Covid fosse stato solo un brutto sogno. Ciò con il bene placito della minoranza di governo, la stessa che disegnò un mondo con i Lep per tutti.

Oggi è il turno della legge di bilancio per il 2026 che, al riguardo, lascia inorridito l'attento lettore. Ha ragione Antonio Decaro che, candidato alla Regione Puglia con alle spalle la presidenza dell'ANCI, si inorridisce delle scelte del Governo, di lasciare il popolo senza le prestazioni e i servizi essenziali. Sarà di certo l'unico a dirlo nella campagna elettorale che sfocerà nelle urne il 23 e 24 novembre, come nessuno lo ha detto per quelle celebrate nelle Marche, in Calabria e in Toscana.

In buona sostanza la bozza bollinata dal MEF «racconta» (art. 123-128), confermando la ratio Cassese (art. 124), le solite cose aeree già ripetute negli anni ma mai realizzate.

Sogna di incrementare la sinergia tra il sistema sanitario e quello sociale ma senza avere messo a terra la case di comunità, ovunque solo teorizzate. Promette di privilegiare l'assistenza e la comunicazione agli alunni e studenti con disabilità, aggiungendo in proposito di individuare (prima o poi) i Lep afferenti all'istruzione. Tutta questa sorprendente (sic!) iniziativa senza però mettere nel piatto alcunché di finanziamento.

E pensare che nel frattempo la Conferenza Stato-Regioni,

nella sua generosità anche essa piena di teorie, scrive i nuovi LEA. Lo fa riempiendo il loro manuale applicativo di roba che costa: screening neonatale per la SMA e i tumori BRCA-correlati, nuovi test genetici e diagnostici, terapie innovative e ampliamento delle patologie esenti. Il tutto con un impatto stimato - con poca roba in termini della cautela necessaria a trasformare il dire con il fare - in 149,5 milioni di euro (si veda qui 23 ottobre). Ciò a fornire la prova che il desiderio non è mai soddisfatto nella sua realizzazione.

Insomma, si gioca con ciò che si desidera per la salute degli italiani e ci si presenta ingannevolmente senza i quattrini che occorrono per realizzarlo. Farlo con la legge di bilancio, si fa peccato solo a pensarlo!



**Ettore Jorio**





## *Professioni sanitarie, tecnologie dentro gli obblighi formativi*

Le nuove tecnologie digitali e la collaborazione interprofessionale tra le materie obbligatorie nella formazione di infermieri, dentisti e farmacisti. Questo grazie ai due decreti legislativi approvati in Consiglio dei ministri lo scorso 28 ottobre. I testi, infatti, attuano la direttiva Ue 2024/782 per quanto riguarda i requisiti minimi di formazione per le professioni di infermiere responsabile dell'assistenza generale, dentista e farmacista.

Il primo decreto introduce «elementi innovativi nei percorsi di studio con l'obiettivo di assicurare che i professionisti sanitari italiani mantengano standard formativi all'avanguardia in Europa, in linea con l'evoluzione scientifica e tecnologica», come si legge nella nota diffusa a margine

del Cdm. L'aggiornamento della formazione per gli infermieri dell'assistenza generale «riflette le esigenze emergenti, includendo elementi essenziali sull'uso e l'applicazione sicura delle nuove tecnologie nella pratica clinica», fanno sapere ancora dal Cdm. Nello specifico, per i farmacisti le novità includono un'adeguata conoscenza della farmacia clinica e dell'assistenza farmaceutica, della sanità pubblica e delle sue ripercussioni sulla promozione della salute, nonché competenze in materia di collaborazione interdisciplinare e tecnologia digitale. Per dentisti e odontoiatri, invece, vengono integrate nuove aree di studio e competenze professionali, quali l'implantologia orale, la gerodontologia, la tecnologia digitale in odontoiatria e l'assi-

stenza collaborativa interprofessionale.

La direttiva (Ue) 2024/782 è intervenuta modificando un'altra direttiva (2005/36/CE), aggiornando le norme relative alla formazione dei professionisti sanitari. Per quanto riguarda gli infermieri, il testo sancisce che la formazione dovrà garantire, tra le altre cose, un'adeguata esperienza clinica; «tale esperienza, che dovrebbe essere scelta per il suo valore formativo, dovrebbe essere acquisita sotto il controllo di personale infermieristico qualificato e in luoghi in cui il numero del personale qualificato e l'attrezzatura siano adeguati all'assistenza infermieristica dei pazienti», si legge nella direttiva.

-----© Riproduzione riservata-----■





# Fatta la legge, bisogna applicarla

Per primi al mondo ne abbiamo una sulla obesità. Segno di civiltà. Sulla carta, però. Se non entra nei Lea e se il Paese non la capisce

di DANIELA MINERVA



Parlamento ha approvato una legge sull'obesità, che riconosce come malattia progressiva e invalidante. Ma non serve a molto se non si dice e si finanzia quello che il Ssn deve fare per prevenirla, diagnosticarla e curarla. Ovvero se non entra nei Livelli essenziali di assistenza che le Regioni devono garantire, e se non si organizzano i cosiddetti protocolli dia-

gnostico-terapeutici da mettere in mano a medici e Asl per assistere adeguatamente chi ne soffre. Il fatto che ha cambiato le carte in tavola è l'arrivo di farmaci efficaci contro l'obesità. Prima del loro avvento ai pazienti veniva proposto un mix di dieta, esercizio fisico, terapie di supporto, e, a volte, chirurgia bariatrica; ma la faccenda era davvero difficile e ben pochi ne uscivano. Oggi, con i farmaci, c'è una marcia in più. Che, però non serve a niente senza tutto il resto. Insomma, avere una legge non serve a niente se non ci sono i soldi e le strutture per curare gli italiani. Il ministro Schillaci dice che altre cose prima di questa devono entrare nei Lea. Eppure, l'obesità, col suo carico di patologie correlate (da quelle cardiocircolatorie ai tumori) a noi sembra una priorità. Perché è chiaro a che di obesità non curata si muore, e/o, se va bene, si diventa disabili.

In attesa che fatta la legge, il Governo non trovi come aggirarla, resta un altro problema non da poco. Cosa vuol dire? Gli obesiologi hanno definito i criteri in termini di peso, massa grassa, ecc, ecc. Ma bisogna

urgentemente definire i criteri sociali (non solo medici): chi si sente grasso? Chi si sente, di conseguenza, deforme? Chi deve curarsi? La questione è drammatica. E rischia di far saltare tutto. Basti guardare a cosa sta succedendo col diffondersi dei farmaci antiobesità dispensati e usati da chi obeso non è e neanche grasso. Sono il nuovo gadget alla moda, come la borraccetta dell'acqua. Così cool, così healthy... Ma sono farmaci. Roba seria. Con seri effetti

collaterali. Ci sono medici che li prescrivono a chi deve perdere pochi chili e magari senza verificare le condizioni cliniche prima e durante la terapia. Contro questa deriva, servono regole rigidissime. Ma serve soprattutto una rivoluzione culturale. Perché se i farmaci hanno cambiato la scena e la medicina, ora noi dobbiamo cambiare la percezione che del dimagrire ha l'opinione pubblica.





## ***Nel Piano cronicità c'è il digitale per monitorare di continuo il peso***

*Promuovere un modello di gestione della cronicità basato sulla rete, valorizzando il ruolo specialistico e dell'assistenza primaria; migliorare l'efficacia ed efficienza dei servizi sanitari, in termini di prevenzione e assistenza, garantendo equità di accesso e riducendo le disuguaglianze; perfezionare la tutela assistenziale delle persone con malattie croniche; rendere omogenei i percorsi diagnostico-terapeutici a livello nazionale delle malattie croniche e diminuire l'impatto della malattia sulla persona e sul contesto sociale. Sono questi gli obiettivi principali del nuovo Piano Nazionale delle Cronicità approvato il 24 ottobre dalla Conferenza Stato Regioni. Nello specifico il documento aggiorna il Piano del 2016 e si pone come scopo ultimo quello di delineare una strategia comune finalizzata a garantire*

*uniformità nell'erogazione dei servizi di assistenza ai pazienti cronici su tutto il territorio nazionale. A tal fine il Ministero della salute ha indicato: le Case della Salute come strutture territoriali in grado di fornire assistenza multidisciplinare e continuativa, migliorando la qualità delle cure e riducendo i ricoveri ospedalieri non necessari; le farmacie territoriali come presidio fondamentale nella gestione delle cronicità attraverso l'erogazione di servizi di monitoraggio, consulenza e prevenzione. Inoltre, tra le novità più rilevanti, il riconoscimento di tre nuove patologie croniche: obesità, epilessia ed endometriosi. Per quanto riguarda la prima, il Piano Nazionale Cronicità prevede strumenti digitali per il monitoraggio continuo del peso corporeo, applicazioni informative*

*utili per studenti e famiglie e l'implementazione di programmi scolastici di educazione alimentare. Per l'epilessia il documento ha predisposto campagne di sensibilizzazione rivolte a scuole e luoghi di lavoro, finalizzate a informare studenti, insegnanti e lavoratori sulle modalità di intervento durante una crisi epilettica. Infine, per quanto riguarda l'endometriosi, si prevede l'istituzione di centri di riferimento regionali dedicati alla diagnosi e al trattamento della patologia oltre che a campagne informative nazionali, veicolate attraverso media tradizionali e digitali.*

**Pasquale Quaranta**





## La fibromialgia ora non è più "invisibile"

DANILO POGGIO

La malattia che causa dolori diffusi e persistenti diventando anche invalidante esce dal cono d'ombra in cui chi ne soffre (si parla di

3 milioni di persone) è stato sempre relegato. Quello che era persino considerato un disturbo psichico entra infatti finalmente nei Livelli essenziali di assistenza.

A pagina 15

SALUTE

Voce e avvocatessa di malati che si sono sentiti incompresi è stata per molto tempo la Chiesa, con la diocesi di Roma che ha attivato nella Pastorale della Salute un'area dedicata a pazienti considerati affetti da disturbi psichici

# La fibromialgia non è più "invisibile"

DANILO POGGIO

**D**opo anni di battaglie e attese, la fibromialgia entra finalmente nei Livelli essenziali di assistenza (Lea), l'insieme di cure, prestazioni e servizi che lo Stato garantisce a tutti i cittadini, gratuitamente o con il pagamento di un ticket. Il via libera è arrivato dalla Conferenza Stato-Regioni, che ha approvato l'aggiornamento del nuovo elenco: accanto allo screening per i tumori ereditari, ai nuovi test neonatali per otto ulteriori malattie, alle prestazioni per i disturbi dell'alimentazione e all'ampliamento delle patologie croniche esenti dal ticket, anche la "malattia invisibile" ottiene un primo riconoscimento, anche se solo per i casi più gravi.

In Italia si stima che la fibromialgia - o sindrome fibromialgica - riguardi circa tre milioni di persone, con una forte prevalenza tra le donne (il rapporto con gli uomini è di circa 7 a 1). È una condizione dolorosa e debilitante, tuttora poco conosciuta e a lungo fraintesa: per anni è stata considerata in modo erroneo come un disturbo di origine psicologica o psichiatrica, una sorta di autosuggestione. La fibromialgia, invece, è una patologia reumatica non infiammatoria, caratterizzata da dolori diffusi, spesso accompagnati da altri disturbi come stanchezza persistente, difficoltà di concentrazione, problemi di memoria e insonnia. Il dolore è in genere costante, sordo, di tipo muscolo-ten-

dineo, coinvolge più zone del corpo in modo simmetrico e sconvolge la vita. «Il riconoscimento dell'esenzione dalla compartecipazione al costo delle prestazioni correlate alla sindrome fibromialgica nelle forme più severe, inserito per la prima volta nell'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza - commenta il sottosegretario alla Salute, Marcello Gemmato - rappresenta un passo avanti importante per le donne e gli uomini che convivono con questa condizione cronica e invalidante. Con l'approvazione della scorsa settimana in Conferenza Stato-Regioni dei due decreti che introducono i nuovi Lea si sblocca finalmente un iter fermo da otto anni, che ora auspico possa proseguire rapidamente con il passaggio alle Commissioni parlamentari. Si tratta di due diversi decreti di cui un Dpcm che prevede risorse aggiuntive e che pertanto segue un percorso legislativo definito, ma sono fiducioso che vedrà la luce nei tempi previsti». Negli ultimi anni sono state presentate numerose proposte di legge bipartisan per riconoscere la fibromialgia come malattia cronica e invalidante, costruire una rete di centri di riferimento, garantire trattamenti omogenei sul territorio e promuovere la sensibilizzazione dell'opinione pubblica. «Ho seguito personalmente la discussione di questi provvedimenti - prosegue il sottosegretario - e mi sono confrontato con le asso-

ciazioni dei pazienti, ascoltando le loro esperienze e le necessità di presa in carico e cura. La forza delle evidenze scientifiche, insieme alla voce dei pazienti, è la chiave per costruire un'offerta di salute più equa e omogenea per tutti i cittadini, nel rispetto dei criteri di appropriatezza clinica e monitoraggio dell'impatto assistenziale». L'inserimento nei nuovi Lea della fibromialgia resta per ora riservata ai casi più severi, con un punteggio Fiqr (*Fibromyalgia Impact Questionnaire Revised*) superiore a 82: permetterà l'accesso alla visita reumatologica, a dieci sedute annue di riabilitazione motoria e a una visita psichiatrica, perché spesso si associano forme di depressione, dovute alla convivenza con il dolore per lungo tempo.

Un percorso verso il riconoscimento da parte dello Stato che è stato intrapreso anni fa. «Oggi - osserva Edith Aldama, referente Cronicità per la Pastorale degli anziani della diocesi di Roma - parliamo di un risultato impor-





tantissimo, anche frutto della vicinanza costante e determinata della Chiesa. Quando papa Francesco in piazza San Pietro salutò i malati le sue parole rimbalzarono in tutto il mondo richiamando l'attenzione anche delle istituzioni su una malattia spesso trascurata». Nessun malato vuole essere a carico ma desidera essere inserito nella società. I pazienti sono spesso in età lavorativa e perdono il proprio impiego perché, senza le cure necessarie la patologia si cronicizza. Secondo le statistiche, si arriva alla diagnosi dopo una media di otto anni e le forme gravi, spesso non diagnosticate in tempo, rendono difficile raggiungere una stabilizzazione. Col tempo, anche la famiglia ha difficoltà crescenti a gestire la situazione, a cui si aggiunge il peso sociale ed economico, visto che

spesso è necessario ricorrere privatamente alle spese sanitarie». L'attività della Pastorale della Salute di Roma in questo ambito, avviata nel 2020, è arrivata a fondare un Centro di ascolto condotto dagli stessi pazienti e a offrire un numero telefonico dedicato e un profilo Facebook assai attivo («Area malattie reumatiche Upsr. Fibromialgia insieme si può»). Nel corso degli anni migliaia di persone hanno ricevuto sostegno e accoglienza, creando una rete molto stretta anche con i medici. Don Carlo Abbate, oggi incaricato dell'Ufficio per la Pastorale Familiare-sezione Anziani, della diocesi di Roma e incaricato regionale della Pastorale della Salute, ribadisce l'importanza del lavoro comune: «Come incaricato della Pastorale familiare, ma anche come testimone storico

dell'Ufficio per la Pastorale Sanitaria della diocesi di Roma, ricordo l'inizio di questo cammino con monsignor Paolo Ricciardi, che ebbe l'intuizione di accendere un focus sui malati che all'epoca erano "invisibili". Il percorso, anche con il sostegno di don Dario Gervasi, ha portato risultati importanti, come l'inserimento della patologia nei Pdpa (Percorsi diagnostico terapeutici assistenziali) a livello regionale. Quando una persona si ammala tutta la famiglia entra nel vortice del dolore e anzi, come ha ben espresso il professor Attilio Romanini, diventa l'unità sofferente. Se non si stabilisce un percorso di presa in carico dell'intero nucleo familiare, il rischio dell'isolamento diventa purtroppo una realtà concreta».

*L'inserimento nei Livelli essenziali di assistenza di una malattia a lungo fraintesa che piaga i pazienti con dolori diffusi è una svolta attesa da 3 milioni di persone*



L'immagine emblematica usata in una campagna per sensibilizzare sulla fibromialgia





**A BOLOGNA SEMINARIO SUL FINE VITA ALLA FONDAZIONE LERCARO**

# Il diritto alle cure palliative? Su tutto il tempo della malattia

CHIARA UNGUENDOLI

**N**on lasciare mai nessuno solo e senza assistenza di fronte al dolore, sia fisico che psicologico, e alla morte: è questo l'elemento più importante per migliorare la qualità di vita dei malati e prevenire il suicidio assistito. Ed è la riflessione principale emersa dal seminario di studio «Il "fine vita" tra terapia del dolore e suicidio assistito» alla Fondazione Lerario di Bologna sabato 25 per iniziativa di Fondazione Ipsser, Istituto culturale Veritatis Splendor e associazione Insieme per Cristina. Il seminario, moderato dal giornalista di Avvenire Francesco Ognibene, ha affrontato i diversi aspetti del fine vita: giuridico, etico, medico e psicologico, riguardo soprattutto alle cure palliative. Su queste ultime, Danila Valenti, direttrice dell'Unità operativa Rete delle Cure palliative dell'Ausl Bologna, e Maria Caterina Pallotti, oncologa palliativista, hanno sottolineato che le cure palliative non riguardano solo il fine vita né solo la terapia del dolore ma intendono "coprire" gli aspetti fisici, psicologici, sociali e spirituali della malattia. Coinvolgendo quindi anche i cappellani ospedalieri, delle case di cura e degli hospice, per «dare senso» alla malattia. Pallotti ha anche spiegato che tali cure coinvolgono necessariamente la famiglia, e che non sono importanti solo in oncologia ma anche in diverse altre specialità mediche, come geriatria, pediatria, neurologia, pneumologia. Dal punto

di vista giuridico, Giovanna Razzano, docente di Diritto costituzionale e pubblico alla Sapienza di Roma, e Paolo Cavana, docente di Diritto canonico ed ecclesiastico all'Università Lumsa sempre di Roma, hanno chiarito che l'accesso al suicidio assistito non è un diritto, non esiste cioè un "diritto alla morte": la Costituzione garantisce invece il diritto alla vita, definito inviolabile. La Corte Costituzionale in diverse pronunce ha però aperto un «varco» al suicidio assistito, affermando che in certi casi e a specifiche condizioni questo atto non è punibile. Soprattutto, la Consulta ha incalzato il legislatore chiedendo che venga emanata una legge, di cui però non tutti vedono l'utilità, anche perché le leggi creano cultura e c'è il serio rischio di "normalizzare" il suicidio assistito. «Di fine vita aveva già parlato la legge 219 del 2017 - ha spiegato Cavana -, in cui si afferma che il paziente è libero di rifiutare un trattamento sanitario, anche salvavita, ma non sono permessi trattamenti contrari alla legge, come l'istigazione e l'aiuto al suicidio. C'era già quindi una precisa indicazione, che poteva essere sufficiente: no all'accanimento terapeutico, come la Chiesa ha sempre affermato, sì all'accompagnamento al fine vita, attraverso la terapia del dolore, le cure palliative, a cui il paziente ha diritto, e anche la sedazione palliativa profonda, se c'è il consenso».

L'iniziativa di Fondazione Ipsser, Veritatis Splendor e Associazione Insieme per Cristina con medici e giuristi sulle sentenze, le scelte di fine vita e l'accesso alle terapie





# Europa, torna grembo di vita

*A Bruxelles l'evento della Federazione "One of Us" per proporre agli europarlamentari un patto per la maternità. Dal Movimento per la Vita italiano l'esperienza di mezzo secolo dalla parte della vera libertà di scelta delle donne*

SOEMIA SIBILLO

**V**arcare le porte del Parlamento Europeo quel martedì 15 ottobre non è stato solo entrare in un luogo istituzionale. È stato attraversare una soglia invisibile, quella di un'Europa che si interroga su sé stessa, sul senso profondo della libertà, sul valore della maternità e della vita nascente. L'incontro europeo promosso dalla Federazione One of Us, dal titolo *"Real Choice Means Real Support"* (Vera scelta significa vero supporto), aveva un obiettivo semplice e rivoluzionario: la libertà di una donna non può esistere nel vuoto della solitudine. Salapiana. Lingue e volti diversi, ma un silenzio comune di ascolto e rispetto. Accanto a me, alcune donne arrivate da tutta Europa hanno raccontato le loro storie. Ho ascoltato una giovane portoghese, Mafalda, madre single di quattro figli, la cui storia ha commosso i presenti. «Quando ho preso l'appuntamento per abortire nessuno mi ha chiesto come mi sentissi. Non era libertà, era abbandono». Poco dopo Charlene, francese. Con voce rotta ha confessato: «Ho interrotto la gravidanza

perché nessuno mi ha chiesto come stavo. Avrei voluto solo che qualcuno restasse accanto a me». Nessuno le aveva ascoltate. Quelle parole hanno attraversato i cuori come lame, tagliando il silenzio con la forza della verità. Dalla Slovenia Klara e dai Paesi Bassi Nirvana hanno portato messaggi di guarigione e speranza. Quando è arrivato il mio turno mi sono alzata con la consapevolezza di portare non solo la mia esperienza come direttrice del Cav Mangiagalli e vicepresidente del Movimento per la Vita italiano, ma anche voce di tanti operatori e volontari dei Centri di Aiuto alla Vita che ogni giorno scelgono di restare accanto a madri e coppie in difficoltà. Ho raccontato la concretezza di un impegno quotidiano che da cinquant'anni attraversa il Paese. Ho ricordato che dal 1975 «più di 285.000 bambini (in Italia) sono nati grazie a un aiuto concreto, qualificato, immediato. Nessuna donna ha mai rimpianto di aver scelto la vita. Ogni donna è accompagnata, mai giudicata. Ogni storia è unica e merita rispetto». E ho rivolto un appello ai parlamentari europei: tutelare i diritti dei bambini fin dal concepimento. Ho ricordato che la vera libertà di scelta passa dalla presenza di alternative reali, dignitose, solidali. Perché promuovere la vita non è ideologia, non

è politica, è umanità, responsabilità sociale, dovere civile.

I parlamentari presenti – italiani, maltesi, francesi, spagnoli – hanno ascoltato in silenzio. Alcuni hanno preso appunti, altri annuivano. Alla fine è stato firmato un impegno per promuovere politiche europee di sostegno alla maternità, un gesto concreto che colma la distanza tra le parole e la vita. Non si parlava più di numeri ma di vite umane. Non di scelte astratte ma di bambini che oggi esistono perché qualcuno ha detto «Ti aiuto».

A Bruxelles ho visto un'Europa che può ancora emozionarsi. Ho visto donne che non chiedevano compassione ma rispetto. Ho sentito che dietro ogni decisione politica ci sono battiti, respiri, storie che meritano ascolto. Alla fine nessuno voleva andare via. Molti si sono fermati a parlare tra loro, a scambiarsi contatti, a prometterci collaborazione. C'era un senso di urgenza, ma anche di speranza. Non serve essere eroi per cambiare il mondo. A volte basta restare. Restare accanto. Offrire un ascolto, un aiuto, una possibilità concreta. È così che nasce una scelta vera. È così che nasce l'Europa che vorremmo, capace di custodire la vita, tutta la vita, senza condizioni. Un grembo collettivo che accoglie, protegge e dà futuro. Perché l'Europa

non nasce dalla forza delle armi ma dalla forza del cuore, dalla volontà di vivere insieme, dalla capacità di generare speranza. E non c'è immagine più potente di questa speranza che il grembo di una madre. Ogni mamma porta in sé la Vita e la Speranza. Nel silenzio del suo corpo cresce il futuro, batte un cuore nuovo che ancora non conosce confini né nazioni. È lì, nel gesto più semplice e universale, che ritroviamo il senso profondo del nostro essere Europa: un'unione che non smette mai di credere nella vita.

**Vicepresidente del Movimento per la Vita italiano**



Soemia Sibillo interviene all'evento di Bruxelles





## L'APPELLO ALLE ISTITUZIONI COMUNITARIE

# «Ora ascoltate le madri»

**O**ne of Us conta 50 associazioni e membri in 19 Paesi europei. La loro competenza è l'assistenza sociale alle vite umane fragili, con una notevole specializzazione nel "sostegno alla maternità". Insieme al nostro presidente, Tonio Borg, siamo profondamente onorati di essere stati invitati, nel cuore del Parlamento europeo, insieme a più di 300 persone provenienti da 16 Paesi europei tra i 18 e i 70 anni, che hanno trascorso due giorni a Bruxelles per tre obiettivi principali: far conoscere meglio un diritto fondamentale dell'Ue, capire perché e come questo diritto sia oggi minacciato, esortare le autorità politiche europee ad assumersi le loro responsabilità e tutte le conseguenze che ne derivano per rendere questo diritto forte, sicuro e garantito per tutte le donne e tutti gli uomini dell'Ue: il diritto al sostegno alla maternità. Non è solo una questione personale, ma riguarda tutta la società. Abbiamo avuto il privilegio di entrare in contatto diretto con la realtà, ascoltando sei donne che hanno vissuto un'esperienza particolare di maternità vulnerabile e che hanno accettato di condividere con noi le loro storie incredibilmente commoventi. Come donne, come cittadine dei loro sei Paesi, come cittadine europee, hanno accettato di dedicare questo tempo percorrendo centinaia di chilometri per condividere una pagina intima e seria della loro storia personale. Perché? Per permetterci di pensare a un futuro migliore per le donne in Europa, non basato su idee preconcepite ma sulla vita e l'esperienza umana reale, sulla realtà. Esortiamo oggi le istituzioni europee di tutti i partiti ad ascoltare queste donne coraggiose; a essere creative per rendere questo diritto al sostegno alla maternità non solo più conosciuto ma reale, non solo reale ma concreto, non solo concreto ma efficace, non solo efficace ma funzionante in tutta l'Ue.

**Ségolène Du Closel (One of Us)**





ROMA, 40 ANNI CON LA VITA

## Il Segretariato sociale di Roma parla al futuro

MARINA MONACCHI

**C**omple 40 anni il Segretariato sociale per la Vita di Roma (confederato al Movimento per la Vita italiano), il centro per la vita con più lunga esperienza nella Capitale, sorto intorno al sacerdote pallottino don Giuseppe Leonardi, dal movimento Missione Uomo, che iniziò l'impegno per la vita nel 1976-77 collaborando con il Movimento per la Vita. Dopo il Referendum (1981), con la mancata abrogazione della 194, il lavoro per la vita si intensificò e si diffuse. A Roma nacque il Segretariato sociale per la Vita con un'assistente sociale a tempo pieno: Patrizia Luppo. La prima volta ci incontrammo in via Ferrari, presso i Pallottini, nostra prima sede e tuttora sede sociale (la sede operativa è via Belgio 32 Villaggio Olimpico - Parroc-

chia San Valentino). Volevamo aiutare vita nascente e maternità, avere una banca dati con le risorse per le mamme, e offrire consulenze e formazione per nuovi Cav. Iniziò un'avventura che portammo a conoscenza del Vicariato di Roma, partecipando nel tempo a iniziative di pastorale familiare e della vita. Lavoro in rete con tante realtà: parrocchie (Giornata per la Vita), Caritas e Volontariato Vincenziano, medici ostetrici-ginecologi specie del Gemelli, operatori socio-sanitari, psicologi, legali, case di accoglienza, occorrente per neonati, Centro per la Regolazione naturale della Fertilità e Centro di Bioetica. Dal 1994 il Progetto Gemma aiutò a salvare i bambini dall'aborto, quando causato da difficoltà economiche. Dal 1985 abbiamo seguito 17.691 casi, 9.090 erano donne che erano spinte o volevano abortire. Di loro 4.103 hanno rinunciato, con altrettanti bambini salvati. Principio ispiratore: diritto alla vita dal concepimento/fecondazione. Valori: matrimonio, maternità, famiglia, rego-

lazione naturale della fertilità. Pertanto, rifiutiamo ogni attentato alla vita concepita: l'aborto, non solo chirurgico o farmacologico ma anche quello procurato dalla contraccezione abortiva o con qualsiasi altra modalità. A tutti grazie: bambini, mamme, volontari, benefattori. Particolare gratitudine all'8xmille della Chiesa Cattolica.





# Con il concorso dei giovani quarant'anni per costruire la casa della dignità umana

MARINA CASINI

**I**l prossimo anno ci sarà un altro importante evento da celebrare: i 40 anni del concorso europeo. Celebrazione, ma anche – e soprattutto – occasione per rilanciare questa iniziativa che da quattro decenni coinvolge con successo gli studenti delle scuole superiori e delle università. L'idea nacque a Firenze in seguito alla grande manifestazione (17 maggio 1986) a cui parteciparono Madre Teresa e Chiara Lubich "Firenze, Europa, Cultura: prima di tutto la Vita". Il filo che collega tutti i concorsi dal 1986-87 è la riflessione sui diritti umani e sul collegamento con l'ideale dell'Unione Europea. Per molti ragazzi il concorso ha rappresentato un incontro indimenticabile che ha aperto la loro mente e il loro cuore.

L'Equipe giovani del MpV già si prepara a festeggiare i quarant'anni dal prossimo concorso che non a caso ha come tema "Rifare l'Europa". Pensando che i giovani sono il futuro e la forza intellettuale di domani, si può comprendere la portata del concorso che deve continuare stimolando una partecipazione sempre maggiore. Il concorso serve anche ad approfondire alcune nozioni sulle istituzioni europee, tanto più che il premio finale consiste in una visita al Parlamento Europeo con l'incontro di alcuni europarlamentari. Ma il suo scopo primo è rafforzare nella mente e nel cuore dei giovani una visione ideale dell'Europa. Un popolo è definito dalla sua storia, dalla sua cultura, dai suoi ideali. Il valore della vita e della dignità della persona umana è

strettamente collegato con quelle radici cristiane dell'Europa che il Trattato di Lisbona non ha voluto richiamare, ma che hanno alimentato l'unità profonda del popolo europeo. Specie nel cuore dei giovani l'idea europea non è affascinante se si limita a riguardare mercato, concorrenza, arricchimento materiale. Ciò che riscalda il cuore e stimola all'impegno è il pensiero che l'Europa divenga una forza promotrice di pace, giustizia, libertà ed eguaglianza. Non è immaginabile una Europa davvero costruttrice di pace e promotrice dei diritti umani se non sa dare una risposta al senso del vivere umano. È dunque in gioco il concetto di dignità umana, oggi sottoposto a interpretazioni ambigue e riduttive, al punto da negare o diminuire il valore dell'uomo in alcune fasi dell'esistenza, aprendo così spazi di discriminazione. Ciò accade perché la dignità non è collegata all'essere ma all'apparire, al fare, al produrre, all'avere.

Rifare l'Europa, dunque. Ci vuole un grande slancio costruttivo. Ma da dove cominciare? Il traguardo entusiasmante deve porre come suo fondamento l'uguale dignità di ogni essere umano e perciò deve riconoscere che anche il più piccolo e povero – tale è il concepito – è "uno di noi". Ecco il punto di partenza! La partecipazione al concorso non esige, necessariamente, la condivisione dei principi del Movimento per la Vita, ma l'onesta riflessione su diritti umani e diritto alla vita, stimolo a un libero personale approfondimento e a un sereno confronto.

Per informazioni scrivere a: [concorsopias@mpv.org](mailto:concorsopias@mpv.org)

**Presidente Movimento per la Vita italiano**





# L'intelligenza artificiale al servizio del Dna può accelerare le cure

**Biologia molecolare.** Dall'editing genetico Crispr alle piattaforme di calcolo biologico, il 2025 segna la fusione tra scienza dei dati e biotecnologia: nasce la medicina predittiva. L'uomo resta al centro, ma il codice del futuro è scritto insieme a un algoritmo

Pagina a cura di

**Francesca Cerati**

Il 2025 sarà ricordato come l'anno in cui l'intelligenza artificiale (Ia) è entrata nei laboratori di genomica. Dopo la prima approvazione di una terapia di editing genetico, Exa-cel per la beta-talassemia e l'anemia falciforme, la ricerca si spinge oltre: ora l'obiettivo è rendere Crispr ancora più veloce, preciso e accessibile. La chiave è un nuovo alleato, l'Ia, capace di imparare da milioni di dati sperimentali e trasformare il "taglia-incolla" del Dna in un processo predittivo, meno soggetto a errore umano.

Il simbolo di questa svolta è Crispr-Gpt, sviluppato alla Stanford Medicine: un modello linguistico addestrato su oltre dieci anni di ricerche, conversazioni scientifiche e dati di laboratorio. Funziona come un copilota digitale: dialoga con lo scienziato, suggerisce strategie sperimentali, segnala rischi di errori "off-target", corregge i progetti e spiega ogni passaggio. In pratica, pensa come un biologo. Secondo il suo ideatore, Le Cong, professore associato di patologia e genetica, potrà ridurre da anni a pochi mesi i tempi per lo sviluppo di nuovi farmaci basati su Crispr. La speranza è duplice: accelerare la scoperta e democratizzare la biotecnologia. Finora progettare un esperimento Crispr richiedeva esperienza e tentativi infiniti; con l'Ia, anche giovani ricercatori possono disegnare esperimenti complessi e portarli a buon fine al primo tentativo. Nei test di Stanford, uno studente ha disattivato geni tumorali con successo grazie ai consigli del sistema. «Non era solo uno strumento

- racconta - sembrava un collega di laboratorio».

In parallelo, gruppi del Mit e della Harvard Medical School hanno creato un sistema proteico "intelligente" in grado di spegnere l'enzima Cas9 subito dopo l'intervento, evitando rotture indesiderate nel Dna. È un passo decisivo verso un controllo fine dell'editing genetico, una sorta di "freno d'emergenza molecolare" che riduce del 40% le mutazioni accidentali. In laboratorio, questo significa non solo più precisione, ma anche maggiore fiducia clinica: ogni intervento diventa riproducibile, verificabile e reversibile.

Ma la rivoluzione non è solo tecnica. L'uso dell'Ia nella biologia solleva nuove domande etiche e regolatorie: chi garantisce che un algoritmo non proponga esperimenti rischiosi? Come assicurare trasparenza nelle decisioni automatizzate? I ricercatori di Stanford hanno già previsto protocolli di sicurezza integrata, con sistemi che bloccano automaticamente ogni richiesta non etica, come la modifica di embrioni o virus patogeni. Tuttavia, il confine tra assistenza e autonomia resta sottile, e richiederà un dialogo costante tra scienziati, giuristi e bioeticisti.

Sul piano economico, il 2025 mostra anche le fragilità di un ecosistema in rapido cambiamento. I tagli ai finanziamenti pubblici e la cautela degli investitori riducono le risorse per le biotecnologie emergenti. Meno fondi significa meno sperimentazioni e più pressione per arrivare presto sul mercato. È qui che l'Ia può offrire un

vantaggio competitivo: riducendo tempi, costi e sprechi, può permettere di mantenere viva la pipeline della ricerca anche in tempi di crisi, sostenendo startup e laboratori accademici nel passaggio "dal dato al farmaco".

Ma c'è un elemento ulteriore, quasi culturale. La collaborazione tra mente umana e intelligenza artificiale rappresenta un nuovo paradigma scientifico. Non si tratta solo di velocizzare esperimenti: si riscrive il modo stesso in cui la conoscenza viene prodotta. L'Ia non sostituisce il ricercatore, ma ne amplia la capacità di vedere connessioni, di prevedere risultati, di immaginare alternative. È un'estensione cognitiva, un nuovo strumento di creatività biologica. E oggi Crispr e intelligenza artificiale viaggiano insieme verso un obiettivo comune: rendere la genetica una scienza predittiva e non più solo correttiva. Dai laboratori alle cliniche, dai geni difettosi alle terapie personalizzate, si apre una fase in cui il confine tra biologia e informatica si dissolve. È l'inizio della medicina aumentata, dove il linguaggio del Dna incontra quello dei dati.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## INNOVAZIONE DA NOBEL

### Riscrivere il genoma

Hanno trasformato il sistema naturale di difesa dei batteri, noto come Crispr/Cas9 (Clustered regularly interspaced short palindromic repeats), in uno strumento per modificare il genoma con precisione, velocità e costi ridotti, rivoluzionando la ricerca biomedica. Una scoperta che è valso il Premio Nobel per la Chimica 2020 alle due ricercatrici che hanno contribuito alla sua creazione, Emmanuelle Charpentier e Jennifer A. Doudna. Il sistema utilizza l'enzima Cas9 guidato da Rna per tagliare il Dna in un punto specifico, permettendo di eliminare o modificare i geni. Giunto lì, l'enzima esegue l'equivalente biologico del comando copia-incolla di un software di scrittura ed elimina o sostituisce la sequenza bersaglio.



# La chirurgia del gene cambia la vita dei talassemici

## L'intervista

**Franco Locatelli**

Professore ordinario di Pediatria  
all'Università La Sapienza di Roma

**P**er la prima volta in Italia una terapia di gene editing entra stabilmente nel sistema sanitario pubblico. Si chiama Exagamglogene Autotemcel (Exa-cel) e utilizza la tecnologia Crispr-Cas9, la stessa che ha valso il Nobel alle sue inventrici, per correggere i difetti genetici alla base di beta-talassemia e anemia falciforme. L'approvazione e la rimborsabilità da parte di Aifa non rappresentano solo un traguardo terapeutico, ma anche una svolta culturale, che ridefinisce il confine tra cura e correzione genetica. Ne parliamo con Franco Locatelli, tra i protagonisti della sperimentazione clinica e figura di riferimento internazionale nel campo delle terapie cellulari e geniche.

### **Professor Locatelli, come funziona Exa-cel in parole semplici?**

Entrambe le patologie derivano da mutazioni che compromettono le catene beta dell'emoglobina. Con Exa-cel utilizziamo la tecnologia Crispr-Cas9 per "inattivare" il gene *Bcl11A*, che normalmente blocca la produzione di emoglobina fetale. Così il paziente torna a produrla, compensando la mancanza o l'anomalia delle catene beta. È una sorta di chirurgia molecolare, guidata da Rna messaggero, che ripara il difetto alla radice.

### **Quali risultati avete ottenuto nei trial clinici?**

Sono risultati straordinari. Nei 56 pazienti con beta-talassemia tutti hanno smesso di trasfondersi, liberandosi anche dai farmaci che rimuovono il ferro in eccesso. Tra i 46 con anemia falciforme, oltre il 90% non ha più avuto crisi vaso-occlusive. Nessuna complicanza fatale è stata correlata al trattamento. L'efficacia supera il

90%, con un profilo di sicurezza migliore rispetto al trapianto di midollo, poiché si utilizzano cellule proprie del paziente.

### **Chi potrà accedere alla terapia?**

L'Aifa ha definito criteri simili a quelli degli studi clinici: pazienti tra i 12 e i 35 anni, con sovraccarico di ferro controllato e, per l'anemia falciforme, a rischio elevato di complicanze. Sono in corso studi pediatrici che confermano l'efficacia anche nei più piccoli. I risultati saranno presentati all'inizio di dicembre al meeting annuale dell'American Society of Hematology, a Orlando.

### **Qual è l'impatto organizzativo della rimborsabilità?**

È un cambiamento radicale. Il percorso richiede la raccolta delle cellule staminali, la loro modifica in laboratorio e la reinfusione dopo una fase di condizionamento che abbatte il midollo osseo. Segue un mese di ricovero e alcuni mesi di immunodepressione. Il numero di pazienti trattabili crescerà progressivamente, anche in base alla capacità dei laboratori internazionali di processare le cellule edite.

### **Ci sono effetti collaterali importanti da considerare?**

L'unico rischio significativo è la possibile sterilità, dovuta ai farmaci usati per distruggere il midollo prima dell'infusione. Per questo raccomandiamo sempre la preservazione della fertilità - liquido seminale nei maschi, ovociti o tessuto ovarico nelle femmine.

### **L'editing genetico apre prospettive oltre queste due malattie?**

Senza dubbio. È un modello di medicina di precisione che potrà

migliorare anche l'efficacia delle cellule Car-T, rendendole "universali" e più durature. Ma servirà garantire sostenibilità: l'Italia, con il suo Servizio sanitario nazionale, dovrà coniugare innovazione ed equità di accesso.

### **E sul piano umano ed etico, come vive questo passaggio?**

È una soddisfazione immensa. Dopo anni di terapie di sostegno, possiamo offrire una cura potenzialmente definitiva. Ricordo una bambina talassemica dimessa dopo l'infusione: i suoi genitori avevano perso un'altra figlia per un trapianto fallito. Quel giorno è stato uno dei più felici della mia vita. Dal punto di vista etico, cambia anche il counseling genetico: coppie che scoprono di aspettare un bambino affetto da questa mutazione oggi sanno che esiste una possibilità concreta di guarigione. Ed è forse questo, più di ogni dato clinico, il vero segno di una rivoluzione.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**FRANCO LOCATELLI**  
Direttore del dipartimento di Oncoematologia del Bambino Gesù di Roma





## Exa-cel, l'Italia prima nella Ue: «Una milestone per la scienza»

**Rimborsabilità  
Terapie avanzate**

**L'**Italia è il primo grande Paese dell'Unione europea ad aver raggiunto un accordo di rimborsabilità per Exa-cel, la prima terapia basata sull'editing genetico approvata per l'anemia falciforme e la beta-talassemia trasfusione-dipendente. Un risultato che, per Federico Viganò, Country Manager per Italia e Grecia di Vertex Pharmaceuticals, «rappresenta una milestone straordinaria non solo per l'azienda, ma per tutto il sistema Paese».

«Essere stati i primi in Europa a concludere la negoziazione con Aifa - sottolinea - è un segnale forte: significa che le istituzioni italiane credono nell'accesso rapido all'innovazione. Il dialogo con Aifa è stato tecnico, intenso e costruttivo: questa terapia one shot comporta un investimento iniziale per lo Stato, ma anche un risparmio duraturo nel tempo, perché può liberare i pazienti dalla dipendenza dalle trasfusioni e dalle loro complicanze».

In Italia si stimano circa 7.000 pazienti con beta-talassemia, di cui il 73% trasfusione-dipendenti, e circa 3.000 persone con anemia falciforme. «Siamo il Paese europeo con il più alto numero di pa-

zienti con beta-talassemia - spiega Viganò - e questo rende ancora più significativo l'accordo raggiunto:

offre una nuova prospettiva a centinaia di pazienti che finora avevano solo trattamenti sintomatici».

Un ruolo chiave lo ha avuto anche la ricerca italiana: «Il centro del professor Franco Locatelli è stato quello che ha arruolato più pazienti al mondo nello studio sulla talassemia. È la conferma della qualità dei nostri centri e della capacità del Paese di attrarre ricerca clinica».

Per Vertex, biotech con sede a Boston e una presenza consolidata in Europa, il traguardo italiano ha un valore strategico: «È la prima terapia basata su Crispr-Cas9 ad essere rimborsata nel nostro continente. In dieci anni la tecnologia è passata dal laboratorio alla vita reale dei pazienti: un passo storico per la scienza e per la medicina».

L'azienda guarda ora oltre l'ematologia, con due nuovi fronti di ricerca avanzata: «Siamo in fase 3 con una terapia cellulare basata su cellule staminali per il diabete di tipo 1, e in fase avanzata con un inibitore di citochine per la nefropatia da immunoglobulina A, una malattia

autoimmune. Ogni area terapeutica richiede la piattaforma più efficace: usiamo Crispr dove serve, ma anche small molecules, Rna messaggero (mRna) o cellule staminali quando sono la scelta migliore».

Vertex, che a Boston sta costruendo un nuovo impianto di ricerca e produzione di terapie cellulari e genetiche di 344.000 metri quadrati - che si affianca al Jeffrey Leiden Center for Cell and Genetic Therapies inaugurato nel 2022 - continua a investire nell'innovazione anche attraverso l'intelligenza artificiale. «La utilizziamo da anni nella fase preclinica - conclude Viganò - con algoritmi proprietari che velocizzano la selezione delle molecole e ci aiutano a prevedere gli outcome clinici. Il futuro della ricerca passa dalla sinergia tra biotecnologia, intelligenza artificiale e collaborazione pubblico-privato. L'Italia ha dimostrato di essere pronta a raccogliere questa sfida».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Si stimano circa  
7mila pazienti  
con beta-talassemia  
e il 73% dipende  
dalle trasfusioni**



# Raddoppiati in cinque anni gli investimenti esteri

**Farmaceutica**

**Italia hub globale**

**U**na rete per continuare a intercettare investimenti sulla farmaceutica, uno dei motori produttivi più solidi del Paese, come sottolinea Marcello Cattani, presidente Farindustria: «L'Italia è oggi un importante hub per gli investimenti esteri nel settore. Il 15% degli investimenti esteri in produzione e ricerca in Italia sono nella farmaceutica e sono saliti da 1,4 a 2,1 miliardi di euro tra il 2019 e il 2024. «Servono scelte strategiche per consolidare la competitività e attrarre nuovi investimenti», ha aggiunto.

Per Andrea Diamanti, Head of Wholesale Banking Italy ING, ci

vuole anche l'impegno delle banche: «Possiamo sostenere le imprese grazie a una profonda conoscenza del settore e a una rete globale di 100 esperti dedicati, incluso un team in Italia». Il nodo investimenti è da sciogliere per Valentina Garonzi, Ceo and Co-Founder Diamante: «Siamo all'avanguardia, ma c'è scarsità di fondi specializzati nel biotech early-stage in Italia». Per Ilaria Villa, direttore generale Fondazione Telethon, «La ricerca italiana potrà attrarre investimenti solo semplificando e accelerando i clinical trials e con maggiore chiarezza regolatoria».

—A. Mari.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**MARCELLO CATTANI**  
Presidente  
Farindustria





## LA "LEZIONE" DEGLI STUDIOSI SOSTENUTI DA FONDAZIONE AIRC

# «La ricerca batte i tumori se noi scienziati non ci scoraggiamo»

GRAZIELLA MELINA

**T**ra il 2016 e il 2023 per la ricerca oncologica in Italia Fondazione Airc ha stanziato oltre 973 milioni. Il che vuol dire che se oggi si può ormai contare su terapie innovative e sempre più efficaci lo si deve ai 5.400 ricercatori di Airc che si impegnano per capire i meccanismi dello sviluppo di una malattia che ogni anno sconvolge la vita di 390mila persone: scienziati con una lunga esperienza alle spalle, ma anche giovani talenti, che lunedì al Quirinale all'annuale cerimonia dedicata a I Giorni della Ricerca – nel 60° della Fondazione – hanno presentato al presidente della Repubblica Sergio Mattarella i risultati raggiunti. «Abbiamo una comunità di 600 revisori internazionali che valutano le proposte ricevute in base a innovazione e fattibilità – spiega la direttrice scientifica Anna Mondino –. La selezione è severa. Delle 1.500 domande presentate quest'anno, purtroppo solo il 15-20% potrà essere finanziato». Una comunità di ricercatori con storie e profili diversi, che collaborano con università italiane e internazionali, condividono idee e progetti con oncologi, ematologi, radioterapisti, chirurghi e microbiologi, e trovano cure che danno speranza di sopravvivenza fino a qualche anno fa impensabili. «Sono tante le cure legate allo studio del sistema immunitario – spiega Mondino –. Pensiamo ai risultati ottenuti con le cellule Car-T e Car-Nk, geneticamente istruite a riconoscere il tumore, alle terapie guidate da anticorpi, talvolta capaci di sostituire approcci di chemioterapia, sino ai vaccini». Non solo. Grazie ai recenti sviluppi nel sequenziamento del Dna è possibile identificare la natu-

ra molecolare del tumore e, nel caso della biopsia liquida, di seguirne lo sviluppo tramite semplici prelievi di sangue. «Si tratta di indagini che beneficeranno di approcci guidati dall'Intelligenza artificiale. Approcci di precisione, utili per una diagnosi precoce e per monitorare la risposta alla terapia, ed eventualmente modificarla in tempo utile», spiega Mondino con la limpidezza di chi sa bene quanta fatica, passione e resilienza siano necessari per occuparsi di sfide così complesse. «Nella mia vita di ricercatrice ho vissuto tantissimi "periodi-no" – riconosce –. Ma non bisogna mai scoraggiarsi: la soluzione è sempre dietro l'angolo, bisogna avere la forza di girarlo. E quindi avere la curiosità e lo spirito per poter affrontare l'insuccesso. Poi il successo arriva». Nella ricerca ogni singolo tentativo non è mai inutile. «Magari la tesi iniziale poteva non essere corretta e l'evidenza sperimentale ti può portare in una direzione diversa – ribadisce Mondino –. ma l'obiettivo è sempre raggiunto». Anche se, soprattutto per le ricercatrici, la strada per portare avanti un progetto è ancora in salita. «La presenza di donne continua a essere un problema: sappiamo che all'inizio di carriera sono molte di più numericamente, ma nel processo di formazione il numero diminuisce per la difficoltà di conciliare vita e lavoro. Ecco perché credo sia importante supportare le famiglie, tutelando per esempio il periodo della maternità e paternità. Alle ricercatrici dico sempre: non abbiate paura, non fate passi indietro. Non bisogna essere dei premi Nobel. Bisogna piuttosto impegnarsi e credere nel valore comune». Nella comunità dei ricercatori Airc sono tantissimi i giovani scienziati

che si impegnano ogni giorno, anche in gruppi di ricerca indipendenti, grazie alle borse di studio, a finanziamenti come il My First Airc Grant, la Start Up o il Next Gen Clinician Scientist. «Noi lavoriamo sul tumore del pancreas, una delle patologie in cui le immunoterapie, anche le più avanzate, hanno fatto fatica a funzionare – racconta Renato Ostuni, 42 anni, professore associato di Istologia all'Università Vita-Salute San Raffaele di Milano –. Cerchiamo di capire quali sono i motivi alla base di questo difetto di funzionamento. Abbiamo identificato alcuni meccanismi di un tipo particolare di cellule immunitarie, i macrofagi, che sembrano essere molto importanti nel contribuire a questa mancanza di responsività nel tumore del pancreas». E aggiunge, mentre continua a stringere tra le mani con orgoglio il Premio scientifico biennale Airc Beppe Della Porta che ha appena ricevuto: «Ero uno di quelli che voleva scappare all'estero, avevo il sogno americano della ricerca. Ho avuto anche parecchie opportunità di farlo, ma quando è stato il momento di scegliere cosa fare ho sempre trovato progetti più stimolanti e ambiziosi in Italia».



Anna Mondino al Quirinale



## Humanity 2.0

### La parabola di David il paziente-medico che inventa le cure

PAOLO BENANTI

**Q**uesta settimana vorrei raccontare una storia che incrocia l'IA ma che si distingue per la profondità dell'umanità coinvolta. David Fajgenbaum è un medico statunitense che ho avuto il piacere di incontrare e conoscere in Arizona la scorsa settimana. David incarna al massimo livello cosa significa trasformare una tragedia personale in un motore di cambiamento globale. Nato nel 1985 a Raleigh, Carolina del Nord, era un promettente atleta universitario - giocava nella squadra di football - e studente di Medicina a Georgetown quando la vita lo costrinse a fermarsi: la perdita precoce della madre per un tumore lo spinge ad attivarsi nel supporto al lutto tra studenti, ma sarà una diagnosi devastante a cambiare per sempre la traiettoria della sua esistenza. Ancora ventenne, al terzo anno della Medical School, Fajgenbaum viene colpito da una rarissima e aggressiva patologia chiamata *Idiopathic multicentric Castleman disease*, malattia così poco conosciuta che i medici non avevano una cura da proporgli. Più volte sul punto di morire, decide di usare le sue competenze e la propria disperazione come leva: si trasforma in "paziente medico", avviando personalmente linee

di ricerca, fondando la Castleman Disease Collaborative Network, e trovando un trattamento con la riproposizione di un farmaco già esistente che gli ha consentito di sopravvivere e di mantenere la malattia in remissione da oltre dieci anni.

Questa straordinaria esperienza viene raccontata nel libro *Chasing My Cure*, un bestseller negli Stati Uniti, base per un film in produzione a Hollywood. Ma l'impatto di Fajgenbaum va ben oltre la sua vicenda personale. Come professore associato di Medicina traslazionale e Genetica all'Università della Pennsylvania, Fajgenbaum ha saputo catalizzare attorno a sé programmi di ricerca e reti collaborative internazionali, cambiando radicalmente la prognosi non solo per il Castleman ma anche per molte malattie rare e tumori, grazie all'individuazione di altre quattordici terapie riposizionate con successo.

Oggi è co-fondatore e presidente di Every Cure, una non-profit pionieristica che sfrutta l'Intelligenza artificiale per identificare nuove applicazioni di farmaci già approvati, accelerando la scoperta di cure "nascoste in bella vista". Questo approccio, denominato "*computational pharmacophenomics*", rappresenta una delle più avanzate frontiere nell'innovazione biofarmaceutica e nella lotta contro le malattie orfane. Premiato da

prestigiose istituzioni e recentemente nominato tra le 100 persone più influenti nella salute a livello mondiale dalla rivista *Time*, Fajgenbaum continua a testimoniare che scienza, speranza e azione, se unite, possono cambiare il destino di milioni di pazienti, dimostrando quanto la vulnerabilità umana possa essere sorgente di resilienza collettiva.

Quando parliamo di algoretica da queste colonne non guardiamo mai agli algoritmi ma in primis ci riferiamo all'umanità che vuole mostrarsi in tutta la sua capacità attraverso anche le grandi capacità che oggi ci regala la macchina. Ci sembra che la storia di David - che non nasconde la sua fede e porta sempre con sé nel portafoglio una frase di Giovanni Paolo II - sia uno stimolo che ci ricorda che umanizzare l'IA non solo si può ma si deve.





IL PROGETTO DI GIORGIO PARISI

# IA: L'EUROPA DEVE DIVENTARE PROTAGONISTA

colloquio con GIORGIO PARISI  
di GABRIELE BECCARIA  
fotografie di MATTIA BALSAMINI



Il nome resta riservato. Anche chi ha a che fare con la scienza - si sa - ha le sue pratiche scaramantiche. Ma molto altro è già sotto i riflettori. Il Centro europeo di ricerca sull'Intelligenza Artificiale è più di un'idea. È un progetto che sta prendendo forma e com-

pie nuovi passi ogni giorno, con un ritmo accelerato che mima l'evoluzione travolgente delle reti neurali. L'intuizione è di Giorgio Parisi, Premio Nobel per la Fisica 2021, con Pierluigi Contucci, professore di fisica matematica all'Università di Bologna. Proprio a Bologna, il 9 ottobre, hanno lanciato la proposta. «La creazione di un centro sull'IA - hanno spiegato - può permettere all'Europa di partecipare da protagonista a questa nuova rivoluzione». Parola - rivoluzione - che per una volta non suona enfatica. L'IA si insinua ovunque e sta plasmando tutto, dalla finanza all'industria, dai servizi alla creatività e, naturalmente, le scienze e la medicina. Del presente e del futuro.

Primo passo è stato un Manifesto in 12 punti, ciascuno dei quali contribuisce a definire come dovrà essere questa nuova entità ricca di ambizioni: dovrà essere pubblica e con dati "open source", transnazionale e multidisciplinare, sostenibile ed etica, focalizzata sulla ricerca di base e allo stesso tempo attenta a promuovere start-up. Dodici punti che sono altrettante manifestazioni di un'anima che si vuole dichiaratamente europea, un po' diversa dagli ingombranti "marchi di fabbrica" americano e cinese, condizionati, uno, dal Big Tech e l'altro dal dirigismo di Stato.

«Ora prevediamo due ulteriori passi», racconta Parisi. «Contattare altri studiosi e ricercatori che il Manifesto non l'hanno ancora firmato e cominciare a parlare con i referenti politici: italiani e degli altri Paesi. E poi con le autorità a Bruxelles». Decisivo, infatti, è e sarà il peso dei "supporter": ci sono, tra gli altri, l'informatico e imprenditore britannico

Michael Bronstein, la fisica e neuroscienziata argentino-americana Sara Solla, il fisico francese Marc Mézard, ora all'Università Bocconi e già direttore dell'Ecole Normale Supérieure, la spagnola Nuria Oliver, direttrice della Ellis Alicante Foundation, lo specialista tedesco di machine learning Bernhard Scholkopf, gli italiani Stefano Leonardi dell'Università La Sapienza di Roma, Paolo Branchini dell'Infn, Giuseppe De Pietro della Fondazione Future Artificial Intelligence Research. E lo "scouting" tra cervelli continua.

## Professor Parisi, ora sono fondamentali i tempi: che cronoprogramma vi siete dati?

«I tempi sono legati alla politica. Intanto l'Europa ha già stanziato fondi per varie iniziative legate all'IA e adesso ne saranno necessari altri per un Centro dove gli studiosi possano lavorare insieme».

## Immagina questo Centro in Italia?

«Può sorgere in Italia come in Francia, in Spagna, in Svizzera o in qualunque altra nazione europea: la lista dei luoghi possibili è lunga. Saranno fondamentali le discussioni politiche tra i singoli Stati in modo da tenere conto degli equilibri politici».

## A proposito di equilibri e sfide, si ripete che in questo settore strategico l'Europa non ha dei "campioni tecnologici": come si collocherà il Centro nella competizione globale?

«Il tema è più complesso di ciò che appare. Pensiamo al cinese DeepSeek: il software che l'ha reso celebre è stato realizzato da un team di meno di un migliaio di specialisti. E creare un "Large language



model” non richiede necessariamente un approccio fuori scala. Ciò che, poi, si potrà fare tra 5-10 anni sarà diverso dal gigantismo attuale: dobbiamo prepararci e disporre di una struttura di programmi, codici e computer aperti, disponibili a tutti, con applicazioni che possono essere anche ristrette, ma affidabili: immagino, per esempio, una in grado di trattare la giurisprudenza italiana».

## **Una sfida, quindi, è ripensare i modelli da addestrare?**

«Penso a un nostro articolo su problemi quantistici, in cui abbiamo usato 7 milioni di ore di calcolo. Al di là delle capacità tecnologiche, perciò, bisogna puntare a modelli più facilmente addestrabili. Se confrontiamo le macchine con il nostro cervello, si vede che queste sono più lente, mentre noi, dal punto di vista computazionale, siamo più efficienti: significa che ci sono aspetti dell'IA che non si sono ancora capiti».

## **Che tipo di infrastruttura dovrà avere il Centro?**

«Potrebbe avere un'infrastruttura locale, ma ci sono due questioni. Una è evitare di costruire un computer più potente di tutti gli altri, perché esistono già laboratori con cui collaborare e non si deve dimenticare che un approccio simile richiederebbe un consumo sproporzionato di energia. L'altra questione è che non si tratterà di un Cern dell'IA: non è necessario realizzare l'equivalente di un acceleratore di particelle, ma è necessario un luogo fisico dove incontrarsi e lanciare programmi di ricerca».

## **Lei sostiene che l'IA «precede e guida la scienza»: che cosa significa?**

«Penso al Nobel 2024 alla chimica: con AlphaFold si è premiato il design computazionale delle proteine, partendo dalla formula chimica. L'IA dispone di un database di milioni di dati e, così, studia il ripiegamento delle molecole con rapidità ed efficienza».

## **Il Centro dovrà concentrarsi su settori specifici?**

«Secondo me, dovrà concentrarsi su quelli che si definiscono “aspetti fondazionali”, anche se a me il termine non piace e preferisco “aspetti di base”. Significa saper replicare le tecnologie esistenti, come le reti neurali profonde, e poi andare oltre e dirigerci in un futuro che non conosciamo: un caso è quello dei “Large language models” che, fino a pochi anni fa, erano impensabili».

## **E le applicazioni? Quali sono le più promettenti?**

«Sono tante. Pensiamo alla medicina: oggi esistono già molti database su malattie, pazienti e DNA individuali, ma non sono ancora consolidati. Analizzarli con l'IA permetterà studi molto più raffinati di quelli attuali e potrà portarci nella nuova era della medicina di precisione».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'istituzione  
sarà un sistema  
aperto per  
modelli di  
apprendimento  
di nuova  
generazione

Un centro di ricerca continentale, capace di unire gli studi teorici con le applicazioni a vasto raggio e promuovere start-up. Il Nobel e un gruppo di specialisti hanno già dato vita a un Manifesto per un'istituzione fondata sul capitale umano e su una visione di lungo periodo. Trasparenza, etica e sostenibilità: ecco i capisaldi di una rivoluzione che investirà ogni settore e trasformerà ogni aspetto della medicina, dal laboratorio al letto del malato

**“È necessario un luogo fisico dove incontrarsi e lanciare programmi di studio”**





DALLA RICERCA ALLE TERAPIE

# IN LABORATORIO E IN OSPEDALE: LÀ DOVE OSANO LE RETI NEURALI

Non è più fantascienza. L'Intelligenza Artificiale sta diventando uno strumento indispensabile in ogni settore della medicina: studia la struttura tridimensionale delle proteine, progetta nuove molecole per battere l'antibiotico-resistenza, analizza radiografie con alti livelli di accuratezza, costruisce profili individuali con cui identificare pazienti a rischio, crea gemelli digitali grazie ai quali simulare l'evoluzione delle malattie. Il Premio Nobel per la Chimica 2024 conferito a John Jumper e Demis Hassabis è stato il riconoscimento di un vero e proprio cambio di paradigma

di GUIDO BOELLA



Nobel per la Chimica del 2024 assegnato a Demis Hassabis e John Jumper di Google DeepMind, per il sistema AlphaFold, ha consacrato l'IA come strumento ormai indispensabile per la medicina. AlphaFold ha risolto in poche ore quello che richiedeva anni di lavoro in laboratorio: predire la struttura tridimensionale di 200 milioni di proteine, struttura da cui dipendono le proprietà farmacologiche di queste molecole.

Un trionfo che arriva solo due anni dopo il clamoroso fallimento di Ibm Watson Health, svenduto per un miliardo di dollari nel 2022 per rientrare di oltre 5 miliardi di investimenti. Watson, che nel 2011 aveva stupito il mondo, vincendo il quiz tv *Jeopardy!*, e prometteva di rivoluzionare la medicina con l'IA, si è rivelato una delusione costosa. E si vede già un impatto in termini di farmaci che presto arriveranno in clinica.

Mentre Ibm ritirava le sue ambizioni, Hassabis stava preparando la prossima rivoluzione con Isomorphic Labs, start-up che ha raccolto 600 milioni di dollari di investimenti e siglato accordi da quasi 3 miliardi con Novartis ed Eli Lilly e che ha detto di essere pronta a testare i suoi candidati oncologici sugli esseri umani entro l'anno. Parallelamente, Rentosertib, sviluppato da Insilico Medicine, nell'aprile 2025 è diventato il primo farmaco dove sia il bersaglio molecolare sia il composto sono stati scoperti usando l'IA.

**Lotta ai super-batteri.** Con quasi 5 milioni di morti annue legate all'antibiotico-resistenza, l'IA offre speranze concrete anche in questo settore. SyntheMol, sviluppato da Stanford Medicine e McMaster University, ha generato sei nuovi antibiotici contro l'*Acinetobacter baumannii* resistente. Il sistema non solo progetta le molecole, ma fornisce le "ricette" chimiche per sintetizzarle in laboratorio, superando uno dei limiti dell'IA farmaceutica: creare composti impossibili da produrre.

**La rivoluzione dell'imaging.** Mentre dopo il Nobel i riflettori sono puntati sulla farmacologia,

una rivoluzione altrettanto importante avviene nella diagnostica per immagini. CheXzero, sviluppato da Harvard e Stanford, rappresenta un cambio di paradigma: un sistema di IA che

identifica patologie nelle radiografie toraciche con accuratezza pari ai radiologi, ma senza aver bisogno di migliaia di immagini annotate manualmente, perché sfrutta i referti già esistenti, collegandoli alle immagini.

**Prevedere le malattie.** I sistemi di IA generativa,

basati sui Large language model, vanno oltre la diagnosi basata su immagini. Catch-FM, sviluppato alla Carnegie Mellon University, analizza cartelle cliniche elettroniche e prescrizioni per individuare pazienti a rischio di tumori di fegato, polmone e pan-



creas in fase precoce. I risultati preliminari sono incoraggianti: una quota significativa dei soggetti segnalati dall'algoritmo riceve una diagnosi confermata nei mesi successivi.

In Europa, intanto, il modello Delphi-2M predice la suscettibilità individuale a oltre mille malattie lungo l'arco della vita ed è convalidato su milioni di cartelle cliniche. In Cina, invece, DeepSeek è già operativo negli ospedali, dove integra analisi radiologiche, dati patologici e supporto decisionale per ottimizzare il percorso diagnostico-terapeutico. In questi giorni Cell2Sentence-Scale 27B, un modello della famiglia di Large language model open Gemma, creato da Goggle DeepMind e Yale University, ha formulato e poi confermato in vitro una nuova ipotesi terapeutica sul cancro.

**L'eccellenza tricolore.** L'Italia gioca un ruolo da protagonista. Gaetano Maria De Ferrari, direttore della Cardiologia delle

Molinette di Torino, ha pubblicato già cinque anni fa su *The Lancet* una ricerca che utilizza il machine learning per prevedere il rischio post-infarto con una precisione del 90%, contro il 70% dei metodi tradizionali. All'Irccs Humanitas Research Hospital di Rozzano è nato un "AI Center", dove medici, ingegneri e data scientist collaborano per applicare l'IA alla pratica clinica. Tra i progetti spicca "Train", che genera dati clinici sintetici e crea gemelli digitali dei pazienti per simulare l'evoluzione delle malattie e la risposta ai trattamenti, aprendo la strada a una medicina personalizzata.

**Le sfide etiche e i bias.** L'entusiasmo, però, non deve oscurare le criticità. I sistemi di IA sono addestrati prevalentemente su dati di popolazioni caucasiche e asiatiche benestanti, rischiando di essere meno efficaci per altri gruppi etnici. La privacy dei dati sanitari e la "explainability" - capire come l'IA prende decisioni - restano, inoltre, nodi cruciali.

Dal Nobel per AlphaFold ai test umani di farmaci "AI-designed", dalla diagnostica di CheXzero all'eccellenza italiana nella cardiologia predittiva, l'IA non è più una promessa: è una realtà che sta salvando vite. La sfida, ora, è garantire che questa rivoluzione sia accessibile a tutti, non solo ai privilegiati, democratizzando la salute e non limitandosi ad accelerare la scoperta.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Restano  
aperti alcuni  
problemi,  
primo tra tutti i  
dati su cui sono  
addestrati gli  
algoritmi**

## FUTURO

L'IA è l'oggi e sarà sempre più il domani. Nella sezione *Futuro* un approfondimento sugli scenari che ci aspettano: l'analisi di ogni genoma apre prospettive entusiasmanti per medici e pazienti.



**GUIDO  
BOELLA**

Professore del dipartimento di Informatica dell'Università di Torino, cofondatore della Società Italiana per l'Etica dell'IA e coordinatore del magazine IA [magia.news](https://magia.news)





# Un alfabeto di geni e proteine

I modelli linguistici dell'Intelligenza Artificiale diventano la chiave per esplorare il nostro genoma. Così si aprono possibilità inedite di diagnosi e terapie mirate e di farmaci super-efficienti

di NICLA PANCIERA

**S**ono sempre più a vasto raggio le promesse dell'Intelligenza Artificiale nelle scienze della vita: nuovi farmaci, nuovi target terapeutici, molecole progettate in silico con caratteristiche programmate. Nonostante un passo meno rapido del previsto al letto del paziente, l'innovazione sta entrando nella routine clinica. Si pensi alla genomica nel cancro.

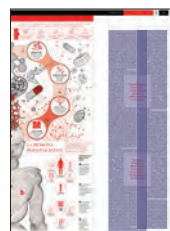
Se in Italia manca ancora un programma di sequenziamento nazionale, nel Regno Unito c'è un servizio integrato nel sistema sanitario Nhs che prevede, al momento della diagnosi oncologica per alcuni tipi di tumori e per malattie rare, il sequenziamento dell'intero genoma: è il "Wgs", "Whole genome sequencing". A condurre le analisi, in sette laboratori, c'è Genomics England. «Il paziente entra in un "loop", all'intersezione tra la clinica e la ricerca che comunicano costantemente», spiega Alona Sosinsky, responsabile scientifica di Cancer Genomics England, in Italia per un evento organizzato da Area Science Park in occasione del Festival Trieste Next. «Disporre dei Big Data genomici consente di accelerare la diagnosi e disporre di marcatori diagnostici e prognostici, di prevedere la resistenza alle terapie, di individuare bersagli per l'oncologia di precisione, oltre che di selezionare prontamente i pazienti candidabili a una speri-

mentazione clinica, identificando il migliore algoritmo terapeutico». Uno studio olandese ancora in corso mostra che «la terapia mirata basata sul sequenziamento genomico porta, in media, il 50% dei pazienti oncologici a vivere cinque anni in più».

L'IA supporta anche il monitoraggio delle risposte al trattamento. «Se ne è parlato al Nordic precision medicine symposium 2025: laddove questa procedura viene applicata, come in Svezia, l'accesso ai trattamenti innovativi è più rapido. Nel caso dei tumori rari l'approccio andrebbe adottato a livello internazionale». Puntualizza Sosinsky: «Stratificare i pazienti sulla base delle risposte, individuando i "good responder" fin dalla diagnosi, è cruciale per evitare trattamenti inutili, tossici e costosi». Uno studio, apparso su *Nature Communications*, esamina i risultati di un algoritmo di previsione che si basa sulle caratteristiche genomiche e molecolari: «In tumori metastatici con sede primitiva sconosciuta (Cup), la "Wgs" del tumore ha permesso di individuare il tessuto di origine e, quindi, di indirizzare il trattamento, in sette casi su 10 non diagnosticati dall'analisi clinicopatologica, e, quindi, indirizzati solo alla chemioterapia». Questo algoritmo - chiarisce Sosinsky - «non è ancora accreditato clini-

camente, ma ci stiamo lavorando, perché promettente».

Buoni risultati provengono anche dagli sforzi di ampliare l'utilizzo di farmaci già in commercio. «Nello studio "Drup", acronimo inglese per "Drug rediscovery protocol", i pazienti con malattia refrattaria al trattamento vengono trattati sulla base del profilo genomico con specifiche terapie molecolari o immunoterapiche. Cercare nuovi utilizzi per farmaci già approvati, comprimendo tempi e costi di sviluppo, è il "drug repurposing", il riposizionamento dei farmaci. È stato questo approccio che ha fatto innamorare della biologia il bioinformatico Francesco Iorio, specialista del Centro di Ricerca in Biologia Computazionale dello Human Technopole di Milano. Ha iniziato estraendo con l'IA somi-



glianze non rilevate tra farmaci diversi per dedurre nuove potenziali applicazioni. Dice: «Immaginate che cosa si potrebbe ricavare da un sistema intelligente in grado di analizzare la totalità dei dati di diversa natura: il “drug repurposing” potrebbe essere uno dei metodi più redditizi da perseguire con l’IA».

Iorio è stato responsabile del team dei computer scientist nel progetto internazionale “Cancer Dependency Map” del Wellcome Sanger Institute e del Broad Institute del Mit e di Harvard: «Abbiamo analizzato centinaia di linee cellulari tumorali per studiare la cosiddetta “dipendenza oncogenica”, quando un tumore diventa dipendente da un gene mutato o iperattivo, e su cui intervenire selettivamente. Con la tecnologia Crispr-Cas9 abbiamo disattivato, uno per uno, i geni in un numero piuttosto elevato di modelli tumorali, misurando la reazione di ciascuno». Informazioni preziose, quando ci saranno nuovi farmaci in grado di colpire specifiche proteine. Ora il team è al lavoro nella creazione non solo di modelli predittivi per farmaci che esistono già, ma anche di molecole non ancora esistenti, suggerendo i possibili target terapeutici in ordine di probabilità di successo. Si tratta delle “target prioritization strategies”, che aprono la strada alla prossima generazione di terapie mirate contro il cancro.

A ricorrere a un approccio inverso, “top down”, è, invece, Alberto Cazzaniga, responsabile del Laboratory of Data Engineering di Area Science Park di Trieste.

Studia le strategie computazionali dei modelli di deep learning per renderli più affidabili e applicabili. «C’è un gap tra l’enorme quantità di sequenze codificante per le proteine, che otteniamo con il “next generation sequencing”, e la scarsità di dati sulla loro struttura, ottenibile con la cristallografia a raggi X, metodo costoso e complesso. A colmare questo gap tra sequenze e strutture - dice Cazzaniga - ci viene in aiuto un algoritmo di IA, AlphaFold2, che predice struttura 3D e dinamiche tra proteine e, quindi, il loro funzionamento, che è quanto ci interessa clinicamente. Ma come possiamo sfruttare tutte le se-

quenze proteiche di cui disponiamo? Lo facciamo prendendo a prestito i modelli sviluppati dalla linguistica computazionale per comprendere, elaborare e generare il linguaggio naturale. I Large language model - aggiunge - funzionano bene per l’analisi di dati di varia natura, dalle sequenze proteiche fino ai testi e alle immagini».

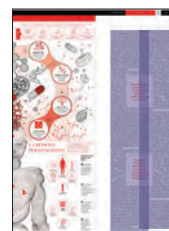
La biologia computazionale rileva co-occorrenze e altri vincoli tra sequenze e strutture, proprio come accade con la lingua. Questi “Protein language model”, su cui Cazzaniga lavora, «possono disegnare proteine del tutto nuove, in silico, che rispondano ai nostri bisogni, oppure prevedere l’evoluzione di un intero sistema». Ma è proprio l’impossibilità di risalire al percorso che ha portato dall’input all’output a inficiare l’affidabilità degli algoritmi. «Capire che cosa succede all’interno della black box significa cercare di tracciare i percorsi computa-

zionali e decodificarli per capire il perché di certe previsioni. Sulla cosiddetta “explanability”, cioè l’interpretabilità dell’IA che

renda esplicite le interazioni tra la tecnica di apprendimento e i dati su cui opera, siamo al lavoro in molti. Solo individuando le inferenze causali - spiega Cazzaniga - è possibile trovare l’errore, intervenire e modificare il modello al bisogno. Ma la trasparenza serve anche ai fini di una

maggiore accuratezza delle previsioni, oltre che di una maggiore sicurezza e robustezza dei dati: si tratta di una condizione necessaria quando si devono prendere decisioni relative alla salute delle persone».

Affidarsi e fidarsi dell’IA sono due concetti molto diversi. Che cosa stia apprendendo l’algoritmo, la rete neurale a cui diamo in pasto molti dati, non si può dire. «Che cosa la rende in grado di predire le strutture proteiche? Di certo, AlphaFold non capisce il processo fisico del ripiegamento proteico. Il sistema apprende co-occorrenze tra dati, ma non la realtà fisica. Quanto, quindi, sono biologicamente o fisicamente plausibili i risultati?». La ricerca continua.





LE POTENZIALITÀ DI UNA VIA FARMACOLOGICA

# L'interruttore per invertire l'osteoporosi

Un recettore, attivato chimicamente, stimola le cellule che creano nuovo tessuto osseo, irrobustendo lo scheletro indebolito. La scoperta di un team tedesco: un processo naturale che può funzionare anche per chi non è in grado di fare esercizio fisico

di GIULIANO ALUFFI

S

e l'osteoporosi avesse un interruttore capace di arrestarla - e, forse, anche di invertirne il corso, irrobustendo di nuovo le ossa indebolite - sarebbe un'ottima notizia per oltre 32 milioni di europei over 50 alle prese con questo nemico logorante. Oggi, grazie alla

scoperta di un gruppo di ricercatori dell'Università di Lipsia, siamo un po' più vicini a questo obiettivo.

L'osteoporosi nasce da uno squilibrio tra le due forze che modellano lo scheletro: gli osteoblasti, che creano nuovo tessuto osseo, e gli osteoclasti, che lo riassorbono. In condizioni normali le due attività si bilanciano, garantendo forza e flessibilità alle ossa. Con l'età, la menopausa o alcune malattie, però, gli osteoblasti rallentano e gli osteoclasti prevalgono, rendendo le ossa più fragili. I ricercatori tedeschi hanno individuato - e pubblicato sulla rivista *Signal Transduction* - un modo per ripristinare l'equilibrio tra queste due forze. Si tratta del recettore Gpr133 che, se attivato chimicamente, può ridurre l'attività degli osteoclasti e stimolare gli osteoblasti.

«Alcuni studi genetici avevano già segnalato un possibile legame tra questo recettore e la densità minerale ossea. In laboratorio, analizzando vari recettori coinvolti nella maturazione delle cellule ossee, e silenziandone alcuni, abbiamo visto che, quando Gpr133 è bloccato, le cellule ossee non si differenziano correttamente», spiega Ines Liebscher, farmacologa all'Università di Lipsia. «La conferma

è arrivata dai test sui topi: senza questo recettore, le ossa risultano estremamente fragili».

Gpr133 trasforma anche gli stimoli meccanici del movimento in segnali di rafforzamento osseo. «Si sa che l'attività fisica rafforza le ossa grazie agli stimoli meccanici che il movimento esercita su di esse», spiega Liebscher. «Abbiamo trovato una molecola (Ap503) che agisce su Gpr133, potenziando questo processo naturale: non soltanto aumenta la funzione degli osteoblasti (in vitro) e migliora (nei topi) la massa e la qualità ossea, ma può anche amplificare gli effetti benefici dell'esercizio fisico». Sulla carta la ricerca è indubbiamente promettente: «Il principale vantaggio del nostro approccio è che potrebbe funzionare anche per chi non può fare esercizio fisico, come persone anziane o immobilizzate dopo un trauma, per esempio. Il nostro farmaco, agendo su Gpr133, simula gli effetti benefici del movimento, stimolando l'osso a rafforzarsi anche in assenza di attività fisica», aggiunge Liebscher. «Oggi le opzioni terapeutiche per l'osteoporosi sono poche e con limiti importanti: alcune funzionano solo per un periodo limitato, altre hanno effetti collaterali significativi. Il nostro composto potrebbe rappre-



sentare un nuovo tipo di trattamento».

Ma c'è ancora qualche punto da risolvere: «Siamo ancora nella fase preclinica e, quindi, gli studi sull'uomo dovranno confermare l'efficacia e la sicurezza», dice Liebscher. «Non possiamo iniettarlo direttamente sulle ossa: l'ideale sarebbe somministrarlo per via sottocutanea o orale, ma così circolerebbe in tutto l'organismo e, quindi, agirebbe non solo sulle ossa, ma su tutti i tessuti dove il recettore è presente. In certi casi questo può essere positivo: il recettore sembra coinvolto anche nella forza muscolare e, di conseguenza, il farmaco potrebbe rinforzare contemporaneamente ossa e muscoli: è un vantaggio importante per chi è costretto all'immobilità. Gpr133, però, ha anche altre funzioni ancora poco conosciute: partecipa alla comunicazione cellulare, può influenzare la frequenza cardiaca e, forse, ha legami con alcuni tipi di tumore».

Bisognerà, perciò, capire bene tutti gli effetti prima di passare all'uomo. «Un aspetto promettente è che il recettore ha una porzione esterna piuttosto evidente, che protrude dalla cellula ossea e può essere riconosciuta e attivata da anticorpi. Se riusciremo a capire quali varianti di questa protrusione

sono presenti nei diversi tessuti – o in condizioni patologiche – potremo progettare anticorpi che attivino il recettore solo dove serve, evitando effetti collaterali», sottolinea Liebscher. «È una direzione di ricerca molto stimolante: questi recettori offrono una possibilità di precisione che non abbiamo con altri bersagli farmacologici. Speriamo di fare progressi concreti nei prossimi uno o due anni. Per ora, il nostro composto agisce su tutti i tessuti dove Gpr133 è attivo, ma non attraversa la barriera emato-encefalica, e questo è importantissimo, perché nel cervello il recettore è collegato al glioblastoma. Ora dobbiamo ancora capire come controllarne meglio l'azione negli altri organi».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## FOCUS

La diagnosi di osteoporosi si basa in primo luogo sulla mineralometria (o densitometria) ossea (Dexa o Moc). L'esame si esegue di solito a livello della colonna vertebrale lombare e/o del femore. Per le persone di età superiore a 50 anni, i dati ricavati vengono confrontati con quelli della popolazione sana dello stesso sesso di 30 anni (il momento del "picco di massa ossea"): si ottiene così un parametro (T-score) che indica di quanto il soggetto si allontana dal valore medio della popolazione giovane e sana. Un valore compreso tra -1 e -2,5 deviazione standard indica una condizione di osteopenia; uguale o minore di 2,5 indica osteoporosi.



**1 Cambiamento**  
Con l'avanzare dell'età la riserva ovarica diminuisce

**2 Esercizio fisico**  
È un prezioso alleato per combattere l'osteoporosi

**3 Cibi industriali**  
Il loro consumo aumenta il rischio di sviluppare diverse patologie





SUL "NEW SCIENTIST"

# La lunga vita si guadagna a tavola: ecco le prove

Dieta mediterranea. Zero sale. Al bando grassi e zuccheri. Chi vive bene e molti anni mangia così. Non ci sono più dubbi. La prestigiosa rivista scientifica passa in rassegna gli studi che lo dimostrano

di EUGENIA TOGNOTTI

**G**rande spazio è dedicato dai giornali generalisti all'alimentazione e agli approcci dietetici più appropriati per garantirsi una vita più lunga e in salute. Da qualche tempo, anticipazioni, risultati di ricerca, consigli di esperti, interviste a specialisti di medicina anti-aging, a biologi nutrizionisti e a biogerontologi, reportage dalle Zone Blu ad alta densità di centenari e di "matusalemme" in buona salute, rappresentano quasi una rubrica fissa sui media scritti e parlati.

Non per niente è dedicata all'alimentazione e alla sua enorme influenza sulla salute, prerequisito per una vita più lunga, l'ultimo articolo di *New Scientist* dal titolo "La scienza rivela come una dieta corretta può allungare di dieci anni la tua vita". Il settimanale britannico non si spinge, naturalmente, ad alimentare il sogno della fonte della giovinezza, la leggendaria sorgente simbolo d'immortalità della mitologia medievale e classica. Ma mette

insieme le prove scientifiche che dimostrano come seguire una dieta per la longevità può prolungare notevolmente la durata della vita e come, manco a dirlo, prima si comincia e meglio è: anche convertirsi in ritardo a una dieta sana farà, comunque, la differenza.

Che cosa, dunque, e quanto mangiare e bere, che cosa evitare, quali strategie alimentari seguire per una dieta della longevità? Riprendendo, per fare un esempio, i risultati dell'indagine di un gruppo di ricercatori di varie università, Lars Fadnes, specialista del dipartimento di Salute pubblica globale e cure primarie dell'Università di Bergen in Norvegia, ha elaborato una dieta che aumenta la longevità e per farlo ha analizzato un'enorme batteria di dati, chiamata "Global Burden of Disease Study". I risultati non hanno sorpreso: le tradizionali diete dei Paesi occidentali - ricche di cereali raffinati, zuccheri aggiunti, carni rosse, insaccati e latticini e povere di cereali integrali, frutta e verdura fresca, noci e pesce - non

aiutano certo a guadagnare anni di vita e, anzi, sono responsabili di 11 milioni di morti premature all'anno.

L'articolo di *New Scientist* ci mette sotto gli occhi anche l'altra faccia della medaglia. Una simulazione ha consentito di andare a vedere che cosa succede se le persone che seguono l'imprudente dieta tipica dell'Occidente - armate di una ferrea determinazione - cambiano strada, convertendosi a una più sana. E ha dimostrato che migliorerebbero significativamente la loro aspettativa di vita. Un dato confortante. Non è mai troppo tardi per scegliere di



cambiare, anche se i 20 anni sono alle spalle. Lo dice Lars Fadnes: si può guadagnare qualche anno in più a qualsiasi età, a patto di cambiare stile di vita e di aumentare il consumo di cereali integrali, noci e legumi, limitando cibi zuccherati e carni, in particolare quelle lavorate e rosse.

Naturalmente, per disporre dei risultati per la sperimentazione clinica su una "dieta della longevità" sarebbero necessari decenni. Si può, però, fare riferimento a un quadro di dati disponibili a sostegno del fatto che la dieta ha un impatto significativo sulla salute anche in età avanzata. Di recente, un gruppo di ricerca diretto da un'epidemiologa nutrizionale, Zhaoli Dai-Keller (dell'Università del Nuovo Galles del Sud, Sydney), impegnata nella promozione di una dieta e di una nutrizione sostenibili per favorire un invecchiamento sano e la longevità, ha passato in rassegna le abitudini alimentari di migliaia di "supervvecchi", persone di età

pari o superiore a 95 anni che vivevano in contesti comunitari in Asia orientale, Australia ed Europa occidentale.

Si trattava di persone che rappresentavano modelli di virtù alimentare: pochi alcolici, una dieta equilibrata e varia, ricca di frutta, verdura, carne

bianca, pesce e legumi. Ma non solo. L'altro elemento della dieta di questi "supervvecchi" segnalato dalla studiosa riguarda il consumo di sale. Zhaoli Dai-Keller ha constatato che meno se ne consuma e più si è longevi. I centenari vivono così a lungo, insomma, anche perché eliminano quello che - come è noto - è un fattore causale delle malattie cardiovascolari, che sono la principale causa di morte al mondo.

Altre conferme vengono da studi simili, come quello di un gruppo di ricerca di Harvard e della Boston School of Public Health. Gli studiosi hanno rianalizzato i dati di due progetti di ricerca partiti nel 1986, riguardanti oltre 105

mila persone - donne e uomini in quella fase della vita che segna il passaggio dalla mezza età alla prima età avanzata - e hanno verificato che solo una piccola percentuale (il 10 per cento) del campione è invecchiata in salute, raggiungendo i 70 anni senza gravi malattie croniche, in buona forma fisica e mentalmente lucidi. Che cosa avevano in comune queste persone? Un'alimentazione sana. La maggior parte di loro aveva seguito una dieta mediterranea per tutta la mezza età. Chi si rimpinzava di cibi grassi e salati, raramente, era invecchiato in modo sano.

Naturalmente la longevità non dipende solo da che cosa si mangia, ma anche da quanto si mangia. "Nihil sub soli novi", niente di nuovo sotto il Sole, si potrebbe dire. Di alimentazione sana e della sua importanza per la salute e la longevità si parlava già nel *Regimen Sanitatis Salernitanum*, il più famoso manuale della salute di tutto il Medioevo. «Se dai mali vuoi guardarti / Se vuoi sano ognor serbarti... Sii nel bere e nel mangiare parco».

**Prima si comincia meglio è. Ma cambiare abitudini fa la differenza a ogni età**

## NUMERI

**23.500**

### In Italia

Sono all'incirca i centenari. Il nostro Paese ha uno dei tassi più bassi di mortalità evitabile tra le persone sotto i 75 anni: 176,7 decessi ogni 100 mila abitanti

**84,1**

### Anni

È l'aspettativa di vita alla nascita registrata in Italia e in Svezia: è il valore più alto rispetto alla media dell'Ue (81,7 anni). La più bassa è in Bulgaria (75,9)



**EUGENIA TOGNOTTI**

Professoressa ordinaria di Storia della medicina e scienze umane all'Università di Sassari







Servizio L'intervento

## **Dai vaccini agli screening: dietro la farmacia che avanza c'è la rete della distribuzione**

Le recenti misure varate dal Governo in materia di remunerazione della filiera rappresentano un segnale di attenzione

*di Antonello Mirone\**

29 ottobre 2025

Dai vaccini alle campagne di screening, fino alla dispensazione quotidiana di farmaci e dispositivi medici, la rete dei distributori rappresenta oggi una delle infrastrutture più solide e affidabili del nostro sistema sanitario. Con l'avvio, dal 1° ottobre, della nuova campagna vaccinale contro influenza e Covid e con la ripresa delle iniziative di screening istituzionali di prevenzione promosse nelle farmacie, si conferma l'efficacia di un modello che unisce pubblico e privato nella tutela della salute e nella prevenzione.

È la manifestazione concreta di una sanità di prossimità che funziona, capace di raggiungere ogni giorno milioni di cittadini, anche nei territori dove l'assistenza rischia di essere più fragile.

Alla base di questo modello c'è la Distribuzione Intermedia, il ponte che collega produzione e farmacia, garantendo continuità, sicurezza e qualità in ogni fase del percorso. Un ruolo non meramente logistico ma essenzialmente sanitario e di servizio: è grazie a questa rete che 19.500 farmacie possono operare come veri presidi di salute, offrendo servizi, prevenzione e assistenza in modo capillare e coordinato, anche nelle aree interne e rurali, dove per oltre 12 milioni di cittadini la farmacia rappresenta il presidio sanitario più accessibile. Una presenza che integra salute, servizio e coesione economico-sociale.

Le recenti misure varate dal Governo in materia di remunerazione della filiera — che riconoscono la funzione essenziale svolta dai distributori intermedi — rappresentano un segnale importante di attenzione e visione. È un passo che va nella direzione giusta, perché investire in questo segmento significa consolidare l'intera rete di prossimità e rafforzare la capacità del Paese di rispondere ai bisogni di salute in modo tempestivo ed equo.

Questo riconoscimento apre una fase nuova: un confronto costruttivo e di lungo periodo tra istituzioni e operatori, orientato alla sostenibilità e all'efficienza complessiva del sistema. Si tratta di lavorare insieme per un equilibrio stabile che valorizzi ogni anello della catena, dal produttore al farmacista, passando per chi ogni giorno garantisce che tutto arrivi dove serve, in tempi rapidi, con certezza di trasparenza, quindi senza sprechi e con piena garanzia di sicurezza per la salute dei cittadini.

È grazie a questo prezioso ruolo svolto dai Distributori che la Farmacia dei servizi non è più un'ipotesi: è una realtà che evolve con la società, sostenuta da una filiera che funziona.

Rafforzare la Distribuzione Intermedia significa investire nella salute di prossimità, nella fiducia dei cittadini e nella resilienza del nostro sistema sanitario.

*\*Presidente Federfarma Servizi*

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA



Servizio Il cambio alla direzione

## **Farindustria: Riccini nuovo Dg prende testimone da Enrica Giorgetti che lascia dopo 20 anni**

Giorgetti dopo aver ricoperto importanti ruoli in grandi società quotate e nel sistema confindustriale ha guidato dal 2005 la struttura di Farindustria

29 ottobre 2025

Enrica Giorgetti lascia per pensionamento Farindustria, che ha diretto negli ultimi venti anni con tre presidenti. Carlo Riccini, suo vice, è stato nominato oggi nuovo direttore generale dalla Giunta dell'Associazione delle Imprese Farmaceutiche in Italia, con effetto dal 1° dicembre 2025. Si tratta di un passaggio in assoluta continuità con Enrica Giorgetti che, dopo aver ricoperto importanti ruoli in grandi società quotate e nel sistema confindustriale, ha guidato dal 2005 la struttura di Farindustria con passione e competenza, riconosciute a ogni livello.

Enrica Giorgetti è stata componente per quattro mandati del board di Efpia, l'Associazione Europea delle Imprese del Farmaco, "ha affrontato con visione strategica e spirito innovativo - si legge in una nota di Farindustria - le continue trasformazioni del settore. Sempre orientata al dialogo con le istituzioni europee, nazionali e regionali e attenta alla dimensione internazionale, ha operato per il riconoscimento del valore di uno dei settori protagonisti dell'industria in Italia, per la collaborazione tra imprese e mondo scientifico ai fini dello sviluppo della ricerca in Italia, per un modello partecipativo di relazioni industriali, in accordo con le rappresentanze sindacali". Mela d'oro della Fondazione Bellisario nel 2006, ha voluto promuovere la conoscenza della medicina di genere e del modello di inclusione delle donne nell'industria del farmaco attraverso le buone pratiche dedicate alla carriera e ai servizi di welfare che la sostengono. Una donna "dell'operare più che dell'apparire, capace di trasformare idee e strategie in risultati per l'intera filiera della salute".

Attuale Vicedirettore Generale, Direttore del Centro Studi e Responsabile dell'Ufficio Piccola Industria di Farindustria, Carlo Riccini è nato a Roma nel 1974. Laureato in Scienze Statistiche e con un Master in Economics, è stato Ufficiale dell'Esercito Italiano e ha una esperienza di venticinque anni nel Sistema Confindustria, dei quali venti in Farindustria. Rappresenta l'Associazione in Europa nei gruppi di lavoro economici di Efpia, la Federazione Europea, e in Italia in quelli di Confindustria. Il Presidente Marcello Cattani, il Comitato di Presidenza e la Giunta hanno espresso a Enrica Giorgetti il più sincero ringraziamento per il suo contributo straordinario al settore e augurano buon lavoro al Direttore Generale Riccini.





Servizio CITTADINANZATTIVA RISPONDE

## **“Ho sentito parlare dei farmaci equivalenti, ma sono sicuri come quelli di marca?”**

L'associazione per la partecipazione e tutela dei cittadini risponde alle domande sui diritti e l'accesso ai servizi sanitari.

29 ottobre 2025

Ho sentito parlare di farmaci equivalenti, ma non sono sicuro di cosa siano esattamente e se siano sicuri come i farmaci “di marca”. Potreste spiegarmi meglio? Aldo P.

Il farmaco equivalente, o “generico”, è un medicinale che possiede lo stesso principio attivo, la stessa forma farmaceutica, via di somministrazione, dosaggio e modalità di rilascio di un farmaco “di marca” il cui brevetto è scaduto. Questo significa che, dal punto di vista terapeutico, sono identici. Per quanto riguarda la sicurezza, i principi attivi dei farmaci equivalenti sono già stati ampiamente studiati e il loro uso clinico è consolidato da molti anni. L'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) li valuta sicuri e ne garantisce la stessa qualità, efficacia e sicurezza del farmaco originale. Quindi, può stare tranquillo: un farmaco equivalente offre le stesse garanzie del farmaco di marca.

Le uniche differenze che potrebbe notare riguardano gli eccipienti (sostanze non attive), il colore, la forma o le condizioni di conservazione, ma queste non influenzano in alcun modo la qualità o l'efficacia del medicinale. Il vantaggio principale per i cittadini, è il risparmio economico. I farmaci equivalenti costano meno perché le aziende produttrici non hanno dovuto sostenere i costi iniziali di ricerca e sviluppo. Questo si traduce in un consistente risparmio, soprattutto per i farmaci rimborsati dal Servizio Sanitario Nazionale. Ovviamente, è sempre importante confrontarsi con il proprio medico di medicina generale.

Per approfondire o confrontare i farmaci equivalenti, Cittadinanzattiva ha creato l'app IOequivalgo, con la quale è possibile confrontare prezzi, sicurezza ed efficacia dei farmaci equivalenti. Qui due link utili: il sito dell'Agenzia del farmaco e il sito sui farmaci equivalenti.

Servizio Dottore, ma è vero che

## **Dagli abiti ai giornali fino alle scatole: l'accumulo compulsivo è una malattia?**

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

29 ottobre 2025

Abiti che non indossiamo più, vecchi giornali, scatole vuote, scontrini: tutti noi tendiamo a conservare qualcosa. A volte si tratta di oggetti dal valore puramente affettivo, legati a un ricordo che non vogliamo perdere, altre volte li teniamo perché “potrebbero servire”. Ma quando questa tendenza smette di essere una semplice abitudine disordinata e si trasforma in qualcosa di più serio? Per alcune persone, separarsi dagli oggetti diventa un'impresa impossibile, e gli spazi abitativi si riempiono progressivamente fino a compromettere la salute e il benessere mentale. Non si tratta di pigrizia o di mancanza di organizzazione: dietro l'accumulo può esserci un disturbo psicologico. La disposofobia, diventata nota con reality televisivi e casi di cronaca, causa rischi concreti, importanti da riconoscere per aiutare chi ne soffre.

### **Accumulare troppe cose è una malattia?**

Sì, in alcuni casi accumulare troppe cose può essere una condizione patologica. Si tratta del disturbo da accumulo (o disposofobia, dall'inglese hoarding cioè “accumulazione”), e si manifesta con la persistente difficoltà a eliminare i propri beni. La persona che ne soffre continua a conservare nella propria abitazione numerosi oggetti, anche inutili o danneggiati, perché separarsene provoca un profondo disagio. È importante non confondere il disturbo da accumulo con il collezionismo, che è invece una raccolta curata e intenzionale di oggetti specifici, né con il naturale attaccamento emotivo a beni che sono appartenuti a una persona cara che non c'è più. E, naturalmente, è ben diverso dal disordine delle camerette dei ragazzi. L'accumulo compulsivo, o seriale, è oggi riconosciuto ufficialmente come patologia a sé stante nel DSM-5 (il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali). Pur appartenendo allo spettro dei disturbi ossessivo-compulsivi, viene classificato separatamente proprio per le sue caratteristiche specifiche.

### **Come si riconosce?**

L'Associazione degli psichiatri americani ha stilato un elenco di sintomi e manifestazioni che identificano gli accumulatori compulsivi: difficoltà insuperabile a buttare via, vendere, riciclare, regalare; accumulo di oggetti (e rifiuti, talvolta anche organici) in equilibrio precario, disordinato, in ogni spazio della casa, compresi letti, scale, lavandini e bagno; molto tempo impiegato a spostare gli oggetti o cercare ciò che è effettivamente utile; conflitti con persone che offrono aiuto per eliminare il disordine; la convinzione che qualsiasi cosa possa essere utile in futuro o che abbia un valore economico; in casi più rari, accumulo di animali domestici. Secondo diversi psicologi è possibile tracciare un identikit dell'accumulatore seriale. Si tratta di una persona che spesso vive da sola, che non ha una vita sociale attiva; inoltre, ha difficoltà a prendere decisioni e a gestire le emozioni, la sofferenza in particolare. L'ipotesi è che l'accumulatore compulsivo trasferisca sugli



oggetti non buttati la facoltà di sentirsi al sicuro, persino felice. Un altro tratto distintivo caratteristico è il non rendersi conto della gravità della condizione. Di conseguenza, si nega l'evidenza e solo raramente si chiede aiuto; quando il problema emerge, spesso ha già causato danni. Un ulteriore segnale d'allarme è lo shopping compulsivo. Solo una minoranza delle persone che amano comprare con frequenza, tuttavia, diventa o rischia di diventare accumulatore seriale.

### **Chi è più a rischio, allora? E quali sono le cause?**

Nell'immaginario collettivo, alimentato anche da reality show sul tema e da casi di cronaca, si è imposta la figura dell'accumulatore come una persona anziana, in difficoltà economiche, isolata socialmente. Ma non è sempre così. Sebbene la disposofobia sia più comune in età avanzata, secondo gli psichiatri i sintomi precoci possono manifestarsi già nell'infanzia e nell'adolescenza e, se non controllati, diventano progressivi e cronici. Le cause non sono chiare. Si è notato, nei casi analizzati, che spesso all'origine del disturbo c'è un trauma non gestito, un evento che ha comportato la perdita di una persona come della propria abitazione. Si sta studiando anche l'ipotesi della familiarità ed è invece accertata, in un caso su tre, la compresenza di depressione o ansia e disturbi mentali come, appunto, quello ossessivo-compulsivo.

### **Perché accumulare eccessivamente è pericoloso?**

Le conseguenze più evidenti sono un peggioramento della qualità della vita per chi accumula e per gli eventuali conviventi. Soffrire di disposofobia è, inoltre, associato a problemi sul lavoro. Emergono inoltre rischi per la salute e per la sicurezza. L'accumulatore, soprattutto se anziano, è soggetto a cadute e lesioni, alla contaminazione alimentare e a infestazioni (anche di insetti o di animali, come topi), oltre a disattenzioni che causano incendi e danni all'abitazione. Gli ingombri in cucina e in bagno possono anche impedire la corretta alimentazione e l'igiene personale.

### **Esistono terapie per questo disturbo?**

Ciò che gli accumulatori seriali conservano non è tanto l'oggetto in sé, quanto il suo significato: ricordi, emozioni, un senso di sicurezza, e l'illusione di controllo legata ai beni materiali. Si seguono, dunque, generalmente i trattamenti psicologici riservati a chi soffre di depressione o di disturbo ossessivo compulsivo. La terapia più diffusa consiste in farmaci antidepressivi e, quando il paziente è collaborativo, la psicoterapia cognitivo-comportamentale è efficace. Naturalmente occorre anche un aiuto pratico, per rendere abitabile e sicura l'abitazione, stimolando il paziente a liberarsi consapevolmente degli oggetti accumulati.

*Leggi la scheda integrale sul sito [dottoremaeveroche di Fnomceo](#)*



Servizio La giornata mondiale

## **Contro l'Ictus ogni minuto conta: in 60 secondi si perdono due milioni di neuroni, il metodo "Fast"**

L'acronimo indica cosa valutare per sospettare un ictus e intervenire al più presto per limitare il danno al cervello e aumentare le possibilità di recupero

29 ottobre 2025

Una persona colpita da ictus - in Italia quasi 120mila ogni anno - perde circa 2 milioni di neuroni ogni minuto, se non trattata. Questa patologia neurologica tempo-dipendente rappresenta la prima causa di disabilità nel nostro Paese. Per mettere in luce l'importanza del riconoscimento precoce dei segni di un possibile ictus – anche grazie al metodo Fast, l'acronimo che sta per Face, Arms, Speech, Time, che indica cosa valutare per sospettare un ictus e intervenire al più presto per limitare il danno al cervello e aumentare le possibilità di recupero e sopravvivenza – ISA-AII (Italian Stroke Association-Associazione Italiana Ictus), in occasione del World Stroke Day istituito annualmente il 29 ottobre, ha organizzato, insieme ad A.L.I.Ce. Italia Odv (Associazione per la Lotta all'Ictus Cerebrale), un incontro per ribadire come "Ogni minuto conta: prevenzione, cura e riabilitazione" alla Camera dei deputati.

### **Informare per riconoscere i segni precoci dell'ictus**

"L'ictus si può prevenire in gran parte, e questa è una notizia importante che, come Associazione Italiana Ictus, vogliamo diffondere – dichiara Paola Santalucia, Presidente Isa-Aii –. Molto dipende da noi, dalle scelte quotidiane che facciamo, dal modo in cui ci prendiamo cura del nostro corpo e della nostra salute. Non c'è tempo da perdere, perché ogni giorno è utile per individuare e correggere i fattori di rischio, come ipertensione, fumo, sedentarietà e alimentazione scorretta. Prevenire è il risultato più importante che possiamo raggiungere e insieme alla prevenzione vogliamo anche informare su come riconoscere i segni precoci dell'ictus (asimmetria nel volto, deviazione della rima labiale, incapacità di tenere sollevate entrambe le braccia contemporaneamente, mancanza di forza da un lato del corpo e difficoltà nel linguaggio), e agire tempestivamente. In caso di ictus, agire velocemente significa infatti salvare il cervello e ridurre o azzerare le conseguenze". "Ogni minuto può fare la differenza tra la vita e le conseguenze dell'ictus, inclusa la morte. Prevenire e riconoscere sono due atti di responsabilità - avverte Santalucia - che possono fare la differenza per ridurre l'impatto della patologia, per i quali ISA-AII è impegnata grazie a tutti i professionisti che fanno parte della rete ictus italiana, insieme all'Associazione dei pazienti ALICe. Questi e altri interventi sono presenti all'interno del Piano Nazionale Ictus-Stroke Action Plan for Italy (SAP-I) per il quale c'è un impegno collettivo e globale da parte di tutti."

### **Le cure e i piani: dalle Stroke unit alla riabilitazione**

"Lo Stroke Action Plan for Italy (SAP-I) è totalmente in linea con lo Stroke Action Plan for Europe (SAP-E) – aggiunge Simona Sacco, Presidente ESO, European Stroke Organisation –. Il piano presenta numerosi obiettivi da raggiungere entro il 2030, come la riduzione del numero assoluto di ictus del 10% e il trattamento di almeno il 90% dei pazienti nelle Stroke Unit (oggi solo tra il 50



e il 70% accedono infatti a questi reparti), con accesso entro 24 ore dall'esordio dei sintomi. Inoltre, è fondamentale che i pazienti, dopo la fase acuta, vengano indirizzati al trattamento riabilitativo più appropriato e nel setting più adeguato. ESO promuove lo sviluppo di Piani Nazionali, anche in armonia con le disposizioni della Commissione europea, in quanto rappresentano uno strumento di dialogo con i decisori politici e un supporto per la pianificazione di interventi ai fini di cura della persona colpita da ictus e per ridurre l'impatto socio-sanitario della patologia.”

### **Diffondere il metodo “Fast”: Faccia, Braccia, Linguaggio, Tempo**

“Nell'ictus il tempo è davvero cervello: ogni minuto perso può compromettere la possibilità di recupero. Ogni minuto conta non solo nei primi istanti in cui l'ictus colpisce, quando riconoscere i sintomi e agire subito può fare la differenza tra la vita e la morte, ma anche, e direi soprattutto, nei minuti, nelle ore, nei giorni e nei mesi successivi— conclude Andrea Vianello, Presidente Associazione A.L.I.Ce. Italia Odv —. Per questo è fondamentale che i cittadini imparino a riconoscere subito i segnali d'allarme e chiamino senza esitazione il 112. La regola del FAST (Faccia, Braccia, Linguaggio, Tempo) è uno strumento semplice ma potentissimo per salvare vite. Come associazione pazienti siamo molto impegnati con il progetto Fast Heroes, proprio dedicato a insegnare ai bambini delle scuole primarie come riconoscere i sintomi per poter chiamare i soccorsi e salvare nonni, zii e genitori. Non possiamo limitarci a salvare vite: dobbiamo anche assicurarci che quelle vite possano continuare ad essere vissute pienamente. La riabilitazione è un capitolo fondamentale del percorso di cura: è parte integrante della guarigione, un diritto del paziente e, allo stesso tempo, un dovere del sistema sanitario. Per questo è necessaria una presa in carico globale, che unisca strutture ospedaliere, territorio, famiglia e comunità in un unico obiettivo, quello di restituire alla persona colpita da ictus la possibilità di tornare a vivere nella sua interezza”.



Servizio Tumori

## **Radiofarmaci e protonterapia: è il nucleare la nuova frontiera della medicina di precisione**

Il ministro Schillaci: impegnati per investimenti mirati, formazione specialistica e un sistema regolatorio capace di accompagnare il progresso, non di ostacolarlo

*di Ernesto Diffidenti*

29 ottobre 2025

“Le tecnologie nucleari applicate alla medicina stanno cambiando radicalmente il modo in cui affrontiamo la prevenzione, la diagnosi e la cura delle malattie. Dalla produzione di radiofarmaci sempre più precisi, alla protonterapia, fino alle piattaforme digitali che integrano immagini, dati clinici e modelli predittivi siamo davanti a una nuova frontiera della medicina di precisione”. E’ la riflessione del ministro della Salute, Orazio Schillaci, contenuta in un messaggio inviato al convegno “Nucleare per la Salute – Scenari di innovazione scientifica e tecnologica tra farmaceutica, biomedicale e sanità avanzata”, promosso a Bari dal Gruppo ITEL con l’obiettivo di favorire un confronto tra istituzioni, enti regolatori, comunità scientifica, mondo clinico ed industria sulle prospettive di utilizzo del nucleare in medicina e sul valore di una strategia nazionale condivisa per lo sviluppo del settore.

### **I centri d’eccellenza dell’Italia**

“L’Italia - continua Schillaci - può contare su eccellenze riconosciute in tutto il mondo, nella rete degli Irccs, nelle università e nei centri di ricerca pubblici e privati. Il compito delle istituzioni è valorizzare queste competenze e creare le condizioni perché la ricerca diventi innovazione concreta nella pratica clinica, attraverso investimenti mirati, formazione specialistica e un sistema regolatorio capace di accompagnare il progresso, non di ostacolarlo. In questa prospettiva, la collaborazione tra scienza, industria e sistema sanitario è strategica”. Per il ministro “solo unendo risorse, conoscenze e visioni possiamo trasformare la tecnologia in benefici reali per le persone e rendere il nostro Servizio sanitario nazionale sempre più forte, equo e vicino ai cittadini”.

### **La rapida crescita del nucleare farmaceutico**

Il nucleare farmaceutico è una frontiera in rapida crescita e un segmento strategico dell’industria pharma globale: in Italia emerge EHRA – Enhanced Radiotherapy with HAdrons, un progetto che vede il Gruppo ITEL impegnato nei laboratori dell’headquarter pugliese della spin-off Linearbeam per la realizzazione e certificazione del primo sistema di protonterapia basato su acceleratore lineare: una tecnologia unica nel suo genere a livello mondiale, che si prepara a rivoluzionare l’approccio alle cure oncologiche e che rappresenta una sfida tecnologica e scientifica del made in Italy, riconosciuta a livello globale.

In Italia è attivo anche il National Consortium for Innovation and Development of Radiopharmaceuticals, promosso da Itelpharma per la parte privata con l’Università di Pavia come capofila di parte pubblica, una rete integrata per i radiofarmaci, che punta a programmi di ricerca,

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA



sviluppo e innovazione in oncologia, diagnostica avanzata e terapie teragnostiche, con 5 hub operativi e 11 partner in tutta Italia.

### **Diaferia (Itel): valorizzare le sinergie**

“Con questa iniziativa abbiamo voluto valorizzare le sinergie di eccellenza del sistema Paese, per definire una roadmap nazionale sull’uso del nucleare in sanità - spiega Leonardo Diaferia, presidente e Founder del Gruppo ITEL -. Il settore nucleare applicato alla salute appresenta una frontiera strategica per il futuro della medicina e per la sovranità ecnologica dell’Italia. È un ambito in cui il nostro Paese possiede competenze straordinarie, che spaziano dalla fisica applicata alla radiofarmacia, dall’ingegneria alla clinica. Mettere a sistema queste capacità significa generare valore per la collettività, rafforzando il ruolo dell’Italia nel panorama scientifico e industriale internazionale”.

“Come gruppo, negli anni, abbiamo scelto di investire in un modello che unisce radici solide e apertura internazionale - aggiunge Michele Diaferia, amministratore delegato del Gruppo ITEL - consolidando la nostra presenza storica in Europa ed espandendo le attività in aree strategiche come Nord America, Penisola Iberica e Medio Oriente”. L’internazionalizzazione, non rappresenta solo una leva di crescita economica, “ma un fattore di evoluzione tecnologica e culturale: ci permette di condividere esperienze, accelerare la ricerca e rendere la sanità più avanzata ed al passo con i tempi”.



Servizio Competitività

## **AbbVie: bene il Testo Unico sui farmaci, Italia cruciale per l'innovazione**

Alberto Colzi (Senior Vice President): allo studio oltre 35 medicinali sperimentali in oncologia, emicrania e Parkinson le nuove sfide della ricerca

*di Ernesto Diffidenti*

29 ottobre 2025

“Sviluppare farmaci è solo la metà del lavoro: la nostra missione è metterli nelle mani dei pazienti. Questa, a mio avviso, è la sfida più grande che ci attende in Europa e in Italia”. In viaggio a Roma, ma ormai con un ruolo e uno sguardo internazionale, Alberto Colzi, Senior Vice President di AbbVie and President of International Therapeutics, parla di ricerca, sostenibilità, innovazione. “Quando guardo all'Italia – afferma - vedo segnali incoraggianti: per esempio, i dati più recenti mostrano come oggi l'Italia sia al secondo posto in Europa per disponibilità di farmaci innovativi. Ma vedo anche alcuni segnali d'allarme. Il tempo medio per l'accesso ai farmaci è tra i più lunghi d'Europa: in media 439 giorni dopo l'approvazione”. E ancora: “Vedo misure di contenimento dei costi come il payback, ma anche segnali positivi, come i nuovi fondi dedicati all'innovazione e la maggiore flessibilità nel tetto di spesa per i farmaci ospedalieri”.

### **Un quadro normativo certo per le imprese**

E se la strada degli investimenti pubblici conduce verso la porta stretta del rigore finanziario, una leva per la competitività su cui si può agire, secondo Colzi, è quella di offrire alle aziende un quadro normativo certo. “Credo che il Governo italiano comprenda la situazione e sia aperto al dialogo – sottolinea -. Il Testo Unico sulla legislazione farmaceutica annunciato recentemente dal ministero della Salute è un esempio concreto di collaborazione verso soluzioni di valore”. Sicuramente si può fare ancora di più per rimanere competitivi nei prossimi anni, “penso ad una progressiva riduzione del meccanismo di payback, che agisce solo da disincentivo agli investimenti, ma anche all'eliminazione delle barriere regionali all'accesso per velocizzare l'arrivo delle terapie ai pazienti, e un aumento della spesa per farmaci innovativi in rapporto al Pil”.

Insomma, si può lavorare affinché i prodotti farmaceutici siano considerati “come un investimento, non come un costo”. AbbVie, 73 miliardi di dollari investiti complessivamente in R&S dal 2013, 90 programmi clinici e tecnologici attivi e 375 studi clinici in oltre 50 Paesi, è pronta a fare la sua parte anche in Italia dove è attivo il sito produttivo di Campoverde, alle porte di Roma (90 milioni stanziati dal 2019), che esporta farmaci in 130 mercati mondiali.

### **Oltre 35 medicinali sperimentali per l'oncologia**

“Stiamo esplorando oltre 35 medicinali sperimentali in oncologia – spiega Colzi - ognuno con un approccio scientifico diverso e continuiamo a investire nel campo dell'immunologia per individuare nuove aree terapeutiche con approcci sempre più personalizzati a malattie immunologiche come la psoriasi, l'artrite reumatoide e le patologie infiammatorie croniche

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA



intestinali. Ma guardiamo anche ai bisogni dell'intero sistema". Colzi fa due esempi concreti. Il primo è l'emicrania. "È molto più di un semplice mal di testa – sottolinea -. Non tutti lo sanno, ma questa è la prima causa di disabilità al mondo. In Italia colpisce oltre 6 milioni di persone, in particolare le donne che ne soffrono tre volte più degli uomini, e genera un impatto economico - principalmente per la perdita di giornate lavorative - stimato tra i 5 e i 6 miliardi di euro all'anno. Oggi disponiamo di trattamenti in grado di cambiare radicalmente questa realtà e di aiutare le persone a migliorare la propria salute".

### **Le nuove frontiere per la cura del Parkinson**

Un altro esempio è il Parkinson. Una sfida sanitaria globale in forte crescita. In Italia, si prevede che il numero di pazienti con Parkinson avanzato raddoppierà nei prossimi vent'anni. Il 60% di questi pazienti è costretto a lasciare il lavoro in anticipo, e si stima che familiari e caregiver, solo in Italia, prestino ogni anno circa 2 miliardi di ore di assistenza ai propri cari.

"Anche in questo caso - aggiunge Colzi - abbiamo nuove opzioni terapeutiche che migliorano il controllo dei sintomi, la qualità del sonno e della vita, riducendo le cadute e i ricoveri. Queste sono le cose che possiamo fare per le persone e per la società se scegliamo di investire e intervenire in modo tempestivo".

Servizio Giornata internazionale

## **Partire dai bisogni, ecco l'invisibile filo rosso che lega le malattie rare delle ossa con i tumori al seno**

Ad ogni persona ciò di cui ha bisogno. Dalle patologie ossee fino alle Breast Unit, sempre più importanti risposte su misura in base alle necessità

*di Federico Mereta*

29 ottobre 2025

A volte, in medicina, ci sono condizioni apparentemente lontane che condividono percorsi e necessità. Così si crea un fil rouge, capace di unire nella risposta alle donne e agli uomini che affrontano una patologia risposte solo apparentemente diverse, ma simili nella sostanza. Sotto questa luce, in qualche modo, le malattie rare delle ossa (più di 500) rappresentano una questione da risolvere per il futuro. E la realtà delle Breast Unit, presenti in circa l'80% delle strutture oncologiche, rappresenta un modello di integrazione di competenze ottimale a favore delle pazienti. Insomma, a volte l'assistenza corre binari paralleli, anche se apparentemente distanti.

### **L'appello dei pazienti per le malattie ossee**

Diagnosi precoce. E trattamento su misura, per ridurre i rischi di peggioramento dei sintomi, disabilità progressive e impatto fortemente negativo sulla qualità di vita, che ne risulta compromessa. Si basa su questo la "chiamata" delle associazioni pazienti per un intervento congiunto tra clinici, pazienti e istituzioni che viene da un convegno a Roma, organizzato in occasione della Giornata internazionale delle malattie rare delle ossa. A lanciarla Aisfos (Associazione italiana dei pazienti con disordini rari del metabolismo del fosfato), Api (Associazione pazienti ipofosfatasia), Appi (Associazione per pazienti affetti da ipoparatiroidismo), Associazione osteogenesi imperfetta, Acondroplasia insieme per crescere, Aisac (Associazione per l'informazione e lo studio dell'acondroplasia).

«La prevenzione primaria e secondaria rappresenta, oggi, lo strumento più efficace contro le malattie rare delle ossa – sottolinea Maria Luisa Brandi, presidente Firmo, Fondazione italiana ricerca sulle malattie dell'osso -. Dove corretti stili di vita, apporto di calcio e vitamina D, rinuncia a fumo e alcool e attività fisica regolare non bastano, allora sono i controlli regolari dai giusti specialisti la carta vincente».

### **Il valore della diagnosi precoce**

Riconoscere presto il quadro permette di controllare o ridurre le conseguenze a lungo termine di queste patologie, come deformità scheletriche, fragilità ossea aumentata, dolore cronico, rallentamento o arresto della crescita e complicanze associate ad anomalie cardiache, neurologiche o gastrointestinali. «Inoltre, il ritardo diagnostico impedisce l'accesso tempestivo a terapie specifiche e a un supporto adeguato, peggiorando il carico fisico, psicologico e sociale su pazienti e caregiver – conferma Brandi -. Purtroppo, però, quando la malattia viene riconosciuta sono spesso già trascorsi 10 o 15 anni dall'esordio dei sintomi. In Italia abbiamo strutture all'avanguardia nella



gestione di queste patologie: siamo stati i primi al mondo a rendere disponibile gratuitamente il test diagnostico per l'ipofosfatasia, una condizione caratterizzata da bassi livelli di fosforo nel sangue. Riconoscere queste condizioni non è semplice: spesso i medici non dispongono delle conoscenze specifiche necessarie, e solo pochi centri hanno accesso diretto a indagini diagnostiche avanzate. Questi esami, infatti, vengono eseguiti in laboratori altamente specializzati, che vanno oltre le analisi di base normalmente disponibili».

### **Modelli positivi, il valore delle Breast Unit**

In Italia nell'80% dei centri oncologici è presente una Breast Unit per il trattamento multidisciplinare del tumore del seno. Sull'intero territorio nazionale, queste strutture sanitarie, sono 280 e sei su dieci affrontano ogni anno più di 200 nuovi casi. Nel complesso tutte le Unit devono garantire assistenza sanitaria alle 925mila donne che in Italia vivono con una diagnosi di neoplasia mammaria. I dati vengono dal convegno "Le Breast Unit per il Benessere delle Pazienti" organizzato dalla Fondazione per la medicina personalizzata (Fmp).

«Sono le uniche strutture sanitarie che possono davvero garantire la necessaria assistenza multidisciplinare e multiprofessionale – sostiene Paolo Marchetti, presidente della Fmo -. Il cancro del seno è una malattia molto complessa la cui incidenza è in crescita in tutti i Paesi Occidentali. A livello mondiale è il secondo tumore più diffuso e si stimano 2,3 milioni di nuovi casi ogni anno. Oggi siamo in grado di riconoscere e trattare i diversi sottogruppi di patologia con terapie e trattamenti personalizzati. Anche a causa di questa ampia eterogeneità si rende indispensabile la gestione di ogni singola neoplasia da parte di una squadra di operatori sanitari con competenze diverse».

### **Voce ai bisogni delle donne**

Anche in questo caso, la parola dei pazienti è fondamentale. All'evento hanno preso parte 12 associazioni di pazienti. «E' un convegno innovativo concepito con un approccio partecipato e inclusivo – prosegue Andrea Botticelli, responsabile della Breast Unit del Policlinico Umberto I di Roma -. Vogliamo mettere al centro i bisogni reali a cui dobbiamo saper rispondere e per questo va superato il concetto tradizionale di "paziente al centro". Bisogna abbracciare un modello nuovo in cui la donna è affiancata dal medico curante e con lui condivide consapevolmente le scelte terapeutiche e di percorso. È questo il modello di cura multidisciplinare che deve essere promosso in tutte le Breast Unit italiane».

Insomma, la via è quella della formazione condivisa. «Le donne colpite da carcinoma mammario hanno molte nuove esigenze – aggiunge Giuliana D'auria, dell'Uoc Oncologia medica interpresidio Sandro Pertini Sant'Eugenio di Roma -. L'assistenza che dobbiamo garantire può avvalersi di nuovi strumenti che sono stati validati da studi e ricerche scientifiche. È questo il caso dello sport che ha dimostrato di essere un valido "trattamento". Supporta l'organismo femminile e contribuisce al buon successo delle terapie anti-cancro. L'alimentazione gioca un altro ruolo importante durante l'intero percorso di cura e nel successivo periodo del follow up. Infine, anche l'arte, la cultura e tutto ciò che combatte lo stress quotidiano può essere utilizzato per aiutare le nostre pazienti».

# Lazio senza 500 medici di famiglia: Rocca arruola neo-laureati con contratti fantasma

**F**rancesco Rocca ha un problema. Anzi, due. Il primo: nel Lazio mancano 500 medici di famiglia su circa 3.700, oltre il 13 per cento della forza lavoro. Il secondo problema è come il governatore del Lazio ha deciso di gestire la riorganizzazione della medicina territoriale: imponendo ai giovani medici appena specializzati di firmare contratti fantasma per il "ruolo unico".

Il risultato è un cortocircuito che la Fimmg (Federazione italiana medici di medicina generale) Lazio ha denunciato con una lettera di diffida inviata a tutte le Asl del Lazio che stanno facendo firmare ai medici diplomati nel 2025 dei moduli per l'accettazione di incarichi "extra Acn", cioè al di fuori dell'Accordo Collettivo Nazionale.

Cosa devono accettare questi giovani medici? L'impegno a "completare il ciclo orario" (lavorare molte più ore del medico tradizionale) "in luoghi e nei termini indicati dall'azienda sanitaria". Il tutto "senza chiarezza rispetto al corrispettivo economico orario che verrebbe erogato in attesa delle attivazioni delle Case di Comunità, che ad oggi non sono operative". In pratica: lavorate dove vi diciamo noi, quando vi diciamo noi, vi faremo sapere quanto vi paghiamo. Firmate qui. E mentre la Regione cerca di imporre una riorganizzazione della medicina di base costruita sul nulla contrattuale, il sistema esistente sta collassando. Nel Lazio

mancano circa 500 medici di famiglia, 300 solo a Roma. Le conseguenze sono già drammaticamente visibili. Le periferie romane - Dragona, Trullo, Torrenova, Tor Bella Monaca, Torre Angela - sono diventate deserti sanitari. E così, per ottenere una semplice ricetta per farmaci cronici o una prescrizione, sono costretti ad aspettare il weekend e riversarsi negli ambulatori di continuità assistenziale, quelli che dovrebbero occuparsi solo delle urgenze notturne e festive. Oppure intasano il Pronto soccorso anche solo per rinnovare una prescrizione. Ma è nelle province che la situazione raggiunge livelli drammatici. A Viterbo e Rieti interi Comuni sono rimasti scoperti. A commentare, ieri, il collasso della medicina territoriale è stata la consigliera dem Emanuela Droghei: "Interi quartieri di Roma e molti Comuni della provincia sono senza medico. I cittadini, soprattutto i più fragili, sono costretti a rivolgersi al Pronto soccorso persino per una ricetta. Da quasi tre anni la Regione di Rocca non pubblica i bandi per sostituire i medici andati in pensione".

**LINDA DI BENEDETTO**

**SANITÀ IN CRISI**





Fondazione Policlinico Gemelli, al charity dinner annuale raccolti oltre 550.000 euro

# Quei progetti di cuore per la ricerca

## L'EVENTO

Elegante charity dinner autunnale, presso il Complesso Monumentale di Santo Spirito in Sassia, con diversi volti noti. Cinquecento gli invitati. Tutti catalizzati dall'evento clou dell'anno a sostegno della ricerca del Policlinico Gemelli, ospitato nelle magnifiche Corsie Sistine, commissionate nel 1473 da Papa Sisto IV: lo stesso della Cappella Sistina. Pensate come "ospedale" per assistere pellegrini in difficoltà e vittime delle tante epidemie dell'epoca, le Corsie sono un capolavoro di architettura e di affreschi, con finalità che ben si sposano con il target del dinner: migliorare l'assistenza ai pazienti. Al prestigioso invito rispondono anche **Maria Grazia Cucinotta**, in mise scura, **Gianni e Maddalena Letta**, il fascinoso **Raoul Bova**, i conduttori **Roberto Giacobbo** e **Alberto Matano**, **Esther Crimi**, **Benedetta Rinaldi**, **Barbara Palombelli** con **Francesco Rutelli**

e la giornalista del Tg1, **Maria Soave**.

Cocktail di benvenuto e si entra nel vivo della manifestazione. **Caterina Balivo**, in bianco, introduce al folto pubblico presente **Daniele Franco**, presidente Fondazione Policlinico Gemelli, e **Elena Beccalli**, retttrice Università Cattolica del Sacro Cuore, che ricorda il compianto professor Giovanni Scambia. «Siamo contenti del rapporto con la città di Roma - dice Franco - la risposta a questo evento è davvero ampia». Commozione quando **Violante**

**Placido** legge la testimonianza di una paziente e poi intona un brano alla chitarra. Arriva il direttore scientifico del Policlinico, **Antonio Gasbarrini**. Il ricavato della serata, 550 mila euro, servirà per potenziare le ricerche e il servizio clinico di biopsia liquida e la realizzazione di un'app che aiuterà i parenti dei pazienti ad interfacciarsi in modo più confortevole con i medici del pronto soccorso. Applausi.

Performance degli artisti **Amar** e **Simone Cristicchi**. Ecco il presidente della Regione Lazio

**Francesco Rocca** e **Antonello Aurigemma**, presidente del consiglio regionale del Lazio. «Un momento importante - sottolinea Rocca - per un'istituzione no profit tra le più stimate d'Italia». Sale sul palco il direttore generale del Gemelli **Daniele Piacentini**. Poi goloso dinner a base di filetto di spigola in crosta di panko, pinoli e paprika affumicata. Ricca asta benefica battuta da **Cristiano De Lorenzo**, direttore di Christie's Italia. Ed è un successo.

**Lucilla Quaglia**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## IN CAMPANIA/1

# Piano di rientro della sanità Schillaci: «Nessun motivo politico»

«Sul piano di rientro sanitario della Regione Campania la situazione è quella che conoscete. Non c'è nessuna motivazione politica, abbiamo esaminato con i tecnici la richiesta in modo preciso e puntuale». Lo ha detto a Caivano il ministro della Salute, Orazio Schillaci, nel corso della visita con il candidato del centrodestra alla presidenza della Regione, Edmondo Cirielli, nel Centro Sportivo

“Pino Daniele”. «Ci sono problemi di lista di attesa - ha aggiunto Schillaci - e, se andiamo a vedere i dati, la Campania è quella che ha assunto meno personale negli ultimi 5 anni. Ci sono problemi strutturali che vanno risolti nell'interesse dei campani. Il Ministero è per aiutare le Regioni, e soprattutto per dare una sanità pubblica migliore a tutti».

