

**19 febbraio 2026**

# **RASSEGNA STAMPA**



**ARIS**  
ASSOCIAZIONE  
RELIGIOSA  
ISTITUTI  
SOCIO-SANITARI

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

**FESTINA**  
Orologi dal 1902

# la Repubblica



E L'ORA DELLE OLIMPIADI!

Fondatore  
**EUGENIO SCALFARI**

Direttore  
**MARIO ORFEO**

**R50**

il venerdì

DOMANI IN EDICOLA

il venerdì  
I 25 anni di Wikipedia  
l'enciclopedia online

**Rispettacoli**  
Con "Days of ash"  
la nuova rabbia degli U2

di GINO CASTALDO  
a pagina 40



Giovedì  
19 febbraio 2026  
Anno 51 - N° 40

In Italia € 1,90

## Mattarella difende i giudici ma Meloni attacca ancora

Il presidente interviene al plenum del Csm: "Serve rispetto per questa istituzione"  
La premier sulla sentenza di risarcimento a Sea Watch: "Una decisione assurda"

Il presidente della Repubblica Sergio Mattarella interviene al plenum del Consiglio superiore della magistratura e richiama le istituzioni a «rispettare il Csm». Il ministro della Giustizia Nordio promette: «Mi adeguerò». La premier Meloni attacca i giudici dopo la sentenza di risarcimento alla ong Sea Watch: «Un'altra decisione che lascia senza parole».

di CIRIACO DE CICCO, FOSCHINI, RIFORMATO, VECCHIO, VITALE e ZINITI • alle pagine 2, 3, 4 e 5

### Se il limite è stato superato

di GIAN LUIGI GATTA

Il gesto e il messaggio del presidente Mattarella, che per la prima volta si è recato nella sede del Consiglio superiore della magistratura per presiedere una riunione ordinaria del plenum, hanno un grande valore per la nostra democrazia, che merita di essere colto e sottolineato. Il presidente della Repubblica è il garante della Costituzione e, quale capo dello Stato, rappresenta l'unità nazionale.

• a pagina 5

### Sì al decreto per le bollette Editoria, accuse al governo

di COLOMBO, CONTE, FERRARO e SANTELLI

• alle pagine 30, 31 e 33

ALTAN  
SONO ASTENSIONISTA,  
MA NON SO CONTRO CHI.



## Il summit medico spegne le speranze "No al trapianto"

Peggiorano le condizioni del bimbo  
la mamma: è vivo, io non lo lascio

Si spengono le speranze per il bambino in gravi condizioni all'ospedale Monaldi di Napoli. Gli esperti hanno detto no a un nuovo trapianto di cuore: «Le sue condizioni sono incompatibili con un'altra operazione». La madre: «Finché resiste rimarrò accanto a lui».

di DEL BELLO, DEL PORTO, DI COSTANZO, DIPOLLINA e GIANNOLI • alle pagine 6 e 8

IL DOCUMENTO

"Quando il cuore arrivò  
era un blocco di ghiaccio"

di MICHELE BOCCI

Il linguaggio degli atti ufficiali non salfisce la drammaticità del momento: «All'apertura del contenitore termico risultava impossibile estrarre il secchiello contenente il cuore».

• a pagina 7

**GAMMA SWM**  
Fino a  
**€ 6.000 di vantaggi**  
Fino al 28-12-2026 con contributo SWM e finanziamento CA Auto Bank

Scopri da **€ 15.990**  
99 (IVA 0%) € 199 | Anticipo € 4.570 | TAN 7,99% - TAEG 15,07%

Per il concessionario: [www.swm-motors.it](http://www.swm-motors.it)

**SWM**

LO SCENARIO

Le fumate nere  
di Ginevra  
e i venti di guerra

di MAURIZIO MOLINARI

Doppia fumata nera ai negoziati di Ginevra e venti di guerra nel Golfo: sono i no di Mosca e Teheran a determinare l'impasse nelle rispettive trattative per porre fine alla guerra in Ucraina ed evitare un nuovo conflitto in Medio Oriente. Obbligando Trump a fare i conti con le autocrazie.

• a pagina 13  
servizi di CASTELLETTI e MASTROLILLI  
• alle pagine 16 e 17



Argento short track  
Fontana record  
con 14 medaglie

di MAURIZIO CROSETTI

• alle pagine 42 e 43

LA MEMORIA

Eco aveva previsto  
il nostro futuro  
tra fake news e IA

di STEFANO BARTEZZAGHI

Però non pensate che io faccia Nostradamus. Dillo anche a Ezio Mauro. Nel 2012, con Silvio Berlusconi fuori da palazzo Chigi dal novembre precedente, nasceva il festival della Repubblica delle Idee e Umberto Eco accettò di essere protagonista di un incontro in piazza Santo Stefano, ponendo soltanto la condizione di non essere consultato come un oracolo.

• alle pagine 38 e 39

Prezzi di vendita all'incasso: Gamma € 3,50 - Croatia, Francia, Monaco P., Slovenia € 4,00 - Svizzera Italiana CHF 5,50 - Svizzera Francese e Tedesca CHF 4,50

Sette (00) 47 Roma, via Cristoforo Colombo, 90 Tel. (06) 498211 - Sped. Abb. Post. Art. 1, Legge 66/04 del 27/02/2004 - Roma

Concessionari di pubblicità: A. Manzoni & C. Milano - via E. Agnelli, 8 - Tel. (02) 747491 - email: [pubblicita@manzoni.it](mailto:pubblicita@manzoni.it)

La Repubblica è un prodotto  
di giornalismo e cultura  
in rete sempre  
in movimento e in evoluzione

con "I capolavori  
di Giorgio  
Santuzi" € 11,80





## CORRIERE DELLA SERA

RCS

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

FONDATA NEL 1876

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

**Milan pari con il Como**  
Inter ko in Norvegia  
L'Europa si complica  
cronaca, pagelle e commenti  
alle pagine 44 e 45



**Gli Azzurri all'Olimpiade**  
Fontana «solo» d'argento  
Bronzo nel fondo  
di Marco Bonarrigo e Gaia Piccardi  
da pagina 38 a pagina 41



Il presidente a sorpresa al plenum del Csm. Il sostegno delle opposizioni. Il ministro Nordio: «Mi adeguerò alle sue parole»

## Scontro sui giudici, altolà del Colle

Mattarella: «Rispetto tra le istituzioni». Caso SeaWatch, duro attacco di Meloni ai magistrati

### IL SENSO DEL LIMITE

di Antonio Polito

«Rigore è quando arbitro fischia». Questo motto, reso molto popolare nel mondo del calcio dall'elementare italiano di un simpatico allenatore straniero, è perfetto per spiegare il senso dell'inusuale intervento di Sergio Mattarella alla riunione del Csm. È un modo per dire: basta litigare, mettiamo fine alle polemiche, e rispettiamo ciascuno i propri ruoli. Ce n'era bisogno. Si era superato il limite. È molto chiaro il primo destinatario del rimprovero: il governo, alias il ministro di Giustizia Nordio, il quale qualche giorno fa aveva parlato di un «sistema para-mafioso» imposto dalle correnti nel Csm. Senza far nomi, Mattarella (che per Costituzione presiede quell'organo, e che ha avuto un fratello ucciso dalla mafia) ha spiegato perché, per la prima volta in undici anni, abbia partecipato ai lavori ordinari del Consiglio: «Per ribadire il rispetto che occorre nutrire e manifestare, particolarmente da parte delle altre istituzioni, nei confronti di questa istituzione». La quale, ha ricordato, ha un ruolo di rilievo costituzionale. Manca ancora un mese al referendum sulla riforma che separa le carriere di giudici e pm, e che perciò duplica l'organo di autogoverno della magistratura.

continua a pagina 26

Il capo dello Stato Sergio Mattarella interviene al plenum del Csm e fa un appello al «rispetto tra le istituzioni». Il sostegno delle opposizioni. Il ministro della Giustizia Carlo Nordio garantisce, «Mi adeguerò alle parole del presidente». Sul caso SeaWatch attacco della premier Giorgia Meloni ai magistrati.

da pagina 2 a pagina 6

### IL CAPO DELLO STATO E IL RICHIAMO

#### La scelta del Quirinale, un argine all'escalation

di Giovanni Bianconi e Monica Guerzoni

L'argine del Quirinale agli scontri sulla giustizia. «Rispetto per questa istituzione», ha ammonito Mattarella che per la prima volta in 11 anni ha partecipato al plenum del Csm in seduta ordinaria. Un richiamo chiaro.

a pagina 3

### GIANNELLI

#### IL CONSIGLIO SUPERIORE



### IMPRESE, AUMENTA L'IRAP

#### Bollette, il bonus sale a 115 euro Chi risparmierebbe

di Fausta Chiesa e Enrico Marro

Il Cdm approva il decreto bollette, con i tagli per le imprese e gli aiuti per le famiglie fragili, che sommano nuove 115 euro alle 200 di bonus strutturale. La premier Meloni: impatto rilevante di 5 miliardi. Via libera anche al decreto legge per l'emergenza maltempo in Calabria, Sardegna, Sicilia e per la frana a Niscemi.

alle pagine 28 e 29 Quersè

### MACRON, LAGARDE, LA BCE

#### Brutte tentazioni (a Parigi) per paura di Marine Le Pen

di Federico Fubini

Quasi trent'anni fa, la scelta del primo presidente della Banca centrale europea arrivò dopo un negoziato estenuante. La Germania di Helmut Kohl voleva l'olandese Wim Duisenberg, la Francia di Jacques Chirac il proprio governatore Jean-Claude Trichet. Alla fine servì una forzatura: Duisenberg fece sapere che non sarebbe rimasto per gli otto anni previsti e, in sostanza, avrebbe lasciato la mano a Trichet a metà mandato. Funzionò. Ma riportare logiche politiche nei tempi della Bce, oggi, non sembra una grande idea.

continua a pagina 26 e a pagina 30 Sabella

### Camillo Ruini La fede, le amicizie: Ratzinger sbagliò a lasciare



#### «Per tre volte mi sono innamorato ma ho resistito»

di Aldo Cazzullo

Prodi e Berlusconi, Giovanni Paolo II, «il più grande» e Benedetto XVI «sbagliò a dimettersi», Francesco «ha tenuto troppo poco conto della tradizione» e Leone, il fisioterapista in comune con Giorgia Meloni e una confessione: «Mi sono sentito attratto da tre donne, ma grazie a Dio ho resistito». Il cardinale Ruini si confida al Corriere.

alle pagine 24 e 25

## Il dramma I medici: non sarebbe sopravvissuto Niente trapianto per il bimbo di Napoli La madre lo veglia

di Dario Sautto

Il piccolo Domenico, così si chiama il bimbo di due anni e mezzo cui è stato trapiantato un cuore rovinato, non può sopportare un ulteriore intervento. Il cuore nuovo, che pure è stato trovato ed è compatibile, salverà la vita a un altro bambino, non la sua. Il comitato di esperti riunito ieri all'ospedale Monaldi di Napoli ha espresso parere negativo a un secondo trapianto. «Devo essere forte», ha detto mamma Patrizia subito dopo che il suo legale ne aveva già anticipato «la rassegnazione», «Domenico non ce la farà». Lei lo veglia. Un dramma. E toccherà alla magistratura tentare di fare chiarezza sugli errori e le responsabilità.

alle pagine 12 e 13 De Ciero

### L'INTERROGATORIO

#### Crans, la verità del buttafuori: «Le porte chiuse? Ordine di Jessica»

di Giusi Fasano

a pagina 18

### AGENTI INDAGATI A MILANO

#### Il pusher ucciso dal poliziotto L'arma, i soccorsi: tutti i dubbi

di Cesare Guzzi e Pierpaolo Lio

a pagina 19

### IL CAFFÈ

di Massimo Gramellini

La storia del bimbo a cui viene trapiantato un cuore difettoso è già partita con un carico di rabbia, come ogni ingiustizia non provocata dal destino ma dalla sciattezza. Così, appena è apparsa l'opportunità di un nuovo cuore, si è sperato nel lieto fine che riequilibrasse il malfatto. Ma, dopo che una commissione di esperti ha spiegato che il trapianto non era possibile, alla rabbia si è sostituito un disagio a cui si può tentare al massimo di dare un nome, purtroppo non un senso. Il disagio deriva dal fatto che l'ultimo atto di questa storia si sottrae al classico schema binario con cui ormai si giudica ogni cosa della vita: bene-male, giusto-sbagliato. Tutti speravamo che Domenico ricevesse quel cuore per risarcirlo di quanto aveva patito, ma c'erano altri due bambini in lista d'atte-

## Quando si perde tutti



sa urgente e che, secondo i medici, avevano molte più probabilità di accogliere il dono senza rigettarlo. Darlo egualmente a lui, confidando in un miracolo solo per sanare un'ingiustizia, non avrebbe creato, a sua volta, un'altra ingiustizia? Eppure, anche la decisione, scientificamente inoppugnabile, di assegnarlo a uno degli altri due anziché a Domenico finisce per sembrare ingiusta. E due ingiustizie non si bilanciano, si sommano, lasciandoci addosso questa sensazione di impotenza confusa.

Ci piace raccontarci la vita come una commedia, dove i torti e le ragioni alla fine si stagliano sempre con chiarezza. Invece la vita assomiglia più spesso a una tragedia, in cui l'unica cosa chiara è che si perde tutti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**L'ORO HA FATTO LA STORIA.**  
Dal 1929 Obrelli è la storia dell'oro.

BANCO METALLI PREZIOSI

**OBRELLI**

1940

LAVIS TRENTO MILANO

[www.oro.obrelli.it](http://www.oro.obrelli.it)

LAVIS | TRENTO | MILANO

0461 242040 | 338 8250553 | [info@obrelli.it](mailto:info@obrelli.it)

AUTORIZZAZIONI BANCA D'ITALIA N. 50077372 - 5009401

ARGOR HERAUS

VENDIAMO E ACQUISTIAMO ORO E ARGENTO ALLE MIGLIORI CONDIZIONI



**LA CAUSA NEGLI USA**  
Dipendenza dai social  
Zuckerberg a processo

ALBERTO SIMONI — PAGINA 15



**IL NUOVO DISCO**  
Gli U2 da Trump a Putin  
l'atto d'accusa in 6 canzoni

LUCADONDI — PAGINA 30



**LE OLIMPIADI**  
Fontana, un altro argento  
la più medagliata di sempre

BRUSORIO, COTTO, ZONCA — PAGINE 32-35

1,90 € II ANNO 160 II N. 49 II IN ITALIA (PREZZI PROMOZIONALI ED ESTERO IN ULTIMA) II SPEDIZIONE ABB. POSTALE II DL 353/03 (CONV. IN L. 27/02/04) II ART. 1, COMMA 1, DCB-TO II WWW.LASTAMPA.IT



# LA STAMPA

GIOVEDÌ 19 FEBBRAIO 2026

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



GNN

PRIMA VISITA IN 11 ANNI DOPO LE FRASI DI NORDIO: "QUIDA PRESIDENTE". IL GUARDASIGILLI: LO ASCOLTERÒ

## Lo scudo di Mattarella "Rispetto per il Csm"

Ma Meloni attacca i giudici sulla Sea Watch: "Una sentenza assurda"

IL COMMENTO

Per il Quirinale  
il confine è superato

UGO MAGRI

Tutti d'accordo col presidente della Repubblica, anzi di più. A giudicare dalle reazioni entusiastiche, la politica non si aspettava altro: un intervento forte, deciso, definitivo. — PAGINA 27

CAMILLI, DI MATTEO, FAMÀ  
GRIGNETTI, MAFETANO

Un'escalation di toni sempre più accesi, a tratti indecorosi nello scontro fra esecutivo e toghe. Da qui il richiamo del presidente della Repubblica Sergio Mattarella. — PAGINE 6-9

Bollette più leggere  
più irap all'energivore

LUCAMONTICELLI — PAGINA 24

LE ANALISI

Così la premier  
sfida anche il Colle

ALESSANDRO DE ANGELIS — PAGINA 26

Algerino mai espulso  
23 reati, 13 nomi falsi

FRANCESCO GRIGNETTI — PAGINA

BIMBO DI NAPOLI, NODI DEL COMITATO DI ESPERTI AL NUOVO TRAPIANTO. LA MAMMA: CON LUI FINO ALLA FINE

## Il calvario di Domenico

FLAVIA AMABILE, MANUELA GALLETTA



Quella catena di sciatterie e dolori

ASSIANEUMANN DAYAN

Il piccolo Domenico con la madre: secondo gli esperti, trapianto del cuore impossibile per il bimbo di Napoli — PAGINE 2-4

LA FRANCIA



Bce, Lagarde  
l'addio anticipato  
con vista Eliseo

BARBERA, GORIA

«Non sono una che molla». Christine Lagarde ha ripetuto questo mantra per anni, con forza crescente negli ultimi mesi, blindando la sua presidenza alla Banca centrale europea dietro una corazzata di determinazione istituzionale che sembrava inscalfibile. — PAGINE 10 E 11

IL REPORTAGE A NARZOLE

Il vino dei Ciravegna  
40 anni dopo  
"Uccisi dal metanolo  
mai risarciti"

NICCOLÒ ZANCAN



Lo chiamavano il cavalier «dud e mès», dodici e mezzo. Come la gradazione alcolica di quel rosso da tavola, a basso costo, che produceva proprio qui a Narzole, forse l'unica zona delle Langhe senza colline e vigna. Eppure le bottiglie del cavalier Giovanni Ciravegna uscivano a camionate da questa cascina. — PAGINA 22

L'ANALISI

Le Langhe, l'orrore  
e l'età dell'oro

CARLO PETRINI

Per secoli la produzione del vino non ha avuto regolamentazioni e questo, talvolta, ha consentito anche la diffusione di pratiche di sofisticazione che oggi non sarebbero accettate. Nelle Langhe e nel Roero, ad esempio, era cosa risaputa e consolidata che Narzole, comune alle pendici della zona del Barolo, fosse il centro della lavorazione manipolata delle uve. Su questo fatto, addirittura, ci si scherzava su. Con la legge n. 930 del 1963 le cose però cambiarono. — PAGINA 23

IL MILITANTE UCCISO

Se ora Parigi teme  
l'effetto polveriera

ERIC JOZSEF

«Va a finire male». A lanciare l'avvertimento è stata Mathilde Panor, deputata vicina al leader di estrema sinistra Jean-Luc Mélenchon. Il suo partito, la France Insoumise (LFI), è accusato di essere indirettamente implicato nella vicenda dell'attivista dell'ultra destra Quentin Deranque, morto dopo il pestaggio di sabato scorso. La tensione, già alta, è cresciuta ulteriormente con l'assalto ad alcune sezioni del LFI. — PAGINA 27

LA GEOPOLITICA

Punti forti e deboli  
del Board of Peace

STEFANO STEFANINI

Cosa vuole dal Board of Peace Trump? È un espediente tattico per sbloccare il piano Gaza o uno strumento di riassetto degli equilibri internazionali? — PAGINA 27

IL RACCONTO

Vajont, lo schiaffo  
della nuova diga

CIRILLO, PADOVAN

A Longarone basta evocare una nuova centrale sul Vajont per riaprire una ferita che il tempo non ha chiuso. Il progetto per realizzare un impianto idroelettrico a valle della diga è stato depositato. — PAGINA 31

**Buongiorno**

Nonchalance

MATTIA FELTRI

Martedì, in Parlamento, Elly Schlein ha contestato la partecipazione italiana al Board of Peace di Donald Trump, sostenendo giustamente che è una struttura con l'obiettivo di togliere di mezzo l'Onu. Nelle stesse ore, Philippe Lazzarini ha accusato Israele di volersi liberare dell'Unrwa, l'agenzia per i rifugiati palestinesi istituita dall'Onu nel 1949, e di cui Lazzarini è commissario generale da sei anni. Bisogna ora premettere, come richiede l'etichetta, che Benjamin Netanyahu è un criminale di guerra e prima se ne va a casa e meglio è, e Donald Trump un pazzo scatenato e il suo Board of Peace una ridicolaggine. Ma nulla è stupefacente quanto la nonchalance con cui l'Unrwa e Lazzarini hanno ripreso le postazioni che occupavano il 6 ottobre 2023, e al di là di ogni riflessione sulle zone grigie

o grigio scuro o quasi nere mostrate dall'Unrwa nella macelleria di Hamas. Hanno ripreso le postazioni nonostante l'evidente fallimento di un'agenzia che da settantasette anni si occupa di sfollati palestinesi, con immense dotazioni di denaro, senza migliorarne di una virgola le condizioni perché gran parte di quel denaro è finito alle milizie armate. Ed è successo per conto dell'Onu che da settantasette anni non riesce a prevenire niente, a questo giro non è stato capace di prevenire il 7 ottobre, non è stato capace di prevenire la successiva carneficina di Gaza. Hanno ripreso le postazioni di prima, come le occupavano prima, per ricominciare né più né meno come prima. Non c'è bisogno di cambiare nulla. Tanto il Board of Peace di Donald Trump è una ridicolaggine. Purtroppo, come si vede, non l'unica.

**ACQUISTIAMO  
ANTIQUARIATO  
orientale ed europeo**

www.barbieriantiquariato.it  
Tel. 348 3582502



VALUTAZIONI  
GRATuite IN  
TUTTA ITALIA  
RAPPORTANTI  
COLLEZIONI O  
SINGOLI  
OGGETTI







la PORTA è di CASA

Giovedì 19 febbraio  
2026

ANNO LIX n° 42  
1,50 €  
San Mansueti  
di Milano  
mercato



# Avvenire

Quotidiano di ispirazione cattolica www.avvenire.it



la PORTA è di CASA



## Editoriale

Il richiamo del Colle sul referendum

### L'ALFABETO DEL RISPETTO

DANILO PAOLINI

A Sergio Mattarella non diletta certo la fermezza e la chiarezza. E il messaggio che ha voluto mandare ieri è arrivato forte e chiaro a tutti i destinatari, che non sono pochi. Forte e chiaro sia per le modalità, sia per i contenuti scelti per esprimerlo. Il capo dello Stato lo ha infatti invitato non dal Quirinale, ma dal plenum del Consiglio superiore della magistratura (di cui la Costituzione gli affida la presidenza) convocato in seduta "ordinaria". Non era mai accaduto nei suoi undici anni al Colle, durante i quali Mattarella ha presieduto a Palazzo Reale solo lo assemblee plenarie straordinarie. Egli stesso lo ha rimarcato, confermando così la gravità e l'importanza del gesto. E poi la sostanza del richiamo, breve e incisivo: al rispetto dovuto a un organo di rilievo costituzionale come il Csm; al rispetto che tutte le istituzioni si devono vicendevolmente.

Il referendum confermativo sulla riforma costituzionale dell'ordinamento giurisdizionale (che prevede due Consigli superiori, uno per i giudici e uno per i pubblici ministeri, oltre a istituire l'Alta Corte disciplinare) non viene nemmeno sfilato in quelle poche righe. Giusto così, perché - come ha ricordato Mattarella - l'equilibrato e rispettoso rapporto tra le istituzioni deve valere «in qualsiasi momento, in qualsiasi circostanza». Ovviamente a nessuno sfugge che pochi giorni fa il ministro della Giustizia, Antonio Martino, si è mosso per far votare il 22 e 23 marzo, ha accusato il Csm di gestire con un sistema «paramafioso» nomine, trasferimenti e giudizi disciplinari dei magistrati.

continua a pagina 8

## Editoriale

Harry e la forza riparatrice dei giovani

### IL CICLONE E LA SCINTILLA

DINIA ARENA

Sembrava indifferenza. Invece era pregiudizio. Di fronte al disastro, i vecchi pescatori dicono che il mare così arrabbiato non si vedeva dal 1985, alle onde alte sette metri e alle strade invase dall'acqua, il disinteresse mediatico e politico è stato quasi totale. C'è chi ha parlato della volontà di minimizzare per risparmiare, visti i tempi di ristrettezze di bilancio, c'è chi ha attribuito il silenzio delle istituzioni alla paura di dover fare un altro passo indietro sul ponte dello Stretto di Messina. Impensabile spendere per un'opera faraonica quando le infrastrutture bastanti hanno subito danni così ingenti. I Comuni e le Regioni colpite dal ciclone Harry-Sicilia, Sardegna e Calabria - hanno fatto sentire il loro disappunto quando ormai il sole era tornato a splendere, increduli della poca considerazione ricevuta mentre affondavano. Quando gli eventi avversi hanno colpito altre Regioni, si sono lamentati, la macchina dell'informazione e degli aiuti economici si è messa in moto subito. Questa volta è rimasta ferma per poi accendersi di fronte alla frana di Niscemi, la ferita più profonda inferta dal ciclone alla Sicilia, e alla disperazione di chi ha perso tutto. Ma dietro la patina di silenzio si annida qualcosa di più sottile, di più ambiguo: il pregiudizio che colpisce il Mezzogiorno in tanti ambiti disparati, e questa volta riguarda l'abusivismo. Con un sottotesto che considera, solo perché si trovano al Sud e sono vicine alla spiaggia, le case automaticamente fuori legge o costruite male. Conosco la costa fionica della Sicilia da sempre, quella che è stata la più colpita. È il mio mare, spesso agitato, di norma ventoso, che ha come quinta scenica un braccio di Calabria.

continua a pagina 18

IL FATTO In undici anni, il Presidente non aveva mai presieduto i lavori ordinari dell'organo di autogoverno

## Fischio dell'arbitro

Mattarella al Csm per chiedere che l'istituzione venga rispettata. Nordio: «Mi adegnerò»  
Ma la tregua dura poco: Meloni attacca i giudici per la sentenza che dà ragione a Sea Watch



VINCENZO R. SPAGNOLO

Il capo dello Stato presiede, a sorpresa, il plenario del Csm. E, dopo gli attacchi dei giorni scorsi legati alla campagna referendaria sulla riforma, ne ribadisce il «rilievo costituzionale», invitando le altre istituzioni al «rispetto vicendevole». L'invito ad abbassare i toni è apprezzato dal partito. Il Guardasigilli s'impegna a rendere «pacato» il confronto. Ma a sera, in un video sul social, la premier torna a tuonare contro le sentenze dei giudici, stavolta per l'indennizzo all'anglo Sea Watch.

Greco a pagina 8

## COABITAZIONE

Tra giovani e anziani  
nuova alleanza stretta in casa

Campisi a pagina 6

CHIESA L'impegno per la pace. «Il diritto in cenere»

## L'abbraccio del Papa speranza degli ucraini

GIACOMO GAMBASSI

Nelle ceneri c'è «il peso di un mondo che brucia, di intere città disintegrate dalla guerra; le ceneri del diritto internazionale e della giustizia». Leone XIV inizia la Quaresima con una nuova condanna della furia bellica. Lo fa nella Messa del Mercoledì delle Ceneri. Celebrazione preceduta dall'incontro con una delegazione ucraina di militari di riserva, di guerra o di disperati. Fra loro Victor, studente che ha lo zio catturato dai russi: al Papa racconta il suo dramma e lo abbraccia fra le lacrime.

D'Amato e Scavo alle pagine 3 e 20

NAPOLI Il cuore che si era reso disponibile verrà destinato a un altro piccolo

## «Impossibile il trapianto» La vita di Domenico sul filo

Per il team di esperti che si è riunito all'ospedale Monaldi di Napoli le condizioni del bimbo non sono compatibili per un secondo intervento. E la vita del piccolo Domenico è appesa a un filo. Il cuore che si era reso disponibile verrà così destinato a un altro piccolo paziente tra quelli in lista d'attesa. Il diseno e la disperazione della madre e le preghiere con il cardinale Battaglia. Intanto prosegue l'inchiesta della Procura su eventuali errori che sarebbero stati commessi durante il primo trapianto.

Averaimo, De Curtis e Musulo a pagina 10

IL VESCOVO DI TRAPANI

Fragnelli: «Quei cadaveri di migranti sulle nostre coste invito ad aprire occhi e cuore»

Fassini, Lambruschi e Mira a pagina 5

## La stella dell'hockey devota a santa Teresa

Giuliano a pagina 14

## DECRETO SULLE BOLLETTE

Un bonus fino a 115 euro per le famiglie in difficoltà

Marcelli a pagina 9

## POPOTUS

Al lavoro, il robot si indossa

Dodici pagine tabloid

Giorni

Marina Corradi

## 25 MAGGIO 1990 Quella mano fredda

Avevi 76 anni. Un anno prima andavi ancora in Afghanistan come inviato. Una sera mi hai detto di essere malato. Ti avrebbero operato l'indomani. All'alba mi hai salutato: c'era un addio nei tuoi occhi bruni. Ti ho ritrovato in una camera mortuaria. Non c'era ancora nessuno. Nel tepore di maggio i fiori cominciavano a sfarsi. «Non è vero, non è vero», mi ripetevi. Era stata un'embolia, nella notte. Eri morto solo. Ti eri portato la tua vecchia bussola, quella che ti aiutò a uscire dalla Sacca del Don. Ma nel cassetto non c'era più. Rubata. Di quanto avevo bisogno, papà, della tua

bussola. Me ne stavo lì, smarrita. Mi sono avvicinata e ti ho accarezzato una mano. Con un sussulto ho ritratto la mia: la tua era gelata. È stato allora che ho cominciato a capire. Per settimane ho continuato a digitare sul telefono: 02.384... Mi ricordavo poi, e mettevo giù. Ma solo a settembre, in autostada verso Rimini, ho capito davvero. Allora ho cominciato a piangere, ma tanto che non vedevo dove andavo. Ho accostato e finalmente ho pianto quanto ho voluto: ci vuole del tempo, quando se ne va un padre. La mente fatica a realizzare. Poco tempo dopo dal lutto spuntò, però, qualcosa di vivo. Volevo sposarmi, avere dei figli. Sentivo ora di essere l'anello di una catena che non poteva finire. Nei nostri figli, sarei continuato.

© International Rights - A

Agorà

## TECNOCRAZIA

La società che cambia tra perfezione meccanica e imperfezione umana

Gabriel a pagina 21

## STORIA

L'eroe dei due mondi  
Il mito di Garibaldi  
oltre la leggenda

Onofri a pagina 22

## MUSICA

Arriva Tredici Pietro:  
il coraggio di cadere  
e di rialzarsi sempre

Calvi a pagina 23





# Autonomia, primo via libera del governo Più poteri su salute e protezione civile

Pre-intese per riconoscere competenze specifiche a quattro regioni: Piemonte, Liguria, Lombardia e Veneto

FEDERICO CAPURSO  
ROMA

Sono passati quasi 42 anni da quando la Lega parlò, per la prima volta, di "autonomia". Lo fece nell'atto costitutivo del partito, che "il capo" Umberto Bossi battezzò con il nome "Lega autonomista lombarda". Era il 12 aprile del 1984 e questa data può far capire meglio perché oggi il ministro per gli Affari regionali Roberto Calderoli, leghista da una vita, parli di «traguardo storico» ora che il Consiglio dei ministri ha dato il via libera agli schemi di intesa preliminare per concedere le prime gocce di autonomia a Liguria, Lombardia, Piemonte e Veneto.

Siamo ancora lontani dai sogni di Bossi. Si tratta, per lo più, del passaggio di competenze dal governo alle regioni di solo quattro materie: la protezione civile; le professioni di carattere regionale; il coordinamento della finanza pubblica per la Salute e, infine, la disciplina di forme di previdenza complementare e integrativa. Tutte materie che non prevedono al loro interno nessun Lep, (Livelli essenziali di prestazioni) ovvero quei diritti che vanno garantiti a tutti i cittadini in eguale misura, da Nord a Sud, sui quali la Corte costituzionale aveva fissato dei paletti piuttosto stringenti, ma c'è anche un lato simbolico della questione: «Per la prima volta - rivendica infatti Calderoli - c'è un passaggio ufficiale per l'attuazione concreta dell'Autonomia. E ora inizia ufficialmente il cammino».

Da qui al passaggio effetti-

vo di competenze alle Regioni passerà comunque molto tempo. Entro i prossimi 60 giorni dovrà arrivare il parere della Conferenza unificata ed entro i successivi 90 giorni dovrà arrivare un parere da Camera e Senato. A quel punto, tornerebbe tutto in Consiglio dei ministri per approvare degli schemi di intesa definitiva, che dovranno essere inviati alle Regioni che hanno chiesto l'autonomia su quelle materie. E qui inizia la fase delle approvazioni: prima nei consigli regionali, poi ancora una volta in Consiglio dei ministri, che dovrà produrre entro 45 giorni un disegno di legge da trasmettere alle Camere, con allegato lo schema definitivo dell'intesa, che dovranno dare il via libera definitivo.

Le prime autonomie, se i calendari delle Camere saranno particolarmente ingolfati, rischiano di arrivare a ridosso delle elezioni politiche della primavera 2027. La strada è lunga, ma il centrosinistra inizia da subito a scavare la sua trincea: «Credo che dovremmo fermarci e riflettere su quello che serve a un grande Paese per non aumentare i divari territoriali, ma far avere soprattutto alle Regioni più fragili tutto il supporto che serve in termini di risorse, competenze e prevenzione del dissesto idrogeologico», dice la leader del Pd Elly Schlein facendo riferimento ai rischi che si corrono nel trasferire alle Regioni le competenze sulla Protezione civile. E anche il capogruppo dem in Senato Francesco Boccia protesta contro «l'ennesima forzatura di un governo

divisivo che cerca sempre lo scontro e aggira sistematicamente i richiami della Corte costituzionale». Le pre-intese con Liguria, Piemonte, Lombardia e Veneto, prosegue Boccia, «sono una farsa politica e un raggiro istituzionale. La Consulta ha già smontato lo Spaccatutto di Calderoli chiarendo che prima si definiscono i Lep e si garantiscono le risorse necessarie, poi eventualmente si può discutere di ulteriori forme di Autonomia».

Dal fronte leghista, invece, il vicepremier Matteo Salvini esulta per il «passo in avanti fondamentale» e rivendica la «promessa mantenuta». Tutta la Lega è ovviamente in festa. Soprattutto i colonnelli del Nord, che da tempo chiedevano un segnale di attenzione per le vecchie battaglie del Carroccio. Tra di loro c'è il capigruppo in Senato Massimiliano Romeo, segretario della Lega lombarda, e il suo collega alla Camera Riccardo Molinari, che parlano di un «passaggio storico verso la rivoluzione istituzionale». A rimarcare l'anima settentrionalista della bandiera dell'autonomia, viene messo sul piatto un gesto simbolico come la foto dei quattro presidenti delle Regioni, tutti di centrodestra e tutti del Nord.—

Esulta Salvini  
"Un passo avanti  
fondamentale,  
promessa mantenuta"

## S Le tappe

**1** La legge Calderoli  
La legge 86 del 2024, nota come "Legge Calderoli", ha definito le procedure per attuare l'autonomia differenziata. Fra le 23 materie oggetto di possibile intesa salute, istruzione, protezione civile, trasporti e ambiente



**2** I "Lep"  
Prima del trasferimento delle funzioni, lo Stato deve definire i Lep, cioè gli standard minimi di servizi che devono essere garantiti in modo uniforme su tutto il territorio nazionale per tutelare i diritti civili e sociali

**3** Lo stop della Consulta  
A novembre 2024, la Corte Costituzionale ha dichiarato illegittimi diversi punti: l'autonomia non deve compromettere l'unità della Repubblica e la solidarietà tra le Regioni; le Regioni più povere non vanno penalizzate



## ACCESSO ALLE CURE DISEGUALE ANCHE PER I PICCOLI PAZIENTI

MARIO DE CURTIS

**L**e disuguaglianze nell'accesso alle cure riguardano tutte le età, ma nei primi anni di vita hanno effetti particolarmente gravi, perché incidono direttamente sulla crescita, sullo sviluppo e sulle prospettive di benessere futuro. La salute dei bambini non dipende solo da fattori biologici, ma è fortemente influenzata dal contesto sociale: reddito familiare, livello di istruzione dei genitori, ambiente di vita e disponibilità di servizi sanitari e socio-assistenziali essenziali. Un indicatore sensibile di queste disuguaglianze è la mortalità infantile, che misura i decessi nel primo anno di vita ogni mille nati vivi. In Italia il tasso è tra i più bassi al mondo (2,5‰), ma permangono marcate differenze territoriali ed etniche: nel Mezzogiorno è circa il 36% più alto rispetto al Nord e tra i bambini stranieri è superiore del 75% rispetto ai coetanei italiani. Queste differenze riflettono soprattutto fattori sociali e organizzativi legati al funzionamento dei servizi sanitari. Il recente rapporto Istat sulla povertà infantile documenta un quadro allarmante: in Italia 5,7 milioni di persone vivono in povertà assoluta, tra cui 1,3 milioni di minori, circa uno su sette; nel Mezzogiorno il rapporto sale a uno su sei. Lo svantaggio sociale si traduce in un peggioramento sistematico della salute: i bambini che crescono in famiglie povere presentano più frequentemente esiti avversi alla nascita, malattie infettive, disturbi della crescita, obesità, anemia, problemi psicologici e comportamentali, oltre a una maggiore mortalità infantile. Anche per patologie croniche con incidenza simile in tutti i gruppi sociali, come la fibrosi cistica, la sopravvivenza è inferiore nei soggetti provenienti da famiglie svantaggiate, confermando come la disuguaglianza sociale agisca come un vero determinante biologico di salute. Un ulteriore fattore di iniquità è rappresentato dall'organizzazione del Servizio sanitario nazionale. La carenza di servizi in molte regioni del Mezzogiorno alimenta la migrazione sanitaria: i minori

del Sud si curano fuori regione quasi il doppio rispetto a quelli del Centro-Nord (11,9% contro 6,9%). Questo fenomeno, spesso legato a liste di attesa troppo lunghe, all'impossibilità di cure tempestive o alla carenza di centri pediatrici di eccellenza, comporta rilevanti costi economici e profonde sofferenze per le famiglie e viola il principio costituzionale di uguaglianza nell'accesso alle cure. Le disuguaglianze emergono in modo particolarmente evidente anche nell'accesso alle cure palliative pediatriche, che riguardano circa 35.000 bambini con malattie inguaribili e potenzialmente letali. Nonostante una legge specifica, solo il 25% dei bambini che ne avrebbero bisogno riesce ad accedere a un percorso strutturato, a causa di una rete territoriale gravemente insufficiente, soprattutto nel Mezzogiorno. Criticità analoghe interessano i bambini con malattie rare, oltre 8.000 condizioni diverse, spesso a esordio pediatrico, per le difficoltà diagnostiche e le profonde disomogeneità regionali. Un ulteriore ostacolo all'accesso a cure appropriate riguarda i farmaci pediatrici. Oggi molti farmaci vengono somministrati ai bambini pur essendo stati studiati e autorizzati solo per adulti, con dosaggi calcolati per estrapolazione, aumentando il rischio di effetti avversi e di inefficacia terapeutica. Nel Servizio sanitario nazionale, infine, le liste di attesa per le visite specialistiche pediatriche sono spesso molto lunghe, con criticità particolarmente gravi in neuropsichiatria infantile, dove i servizi territoriali sono largamente insufficienti. Anche la dotazione di posti letto in terapia intensiva pediatrica è inadeguata, con soli 26 reparti che superano i 100 ricoveri annui; emblematico il caso della Sardegna, priva totalmente di posti letto dedicati. Le disuguaglianze nell'accesso alle cure dei bambini non sono un problema marginale, ma un indicatore della fragilità strutturale del Paese. Ridurle non è solo un obbligo sanitario, ma una responsabilità politica e civile. Garantire cure tempestive ed eque ai bambini significa investire nel futuro della società e dare concreta attuazione ai principi costituzionali di uguaglianza e tutela della salute.

**Professore di Pediatria  
all'Università di Roma La Sapienza**

© RIPRODUZIONE RISERVATA





116117, un numero telefonico che non faccia la fine del fascicolo digitale

# Telemedicina e altri ritardi

di Mario Dal Co

Nel lontano (tecnologicamente parlando) 2016 furono emanate le linee guida per attivare il Numero Europeo 116117 per il “Servizio di guardia medica per cure non urgenti”. «Il numero non costituisce solo la sostituzione dei numeri attuali di Continuità Assistenziale, ma rappresenta un’opportunità per il miglioramento dell’assistenza sanitaria e si può inserire nel contesto della rimodulazione delle attività delle Cure Primarie. (...) Il numero unico 116117 potrà anche consentire di disporre di un flusso informativo uniforme a livello nazionale utile alla programmazione» recitava la premessa. Tutto è rimasto per dieci anni lettera morta. Intanto, in questo tempo intercorso si sono diffuse le *app* sanitarie sui cellulari, è ormai a portata di mano l’intelligenza artificiale. E l’originale funzionalità di *call center* risulta così del tutto superata. Dovendo agire con tanto ritardo, occorre ridefinire il 116117, allineandolo alle attuali esigenze del pubblico e alle attuali difficoltà del sistema sanitario nazionale.

Un colpevole lassismo politico-amministrativo ha portato a buttare a mare enormi risorse nel tentativo, fallito 20 volte (tante quante sono le Regioni), di costruire un Fascicolo sanitario elettronico. La vicenda opposta dell’Anagrafe della popolazione insegna che i servizi nazionali non possono e non devono essere delegati alle amministrazioni locali, che invece li devono gestire in modo efficiente. Per cambiare rotta occorre definire a livello nazionale il servizio 116117 (interfaccia utente, risposte del Servizio sanitario nazionale, prestazioni standard del *software*, sue compatibilità e sicurezze) lasciando alle Regioni il compito di organizzarne un servizio che dev’essere interconnesso con le altre Regioni e con gli altri paesi dell’Unione.

I dati europei sul funzionamento dell’emergenza 112 forniscono una ragione in più per questa svolta. L’Italia risulta il Paese europeo con il maggior numero di chiamate. Supera di molto gli altri, anche dotati di maggiore popolazione come la Germania. Siamo forse più avanti? No, siamo più indietro. Il record nell’uso della chiamata d’urgenza fa il paio con il maggiore ricorso improprio a questo servizio: in Italia si intasa l’urgenza perché

non si vuole o non si sa come accedere ai servizi non urgenti. Il 116117 va istituito come un servizio poiché, con la diffusione di *app* e intelligenza artificiale, un ulteriore semplice *call center* non servirebbe più: sarebbero altri soldi buttati. Ma il servizio, per non cadere nell’immediato dimenticatoio di un pubblico che ha il naso fino quando si tratta di scoprire le cose inutili, deve indirizzare l’utente ad accedere al giusto punto del Servizio sanitario, liberando emergenza e Pronto soccorso da questi oneri impropri che attualmente causano code, sprechi e inefficienze.

Per spendere bene i denari del 116117 occorre realizzare un servizio che il pubblico consideri essenziale e propedeutico o addirittura sostitutivo della chiamata di emergenza. Si tratta di rendere quel numero il primo passo del servizio di telemedicina. Le esperienze di altri Paesi, come la Cina, insegnano che se si vuole ottenere l’effetto di decongestionare le strutture sanitarie stressate, si deve offrire al paziente un accesso alla sanità intelligente ed efficace per lui e per il Servizio sanitario. Creare il 116117 senza un progetto di telemedicina e di intelligenza artificiale applicata al *triage* è un inutile spreco di risorse. Tanto vale assumere altri centralinisti per il tartassato 112-118.

La Società italiana di telemedicina ha sviluppato riflessioni sul 116117 che toccano questi punti: un’opportunità di confronto da non mancare. Dopo 10 anni di inerzia, non sarebbe difficile trovare il tempo necessario per far partire un servizio utile.





**DA DECENNI UNA QUESTIONE ASSENTE DALL'AGENDA NAZIONALE**

# L'obesità dimenticata che costa miliardi alla spesa sanitaria

**di GIORGIO BRESCIA**

**N**egli ultimi vent'anni l'Italia ha assistito a un aumento silenzioso ma inesorabile dell'obesità. Un fenomeno che non colpisce soltanto la salute individuale, ma si riverbera sull'economia nazionale con costi potenzialmente enormi. Secondo i dati più recenti dell'Istat, quasi sei milioni di italiani rientrano nella categoria degli obesi, e il 35% della popolazione adulta è in sovrappeso.

La spesa sanitaria direttamente attribuibile all'obesità non viene però monitorata in maniera ufficiale né dal ministero della Salute o dall'Istituto Superiore di Sanità. Le uniche stime disponibili derivano da studi accademici indipendenti, come quelli condotti dall'Università di Maastricht, e indicano un onere complessivo tra i 9 e i 17 miliardi di euro annui, di cui circa 8 miliardi destinati ai costi diretti: ricoveri ospedalieri, farmaci, visite specialistiche, interventi chirurgici. In più, oltre 5 miliardi a costi indiretti, legati all'assenteismo, alla perdita di produttività e alle pensioni anticipate per malattie correlate.

Sono numeri che offrono un quadro allarmante, ma non hanno valore ufficiale: il fatto che nessun monitoraggio nazionale sistematico esista conferma come l'obesità resti un tema trasversale, percepito ancora in parte come marginale nelle priorità sanitarie del Paese.

Le fasce più colpite sono quelle a basso reddito e minore livello di istruzione, con una concentrazione maggiore nelle regioni meridionali e nelle periferie urbane. Qui le scelte alimentari sono spesso determinate da vincoli economici. I

prodotti altamente calorici, ultraprocesati e a lunga conservazione costano meno dei cibi freschi e nutrienti, e finiscono per essere il principale approvvigionamento quotidiano.

In questo contesto, l'obesità diventa non solo una questione sanitaria, ma un indicatore di disuguaglianza sociale. Chi ha risorse può accedere a prevenzione, sport, alimentazione equilibrata e trattamenti medici. Chi ha meno subisce le conseguenze sulla propria salute, sulla produttività lavorativa e sulle prospettive future, generando un circolo vizioso difficile da interrompere.

L'impatto economico si estende alle imprese e alla società nel suo complesso. Assenteismo, riduzione dell'efficienza lavorativa e aumento dei costi assicurativi generano perdite stimate in oltre 5 miliardi di euro annui secondo gli stessi studi indipendenti.

Il settore pubblico ne risente direttamente. La spesa sanitaria assorbe risorse che potrebbero essere allocate ad altri settori strategici come istruzione, innovazione e infrastrutture. Le differenze territoriali sono marcate. Le regioni meridionali e alcune aree urbane hanno tassi di obesità tra i bambini e gli adolescenti superiori del 20% rispetto al Nord, con un impatto diretto sulla futura forza lavoro e sulla capacità competitiva nazio-





# L'IDENTITÀ

nale. Le politiche pubbliche finora hanno prodotto risultati limitati. Campagne di sensibilizzazione, programmi scolastici e incentivi sportivi restano frammentari e locali, senza una strategia nazionale integrata, né strumenti di raccolta dati sistematici per valutare l'efficacia degli interventi. Il rischio è che le azioni rimangano episodiche, incapaci di invertire trend ormai consolidati. Altrove in Europa, Paesi con programmi coordinati di educazione alimentare obbligatoria, prevenzione precoce e regolamentazione dei prodotti industriali - Spagna, Francia, Grecia - hanno ridotto i costi legati all'obesità. Segnale che l'Italia potrebbe intervenire efficacemente se solo sviluppasse un approccio strategico e misurabile.

Organizzazioni scientifiche come la European Association for the Study of Obesity hanno pubblicato quadri di riferimento chiari per la gestione dell'obesità come malattia cronica, con raccomandazioni che vanno oltre la semplice promozione di campagne di educazione. Forniscono algoritmi terapeutici personalizzati che integrano supporto comportamentale, nutrizione clinica, psico-

logia, farmaci anti-obesità e, quando appropriato, procedure chirurgiche o metaboliche.

Queste linee guida incoraggiano i medici a valutare ogni paziente come individuo, scegliendo trattamenti specifici in base allo stile di vita e alle risposte precedenti alle terapie.

In più, ricerche real-world come "Italian real-world overweight/obesity study" hanno analizzato milioni di pazienti italiani con sovrappeso e obesità, mostrando che le persone con indice di massa corporea più alto richiedono più interventi clinici, esami specialistici e ricoveri. Un modo per fornire ai medici di medicina generale strumenti di diagnosi precoce, formazione e risorse per la gestione dell'obesità. Perché il ruolo del medico di base è cruciale nel monitoraggio continuo, nella stratificazione del rischio e nel riferimento tempestivo a servizi specialistici.

L'allarme, comunque, non riguarda solo la salute ma la capacità del Paese di sostenere un sistema economico equilibrato, ridurre disuguaglianze sociali e valorizzare il capitale umano futuro. L'obesità non è un problema confinato tra

bilance e diete, ma un fenomeno sistemico, intrecciato con politiche pubbliche, dinamiche industriali e condizioni socioeconomiche.

La sfida vera consiste nel trasformare dati, numeri e trend in azioni concrete, superando gli interventi simbolici e affrontando il tema come una crisi economica e sociale, oltre che sanitaria. La mancanza di monitoraggio ufficiale nazionale e di stime aggiornate conferma, forse più di ogni cifra, quanto l'Italia faticchi a considerare l'obesità come un problema centrale.



(© Ansa)







Servizio CITTADINANZATTIVA RISPONDE

## **“Cambio quartiere e voglio cambiare medico di famiglia. Come si fa?”: ecco tutti i passi da fare**

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

18 febbraio 2026

Vi scrivo perché a breve mi trasferirò in un altro quartiere della città e porterò con me la mia anziana mamma. Mentre per me il cambio è dettato da una questione logistica, per lei la situazione è più delicata: non è soddisfatta dell'assistenza ricevuta ultimamente e vorrebbe capire se è possibile cambiare medico anche perché è venuto meno il rapporto di fiducia, oltre che per la distanza. Come dobbiamo muoverci per garantirle continuità assistenziale nel nuovo quartiere e quali sono i nostri diritti in merito? (M. C., Torino)

Il quesito tocca un punto centrale del Servizio sanitario nazionale: ogni cittadino ha il diritto di scegliere e, se necessario, revocare il proprio Medico di Medicina Generale (Mmg). Il cambio può avvenire: per motivi logistici (trasferimento di residenza o domicilio); per esigenze organizzative; ma anche – ed è un aspetto fondamentale – per il venir meno del rapporto di fiducia. Il medico di famiglia non è soltanto un prescrittore di ricette, ma il primo presidio di salute sul territorio. In particolare per le persone anziane, la qualità della relazione terapeutica incide in modo determinante sulla continuità e sull'efficacia delle cure. Proprio per valorizzare questa dimensione relazionale, Cittadinanzattiva, in collaborazione con FIMMG (Federazione Italiana Medici di Medicina Generale), ha promosso qualche tempo fa la campagna “Cura di coppia”, che sottolinea come medico e paziente formino una vera e propria alleanza basata su ascolto, trasparenza e rispetto reciproco. Quando questo equilibrio viene meno, il diritto alla revoca tutela il percorso di cura del cittadino.

### **Come procedere per il cambio del medico**

Le modalità operative variano in base al tipo di trasferimento. Trasferimento nello stesso Comune o nella stessa ASL: se il cambio di abitazione avviene all'interno dello stesso Comune o della stessa ASL, la procedura è semplice. Prima verifica: è necessario consultare l'elenco dei medici disponibili nel nuovo distretto. Ogni medico ha un numero massimo di assistiti (massimale) e può accogliere nuovi pazienti solo se ha posti liberi. La Modalità di cambio può essere online tramite il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) o il portale regionale della salute, accedendo con SPID o CIE. È la modalità più rapida e consente di visualizzare in tempo reale i medici disponibili. Oppure attraverso gli sportelli “Scelta e revoca” presso la ASL di riferimento, con documento d'identità e tessera sanitaria (anche della mamma, se si agisce per suo conto con delega). Infine ci sono le farmacie abilitate: in molte Regioni è possibile effettuare l'operazione direttamente in farmacia.

### **Trasferimento in un'altra città della stessa Regione**



Se ci si sposta in un Comune diverso ma si rimane nella stessa Regione, la procedura è semplificata grazie all'anagrafe sanitaria regionale unica. Cosa sapere: non occorre cancellarsi dal vecchio medico; l'assegnazione del nuovo comporta automaticamente la revoca del precedente. Come fare? Online, tramite il Fascicolo Sanitario Elettronico regionale, oppure recandosi agli sportelli "Scelta e Revoca" della nuova ASL con: documento di identità, tessera sanitaria (anche con eventuale delega); autocertificazione di residenza

### **Trasferimento in un'altra Regione**

In caso di cambio Regione, la procedura richiede un passaggio amministrativo ulteriore, poiché la sanità è organizzata su base regionale. Primo passaggio: cancellazione dalla vecchia ASL. È necessario comunicare la rinuncia al medico precedente. Spesso l'operazione avviene contestualmente all'iscrizione nella nuova Regione, ma è prudente richiedere un documento che attesti l'avvenuta cancellazione. Secondo passaggio: iscrizione alla nuova ASL presso gli uffici della nuova ASL di residenza, presentando: Documento di identità; codice fiscale; certificato di residenza o autocertificazione. Al momento dell'iscrizione sarà possibile scegliere il medico tra quelli disponibili nel distretto.

### **Un consiglio utile**

Prima di formalizzare la scelta, se possibile, chiedete un breve colloquio conoscitivo con il nuovo medico. È un momento importante per verificare se può instaurarsi quella sintonia che la campagna "Cura di coppia" considera centrale per un buon percorso di cura. Ecco alcuni link utili: Fascicolo Sanitario Elettronico con il Portale nazionale per accedere ai servizi regionali di cambio medico. Oppure il sito FIMMG: per informazioni sulla figura del Medico di Medicina Generale. E poi "Cura di coppia". Per contattarci, consultare le disponibilità per un consulto online o le ultime novità, puoi navigare il sito di Cittadinanzattiva



Il 25 febbraio la Commissione decide

## ABORTO, UN DIRITTO? BRUXELLES ALL'ESAME SULLA VITA UMANA

FRANCESCO OGNIENE

**D**i motivi per accantonare la petizione europea per estendere il ricorso all'aborto nei Paesi Ue "My Voice My Choice" la Commissione ne ha svariati: le regole sull'aborto sono di competenza nazionale; le diversità di approccio alla questione sono una ricchezza e non un problema da "normalizzare"; l'Europa non ha tra le sue competenze politiche l'organizzazione degli aborti; il pagamento dei viaggi tra Paesi Ue di donne che cercano legislazioni più permissive di quelle vigenti a casa loro, come chiesto dai proponenti della petizione, non può rientrare nei bilanci comunitari. Eccetera. Bisogna vedere però se Bruxelles se la sentirà di dire un no magari diplomatico ma definitivo quando il 25 febbraio arriverà sul tavolo della sua settimanale plenaria l'assai scottante pratica della "Ice" (Iniziativa di cittadini europei) «per un aborto sicuro e accessibile in Europa». I 27 commissari (per l'Italia Raffaele Fitto, esponente di Fratelli d'Italia) dovranno decidere il destino politico della proposta

sottoscritta da 1,2 milioni di cittadini e adottata il 17 dicembre dal Parlamento europeo con una risoluzione (non vin-

colante) che ha raccolto 358 voti favorevoli, 202 contrari e 79 astensioni dopo un aspro confronto fuori e dentro l'aula.

A pesare ora nel giudizio della Commissione, oltre al voto trasversale di Strasburgo (che esprime la maggioranza alla guida della Ue), il conformismo culturale che sui temi etici ha spesso orientato le decisioni europee: da anni è abituale leggere nei testi adottati dalle diverse istituzioni l'affermazione che "l'aborto è un diritto", come si sente dire in più Paesi, e come lo stesso Europarlamento nel voto sulla Ice pro-aborto ha chiesto sia scolpito nella Carta dei diritti fondamentali dell'Unione. Avranno il coraggio, i commissari, di sottrarsi alla dottrina iperlibertaria che ha ormai pervaso anche i più reconditi corridoi comunitari?

Di certo nella composita maggioranza che ha in mano le redini di Bruxelles (popolari, socialisti, liberali, conservatori) le posizioni sull'aborto sono assai diversi-

ficite, se non proprio opposte. C'è dunque da chiedersi se prevarrà la "ragion di Stato" (un compromesso necessariamente al ribasso che non respinge My Voice My Choice ma nemmeno dispone di darle applicazione pratica) oppure il riconoscimento di un'insanabile differenza di approcci, che porterebbe l'Ice abortista nel vicolo cieco dove già nel 2014 fu relegata l'opposta Ice "One of Us" per il riconoscimento della dignità dell'embrione umano, che malgrado si fosse presentata davanti alla Commissione con un pacchetto di oltre un milione e 700mila firme venne irrimediabilmente respinta.

La domanda centrale - lo sappiamo - è chiara: nell'Europa nata dal sogno di spegnere ogni futura violenza sulla vita nel nome del rispetto della persona umana può davvero trovare spazio il "diritto di aborto"? Per far riflettere i commissari è stata lanciata una contro-petizione che si può firmare online all'indirizzo [No-abortiontourism.ue](http://No-abortiontourism.ue).





## Il suicidio assistito da oggi è possibile a Washington e in dodici stati americani

Roberto Dolci a pag. 8

*Ha impiegato anni per essere legalizzato. Oggi è possibile nella capitale ed in dodici stati*

# Il suicidio assistito negli Usa

## Entro quest'anno arriverà a quasi tutta la popolazione

DI ROBERTO DOLCI

**L**a morale americana cambia, ancorata dal retaggio storico di puritanesimo, illuminismo e movimento rivoluzionario, e strattonata da un utilitarismo ed edonismo più recenti, che vanno a mettere in subbuglio valori considerati sacri fino a poco tempo fa.

A scuola si insegna ancora l'importanza della competizione, del lavoro duro, della responsabilità comune e del rispetto di alcuni concetti di base come reciprocità, libertà ed egualità, ma adulti ed anziani cambiano idea.

Le novità ci arrivano più dagli arzilli settantenni che dai giovani. Mentre sul tema dell'aborto resta a favore una leggera maggioranza (52-54%) da parecchi anni, su poligamia e suicidio assistito adulti ed anziani cambiano idea, arrivando nel primo caso al 25% a favore, e nel secondo al 50%.

**Considerando che da lungo tempo** siamo vicini al 50% di divorzi, percentuale che sale al 70% per chi si sposa una solta volta, il fatto che la poligamia adesso venga sdoganata da sempre più ameri-

cani non mi sorprende troppo. Con tutto quello che costa un divorzio, peggio che mai due, tanto vale allargare fin da subito la cerchia dei fortunati e risparmiare tempo e soldi. Pragmatismo americano in purezza.

**Stupisce invece quella del suicidio.** Purtroppo ho conosciuto troppi malati terminali, oncologici o neurodegenerativi, ed ho sempre visto che tanto il paziente, quanto i famigliari ed i medici, interpretano la cura come una battaglia. Si sa già che finirà male, ma se il malato riesce a tener duro più a lungo dei pronostici medici, al funerale avrà la soddisfazione di essere chiamato eroe, o trooper, per aver resistito fino a quel punto. Fino a che punto quel riconoscimento, e l'esser stati più a lungo coi propri cari, compensi mesi o anni di sofferenze atroci, è discutibile.

**I tumori sono la seconda causa di morte,** ed insieme alla sclerosi amiotrofica sono anche la principale ragione di richiesta al medico dell'aiuto a farla finita. Il suicidio assistito ha impiegato an-

ni per essere legalizzato, ed oggi è possibile nella capitale ed in dodici stati, ma all'improvviso tutti gli altri si accingono a proporre leggi per adeguarsi

quanto prima. A fine dell'anno scorso un terzo degli americani poteva richiedere il suicidio assistito; è probabile che entro la fine del 2026 si arrivi alla quasi totalità della popolazione.

**C'è da dire che dottoresse ed infermiere** si suicidano da tempo in una proporzione ben maggiore del resto della popolazione, e questo fa pensare che siano più compren-

sive nei confronti del paziente che esprime questa intenzione, visto che serve il nulla osta medico per accordare la procedura.

In ogni caso il malato ha due possibilità distinte: da un lato il vero e proprio suicidio assistito, ossia una procedura dove il paziente coscientemente preme un pulsante che





poi lo porta al sonno eterno. Dall'altro, che è poi il caso di gran lunga più comune, perché solleva la coscienza del personale medico e non spaventa troppo il malato, si passa a dosi importanti di morfina ed eroina per evitare qualsiasi dolore, lasciando che la malat-

tia faccia il suo corso. In particolare l'uso dell'eroina consente al paziente di rimanere vigile, continuare ad interagire con i familiari e sbrigare le faccende necessarie, fino alla fine.

**Zafferano.news**

—© Riproduzione riservata—■

***Il malato ha due possibilità distinte: da un lato il vero e proprio suicidio assistito, ossia una procedura dove il paziente coscientemente preme un pulsante che poi lo porta al sonno eterno***

***Oppure si passa all'uso di morfina ed eroina per evitare qualsiasi dolore, lasciando che la malattia faccia il suo corso. In particolare l'uso dell'eroina consente al paziente di rimanere vigile, fino alla fine***





## È VITA

# Immunologia la rivoluzione che fa guarire

STEFANIA CECCHETTI

Siamo nel pieno di una «rivoluzione immunologica» in oncologia, con un «cambio di paradigma nato dall'idea che il cancro non è solo la cellula tumorale ma anche la "nicchia" in cui si sviluppa». Parla Alberto Mantova-

ni, luminare mondiale nelle terapie immunologiche.

A pagina 19

«Accettare l'idea che il cancro non è solo la cellula tumorale ma anche la "nicchia" dentro la quale la malattia si sviluppa ha cambiato un intero paradigma della medicina». E i risultati terapeutici sono già straordinari

# «Immunoterapia, una rivoluzione»

STEFANIA CECCHETTI

**S**ono lontani i tempi in cui una diagnosi di tumore equivaleva a una condanna. Oggi, accanto alle cure tradizionali - che pure hanno compiuto grandi progressi -, disponiamo di nuove straordinarie terapie, figlie della ricerca immunologica. A guidarci in questo affascinante panorama è il professor Alberto Mantovani, presidente della Fondazione Humanitas per la Ricerca.

**Professore, lei ha parlato spesso di "immunorevolution". Cosa significa?**

Con l'inizio del nuovo millennio c'è stata una vera e propria "rivoluzione immunologica" in oncologia. Anzitutto abbiamo avuto un cambiamento di paradigma, per cui è stata accettata l'idea che il cancro non è solo la cellula tumorale, ma anche la "nicchia ecologica" dentro cui si sviluppa un tumore. Di questo "ambiente" fanno parte, per esempio, cellule del sistema immunitario, i macrofagi, che sono passate al nemico, un po' come dei "poliziotti corrotti", e questo è stato il mio contributo al cambiamento di paradigma; oppure cellule specializzate nel creare un ambiente che rende più difficile la risposta immunitaria: il premio Nobel per la Medicina 2025, Shimon Sakaguchi, ha scoperto proprio un tipo di queste cellule. L'altra grande scoperta degli ultimi anni sono stati i cosiddetti "checkpoints immunitari", che sono come dei "freni" che vanno a bloccare le cellule T del sistema immunitario, quelle che potrebbero uccidere e elimina-

re le cellule tumorali.

**Freni che però possono essere disattivati...**

«Esatto. Nei primi dieci anni del millennio si è visto che togliere questi freni poteva cambiare radicalmente la vita dei pazienti. Il primo tumore a cui questo tipo di studi è stato applicato con successo è stato il melanoma: si è cominciato a togliere un primo freno, che si chiama Ctl4. Più di recente abbiamo tolto un secondo freno che si chiama Pd1. I farmaci inibitori dei checkpoints immunitari sono stati la prima forma di immunoterapia che è entrata nella pratica clinica, con un impatto straordinario: i pazienti con melanoma avanzato, che prima era mortale al 100%, nel 50-60% dei casi ora guariscono completamente. In altri tumori l'impatto non è stato altret-



tanto importante, ma c'è stato comunque: nel cancro del polmone, per esempio, e in alcuni tumori del colon-retto. Non abbiamo ancora finito di togliere i freni, perché ce ne sono molti che funzionano su cellule diverse del sistema immunitario. Sulle cellule che studio io, per esempio, ho contato 14 freni. Dobbiamo scoprire se, togliendo altri freni, possiamo migliorare ulteriormente la terapia.

#### **Quali altre armi nate dalla ricerca immunologica abbiamo contro i tumori?**

Il secondo pilastro dell'immunoterapia applicata ai tumori è quello delle terapie cellulari, una scoperta più recente. Lo sviluppo delle cellule Car-T, a cui Carl June ha dato un contributo decisivo, ha trasformato la terapia di alcuni tumori, aprendo un nuovo paradigma in cui i farmaci diventano veri e propri «farmaci viventi».

#### **Come funzionano?**

Si prelevano dal paziente le cellule T, i poliziotti «buoni», e con tecniche di ingegneria genetica si dotano di nuove antenne, che le aiuteranno a riconoscere e colpire il tumore. Le cellule T modificate si re-infondono poi nel paziente. La primissima applicazione delle Car-T è stata nella cura di quella piccola percentuale (15%) di bambini con leucemia linfatica acuta che non rispondono alle terapie tradizionali. Oggi le cellule Car-T vengono utilizzate anche per leucemie e linfomi e abbiamo la speranza di impiegarle anche per i tumori solidi.

#### **C'è anche un terzo pilastro dell'immunoterapia?**

Sono passati 50 anni dalla scoperta della tecnologia degli anticorpi monoclonali, che ha rivoluzionato il mondo della medicina. Sono anticorpi che vengono disegnati e costruiti in quantità illimitata e sono in grado di colpire, come dei missili estremamente intelligenti, uno e un solo bersaglio. Nel campo dei tumo-

ri abbiamo anticorpi che vengono chiamati bi-specifici o tri-specifici: da una parte riconoscono la cellula tumorale e dall'altra le fanno avvicinare una cellula del sistema immunitario, che così dà un «bacio della morte» alla cellula tumorale. Gli anticorpi monoclonali sono in uso clinico come tali o come trasportatori di farmaci e composti radioattivi.

#### **Un giorno avremo anche un vaccino per curare il cancro?**

I vaccini sono già il quarto pilastro dell'immunoterapia contro i tumori. Dobbiamo però distinguere tra vaccini preventivi e vaccini curativi. A oggi esistono solo due vaccini preventivi, per epatite B e papilloma virus, che predispongono allo sviluppo del cancro rispettivamente del fegato e della cervice. Abbiamo la speranza di poter usare presto anche vaccini terapeutici personalizzati, cioè non per prevenire ma per curare il cancro. Per ora, però, resta solo una speranza.

#### **L'immunoterapia ha applicazioni anche al di fuori della cura del cancro?**

«Le terapie cellulari con le Car-T sono state sviluppate come terapia antitumorale, ma possono essere indirizzate a uccidere cellule del sistema immunitario responsabili dell'auto-aggressione, in malattie autoimmuni come il lupus. Anche gli anticorpi specifici, dopo il successo avuto nella terapia contro il cancro, si usano nelle malattie autoimmuni, per eliminare in modo più efficiente le cellule che auto-agrediscono. Per la prima volta, a voce bassa e con molta umiltà, possiamo dire di avere la speranza di guarire qualche malattia autoimmune, cosa finora impossibile. Anche

la tecnologia degli anticorpi monoclonali oggi ha usi sorprendenti: per curare l'emivita che non risponde alle terapie tradizionali o per trattare le ipercolesterole-

mie che non rispondono alle statine, o perfino per un problema grave e dimenticato di salute globale, i morsi dei serpenti, che causano oltre 100mila morti all'anno

tra i bambini nei Paesi poveri, con uno strascico terribile di amputazioni e morti.

#### **C'è un'altra sfida che le sta a cuore, quella della solidarietà...**

Terapie e vaccini sono inutili se non vengono utilizzati. Abbiamo parlato del vaccino contro il papilloma virus. Abbiamo un vaccino che funziona bene, estremamente sicuro, ma, a fronte di un 70% di vaccinati nelle regioni del Nord Italia, in alcune regioni del Sud abbiamo fino a 20 punti di differenza percentuale in meno nella copertura vaccinale. Senza contare la marcata disparità tra donne e uomini: le donne si vaccinano molto di più, eppure il papilloma virus non provoca solo il cancro della cervice uterina ma può colpire anche gli uomini, causando tumori della testa, del collo e dell'ano. C'è poi un grande tema di salute globale: il cancro della cervice causa 250-300mila morti all'anno, la stragrande maggioranza delle quali nell'Africa subsahariana, dove è la prima causa di morte per le giovani donne. In questo caso il tema non è la tecnologia: la grande sfida è far arrivare il vaccino a tutti. Io sono molto vicino a un'organizzazione, Medici con l'Africa-Cuamm, che, fra le altre cose, promuove la salute materno-infantile. Volentieri sostengo le loro iniziative, proprio perché tutti insieme dobbiamo vincere la grande sfida della condivisione».

*Tumori, vaccini, malattie autoimmuni: così avanza la frontiera delle cure. Parla Alberto Mantovani, medico e ricercatore di fama mondiale, costruttore di reti solidali*



Sopra, Alberto Mantovani. A sinistra, il professore in un laboratorio di ricerca di Humanitas





## LA RICERCA DI NEUROMED

# Cibi ultraprocessati? Un'insidia per la salute

ENRICO NEGROTTI

**D**opo una diagnosi di tumore, un elevato consumo di alimenti ultraprocessati può aumentare la mortalità. È l'esito di uno studio epidemiologico realizzato presso l'Irccs Neuromed di Pozzilli (Isernia), con il sostegno di Fondazione Airc per la ricerca sul cancro, e pubblicato sulla rivista scientifica *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, dell'Associazione americana per la ricerca sul cancro. La ricerca è uno dei tanti frutti del Progetto molisani, lanciato nel 2005, che ha coinvolto circa 25mila cittadini del Molise per registrarne le caratteristiche genetiche e le condizioni ambientali e condurre numerosi studi epidemiologici, che dopo 20 anni stanno portando importanti risultati: «Abbiamo pubblicato oltre 200 lavori – conferma Licia Iacoviello, responsabile dell'Unità di Epidemiologia e prevenzione di Neuromed e docente di Igiene alla Libera

Università Mediterranea di Casamassima (Bari) –, che mostrano il valore di questo progetto per studiare l'epidemiologia delle malattie croniche, che fu avviato da Giovanni de Gaetano, ora presidente di Neuromed».

Lo studio è stato realizzato su 802 persone (476 donne e 326 uomini) di età superiore a 35 anni che, nella popolazione compresa nel Progetto Molisani, avevano già ricevuto una diagnosi di tumore, e delle quali erano disponibili informazioni dettagliate sulla dieta. Gli alimenti ultra-processati sono stati identificati attraverso il sistema Nova, che assegna ciascun cibo a uno tra quattro gruppi in base al livello e allo scopo della lavorazione industriale. Dopo un'osservazione durata quasi 15 anni è emerso che chi consumava in misura maggiore alimenti ultra-processati aveva un rischio relativo di mortalità per tutte le cause superiore del 48% e un rischio relativo di mortalità per cancro superiore del 59% rispetto a chi ne limitava l'assunzione. Risultati rilevati dopo la correzione di fattori come variabili demografiche, fumo,

obesità, attività fisica e altre malattie, tipo di tumore e qualità dell'alimentazione in base all'aderenza alla dieta mediterranea. Spiega la prima autrice dell'articolo, Marialaura Bonaccio: «Le sostanze utilizzate nei processi industriali possono interferire con i meccanismi metabolici, alterare il microbiota intestinale e favorire l'infiammazione».

«Questi risultati – puntualizza Licia Iacoviello – suggeriscono che l'aumento dell'infiammazione e della frequenza cardiaca a riposo possano spiegare in parte il legame tra un maggiore consumo di alimenti ultraprocessati e l'aumento della mortalità. Ciò contribuisce infatti a chiarire come la lavorazione industriale degli alimenti possa incidere negativamente sugli esiti di salute nei pazienti dopo una diagnosi di cancro. Il messaggio principale per il pubblico è che il consumo complessivo di alimenti ultra-processati è molto più rilevante del singolo alimento». Come orientarsi quindi nella scelta dei cibi? «Un'indicazione pratica – chiarisce Iacoviello – viene dalla lettura delle etichette: alimenti con più di cin-

que ingredienti, o anche con un solo additivo alimentare, sono probabilmente ultra-processati». Un esempio dai succhi di frutta: «Se contiene 100% frutta va bene, ma se c'è il 3% di frutta e poi dolcificanti, addensanti, antiossidanti, allora è un prodotto ultra-processato. Le aziende dicono di usare le concentrazioni permesse da leggi e regolamenti dell'Unione Europea: è vero, ma vengono sempre considerati uno per uno, senza valutare cosa succede se ne metto una decina. In questo caso si accumulano, interagiscono tra loro e hanno effetti negativi sull'organismo». «Non è un attacco all'industria – precisa Iacoviello – ma una messa in guardia su certa esasperazione nell'alimentazione. Tanti processi industriali sono ottimali: la sterilizzazione del latte Uht ha permesso di vincere la brucellosi e la tubercolosi. Vuole essere un invito a correggere i processi produttivi, come è stato fatto con olio di palma o margarine».

Quindici anni di osservazione delle abitudini alimentari di centinaia di malati oncologici. E una conclusione: facciamo più attenzione alle etichette di quel che mettiamo in tavola



Licia Iacoviello



# LONGEVITÀ «COSÌ POTREMO PREVEDERE LE MALATTIE ED EVITARLE»

Il vicepresidente esecutivo  
e docente di Medicina molecolare  
all'istituto Scripps Research:  
«Il tumore bisogna prevenirlo,  
monitorando i geni  
Presto arriveranno i vaccini  
contro il cancro»

**ERIC  
TOPOL**

**RICCARDO DE PALO**



Il segreto della longevità è una formula composta, fatta di ricerca scientifica e stile di vita. «Presto saremo in grado di predire alcune patologie anni prima che si manifestino, molto più tempestivamente di come facciamo adesso», dice Eric Topol, vicepresidente esecutivo e professore di Medicina molecolare presso lo Scripps Research, il più grande istituto biomedico senza scopo di lucro degli Stati Uniti e autore del libro *Il codice della longevità*, appena uscito per Newton Compton.

«Sto parlando di malattie legate all'età, le "big three": l'Alzheimer e le malattie neurodegenerative, le malattie cardiache e i tipi di cancro più comuni».

**Come faremo ad arrivare a simili traguardi?**

«Questo sarà il più grande contributo dell'intelligenza artificiale alla medicina. Ci sono molti livelli di dati per ogni singola persona. L'IA accederà a tutte le cartelle cliniche, tutte le scansioni, gli esami di laboratorio, le foto della retina. E poi i dati genetici, i dati protei-





ci, i biomarcatori, i dati ambientali, i dati dei sensori. Nessun essere umano può elaborare da solo tutti questi dati».

## **Invece l'IA può farlo?**

«L'intelligenza artificiale multimodale è adatta ad affrontare questa sfida. E abbiamo già visto che può prevedere con precisione tutte le malattie, con anni di anticipo».

## **Lei scrive che per migliorare la nostra aspettativa di vita dobbiamo considerare cinque dimensioni. Quali sono?**

«Sono, ovviamente, i fattori legati allo stile di vita, che sono numerosi. Non solo dieta, esercizio fisico, sonno, ma anche molti altri. Poi ci sono farmaci e vaccini come il GLP-1, come l'Ozempic, e molti altri farmaci in quella categoria (che servono a perdere peso, ndr), oltre ai vaccini. Abbiamo imparato, ad esempio, quanto sia potente il vaccino Shingrix (per l'herpes zoster, ndr) nel contribuire a ridurre il morbo di Alzheimer. Ma arriveranno altri vaccini, che hanno lo scopo di prevenire il cancro o mantenere intatto il sistema immunitario. Poi, ovviamente, c'è la dimensione dell'intelligenza artificiale per riunire tutti i dati. E i geni, le proteine, i costituenti del nostro microbioma intestinale sono davvero importanti».

## **Che ruolo ha l'innovazione scientifica in queste terapie?**

«Stiamo assistendo ora alla straordinaria capacità di fornire alle persone cellule ingegnerizzate per, ad esempio, curare malattie autoimmuni come il lupus, la sclerosi multipla, l'artrite reumatoide e molte altre. Le cellule avranno un ruolo più determinante nel trattamento e nella cura delle malattie. Questa non è prevenzione, ma un mezzo efficace per contribuire a migliorare nel tempo la salute delle persone».

## **In cosa consiste esattamente il suo lavoro presso Scripps Research?**

«Otteniamo grandi quantità di dati, a vari livelli, e li utilizziamo per poter aiutare ogni individuo a conoscere il proprio futuro. Inizieremo nelle prossime due settimane un primo studio per prevenire l'Alzheimer, nelle persone con una storia familiare di questa malattia. E poi controlliamo il loro P-Tau-217, un biomarcatore molto importante, che è altamente predittivo. Quindi, mettiamo in modo casuale i soggetti sottoposti a un coaching intensivo per migliorare lo stile di vita, rispetto al gruppo di controllo, che consiste semplicemente nel fornire loro del materiale didattico. Poi, in uno studio su 1.200 partecipanti, procederemo con la sperimentazione di diversi farmaci».

## **Secondo i vostri studi, avere un corredo genetico favorevole non è un fattore determinante per migliorare l'aspettativa di vita, giusto?**

«Esatto, per quanto riguarda la durata della vita in salute. Quindi abbiamo sequenziato 1.400 persone che erano molto anziane. Non avevano mai avuto alcuna malattia e avevano già quasi 90 anni. La sequenza del loro genoma completo non è risultata rivelatrice di alcun contributo. O meglio, esiste un contributo genetico, ma è molto modesto. Le persone non dovrebbero sentirsi destinate ad avere un cattivo decorso di salute a causa dei loro genitori e dei loro parenti».

## **E quindi come possiamo prevenire o ritardare l'insorgenza di malattie legate all'età?**

«Il primo passo è scoprire a quali rischi si è esposti. E quando abbiamo questi cosiddetti orologi biologici, possiamo vedere il ritmo dell'invecchiamento di ogni organo. Potrei controllare un piccolo campione di sangue. E quindi potrei dire se il rischio maggiore riguarda il cuore, il cervello, il sistema immunitario, il tuo fegato o le arterie, e così via».

## **Quali sono le nuove terapie per malattie come il cancro?**

«Anzitutto, bisogna prevenirlo, il cancro. È una cosa che non facciamo. Lo trattiamo o lo rileviamo solo attraverso lo screening, ma non lo preveniamo. Invece, dobbiamo e possiamo farlo. Sappiamo dai geni, dalle proteine, dal sistema immunitario – se non funziona correttamente – chi è ad alto rischio, e dovremmo monitorare queste persone per evitare che si ammalino».

## **Saremo in grado di creare vaccini contro il cancro?**

«Sì, assolutamente. Lo abbiamo già fatto senza volerlo con altri vaccini, come quello contro l'herpes zoster, contribuendo a prevenire altre malattie. Quindi sappiamo che somministrando un vaccino qualsiasi, si contribuisce a stimolare il sistema immunitario. Ma presto ci saranno vaccini specifici contro il cancro, che sono già in fase di sperimentazione. Possono prevenire uno specifico tipo di cancro per il quale una persona è ad alto rischio».

© RIPRODUZIONE RISERVATA





DI PAOLA  
TOMMASI

## La vita è un dono grazie al cuore delle mamme

**S**i può essere mamme più volte dello stesso figlio? La vita è una rinascita continua e ognuno di noi può contribuire. Scegliendo per sé la donazione in vita o post-mortem di organi oppure per altri nella triste circostanza di perdite improvvise o premature di familiari o figli minorenni. La donazione può essere un modo per elaborare il lutto, per dare un senso alla propria esistenza dopo la morte di persone care, per dare continuità alla vita di chi non c'è più, per perpetuarne il ricordo. Ennesima conferma, se ce ne fosse bisogno, di un'affermazione che sembra banale ma che ha potenza infinita: la vita è un dono. Mia figlia ha avuto la vita grazie a un donatore anonimo di gameti maschili, in Italia nel 2023 sono nati 4.326 bambini grazie alla donazione di ovociti,

seme o entrambi. Così come tanti bambini rinascono grazie alla donazione di organi, cellule e tessuti: 191 nel 2024. E come tanti adulti rinascono grazie ai trapianti che ogni giorno si eseguono negli ospedali italiani: 4.451, sempre nel 2024. Siamo un Paese pieno di casi di malasanità, di errori clinici, con liste di attesa lunghissime, ma il sistema sanitario nazionale italiano, pubblico, è un'eccellenza, soprattutto nelle emergenze. E siamo un Paese buono, altruista e generoso. Tra i primi in Europa per tasso di donazione degli organi: 29,5 donatori utilizzati per ogni milione di abitanti, dietro i 48 della Spagna ma davanti a Francia (28,3), Regno Unito (19,2) e Germania (10,9); secondo posto mondiale nel trapianto di fegato; e dal 2002, quando è entrato in funzione il Sistema informativo trapianti, sono stati effettuati oltre 7mila trapianti cardiaci, con tecniche ritenute d'avanguardia nel confronto Ue. I dati sono del Consiglio d'Europa e incrociano quelli del Centro Nazionale Trapianti.

La disponibilità di organi per bambini è minore rispetto a quella di organi adulti ma questo è anche un segnale positivo, di un tasso di mortalità infantile contenuto. A Tarquinia, provincia di Viterbo, si sono tenuti ieri i funerali di Gabriele Costantino, vittima di meningite fulminante a 13 anni. I suoi genitori hanno deciso di donare gli organi e Gabriele continuerà a vivere. Più indietro nel tempo, nel 1994, in Sicilia fu ucciso per errore da una scarica di proiettili un bambino americano di 7 anni, Nicholas Green. I genitori decisero di donare gli organi salvando la vita di sette persone e sdoganando il tabù della donazione degli organi in Italia. L'ospedale Niguarda di Milano ha una Banca dei tessuti dove la pelle, donata, viene crioconservata. Si è rivelata cruciale nella cura dei feriti dell'incendio di Capodanno di Crans Montana. I medici e la ricerca scientifica svolgono un ruolo fondamentale. Che siano i gameti per la nascita dei bambini oppure gli organi a chi

sta per morire, che sia dalla vita a derivare un'altra vita oppure una morte a consentire una rinascita, la vita è un dono. L'abbiamo ricevuta senza particolari meriti, perderla è un attimo, magari senza una ragione. Ricordiamoci ogni giorno, per noi e per gli altri.

© RIPRODUZIONE RISERVATA







Servizio La ricerca del Mit

## **Coscienza: curarla, recuperarla, capirla. La scommessa degli ultrasuoni**

La tecnologia sta aprendo nuove prospettive: dal trattamento della depressione ai disturbi della coscienza

*di Michela Moretti*

18 febbraio 2026

Possono attraversare il cranio, raggiungere con precisione millimetrica strutture profonde come il talamo o l'amigdala, ed influenzare per pochi secondi l'attività di una piccola parte del cervello. Si chiamano ultrasuoni transcranici, onde sonore ad altissima frequenza applicate dall'esterno che esercitano una lieve pressione meccanica sui neuroni, modificandone temporaneamente l'attività, senza danneggiarli. Il risultato è una modulazione reversibile e controllata di specifici circuiti cerebrali, senza chirurgia né impianti. Una tecnologia che sta aprendo nuove prospettive, dal trattamento della depressione ai disturbi della coscienza, fino al dolore cronico. E ora anche nella ricerca sulle origini della coscienza, intesa come esperienza vissuta: vedere un colore, sentire dolore, percepirsi presenti. È l'attività neurologica a dare origine all'esperienza cosciente?

### **Gli obiettivi della ricerca e il ricorso agli ultrasuoni**

Finora, su questo fronte, la ricerca ha potuto spiegare i meccanismi che collegano l'attività biologica del cervello alla coscienza, ma non se quell'area del cervello sia indispensabile a generarla. "Una cosa è dire che quei neuroni hanno risposto elettricamente, un'altra è dire che la persona ha visto la luce", chiarisce Daniel Freeman, ingegnere al Massachusetts Institute of Technology (MIT). Freeman fa parte di un progetto che ha messo insieme ingegneri, come lui, neuroscienziati, radiologi e persino filosofi, del MIT e dell'Harvard University, per provare a dare risposta a questo interrogativo, utilizzando la neuromodulazione con ultrasuoni. L'idea è che se modulando una specifica area del cervello cambia se e come il soggetto vede, sente, o riferisce di provare qualcosa, allora è possibile mettere alla prova il ruolo causale di quel circuito nell'esperienza cosciente. Il gruppo è partito da due esperienze: la vista e il dolore. Nel caso della vista, i ricercatori propongono di lavorare su stimoli al limite della soglia percettiva: immagini così deboli che a volte vengono viste, a volte no. Modulando con gli ultrasuoni una specifica area del cervello, per esempio una regione della corteccia visiva o una zona frontale coinvolta nell'integrazione delle informazioni, si può verificare se cambia il fatto che il soggetto riferisce di aver visto qualcosa. Il dolore offre un altro banco di prova. Stimolando strutture profonde come il talamo, che coordina molte informazioni sensoriali, i ricercatori americani vogliono capire dove si forma la componente cosciente del dolore, quella che non è solo risposta automatica, ma esperienza vissuta.

### **Gli altri fronti della ricerca: dal coma allo stato vegetativo**

Nel lavoro pubblicato lo scorso gennaio su *Neuroscience*, il gruppo traccia una roadmap, un metodo per i test sperimentali, indicando quali domande porre, come scegliere i bersagli nel cervello, come combinare stimolazione e misure comportamentali, e come confrontare i risultati con le principali teorie della coscienza. Un altro fronte della ricerca scientifica indaga invece i disturbi della coscienza, dove è compromessa la vigilanza o la capacità di avere esperienza, come il coma, lo stato vegetativo e lo stato di minima coscienza. In una review pubblicata nel 2025 su *Critical Care*, un gruppo di ricercatori ha analizzato gli studi clinici disponibili per capire se la stimolazione mirata di strutture profonde con gli ultrasuoni potesse favorire un recupero, anche parziale, della coscienza. Alcuni dei pazienti sottoposti a stimolazione con ultrasuoni (a bassa intensità) hanno dato segni di miglioramento nella risposta agli stimoli e, in un piccolo gruppo si è visto un passaggio verso uno stato di coscienza più elevato, come dalla condizione vegetativa ad uno stato di minima coscienza. Le immagini di risonanza hanno fatto pensare ad una riattivazione dei circuiti coinvolti nella vigilanza. Ma i dati restano preliminari e il fenomeno visto va confermato con ulteriori studi.

## **Il ricorso agli ultrasuoni in caso di depressione**

Gli scienziati stanno sperimentando gli ultrasuoni anche nei casi di alterazione del contenuto e della qualità dell'esperienza cosciente, come la depressione, che secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità colpisce oltre 280 milioni di persone nel mondo. Una review pubblicata nel 2025 su *Brain Sciences* ha raccolto studi diversi per capire se gli ultrasuoni a bassa intensità potessero modulare i circuiti che regolano l'umore. Negli animali si sono osservati miglioramenti nei comportamenti legati alla depressione; nei volontari sani, cambiamenti temporanei nelle reti cerebrali coinvolte nella regolazione emotiva; nei pazienti con depressione resistente ai farmaci, riduzioni dei sintomi in una parte dei casi trattati. Anche uno studio clinico controllato pubblicato nel 2024 su *Psychiatry Investigation* ha mostrato che alcune sessioni di stimolazione mirata con ultrasuoni possono ridurre i sintomi depressivi, senza eventi avversi rilevanti. Intanto al MIT di Boston è nato il *Consciousness Club*: oltre alla relazione tra il cervello e la coscienza, si indaga la percezione inconscia, la coscienza negli animali e nei sistemi di intelligenza artificiale. Siamo solo agli inizi di un dialogo con il cervello che può riservarci tante risposte, anche inaspettate





Servizio Sentenza

## **Lombardia: disco verde all'integrazione tra università e ospedali**

Il Consiglio di Stato ha legittimato il sistema funzionale che coinvolge assistenza e didattica realizzato dalla Regione senza ricorrere alle Aou

*di Claudio Testuzza*

18 febbraio 2026

I sindacati dei medici ospedalieri (Cimo ed Anaao) erano contrari alla clinicizzazione più o meno strisciante delle attività dei professionisti degli ospedali specie in Lombardia. Ma Palazzo Spada, Consiglio di Stato, ha legittimato, con la sentenza n. 904 del 3 febbraio 2026, il sistema di integrazione funzionale tra assistenza e didattica realizzato in Lombardia senza ricorrere alle Aou.

La vicenda trae origine dalla contestazione dell'assetto organizzativo voluto dalla Regione Lombardia, che non prevede l'istituzione di AOU quali enti tipici del Servizio sanitario regionale. Al loro posto, il sistema lombardo disciplina i rapporti di integrazione attraverso protocolli d'intesa tra Regione e Università, con lo svolgimento delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca all'interno delle ASST. L'integrazione universitaria assume quindi natura funzionale e convenzionale, fondata su protocolli e accordi, senza trasformarsi in integrazione istituzionale. Un modello che i ricorrenti ritenevano in contrasto con il quadro normativo nazionale delineato dal d.lgs. 517/1999 e con la ripartizione costituzionale delle competenze legislative.

### **Primari scelti dall'Università e dalla Regione**

"Serve la garanzia di regole trasparenti e meritocratiche per l'accesso agli incarichi apicali nelle Aziende ospedaliero-universitarie, nei Policlinici universitari e negli Irccs". Era questa la richiesta che il sindacato dei medici Cimo ha rivolto al Gruppo di lavoro sulle Aziende ospedaliero-universitarie insediato al ministero dell'Università e della Ricerca. Insieme ad un sollecito per un intervento normativo nazionale che superi le disparità tra personale universitario e dipendenti del Ssn. Su questo fronte qualcosa si muove. Il Gruppo di lavoro – che ha ascoltato Regioni, Università, sindacati e operatori – ha messo a punto una strategia su due livelli. Da un lato, un Protocollo nazionale d'intesa (ai sensi dell'art. 6, comma 7, della legge 240/2010) per stabilizzare il sistema in attesa di una riforma più ampia. Dall'altro, l'avvio di un percorso per una legge delega che riscriva radicalmente il rapporto tra Università e Servizio sanitario.

### **Ma i sindacati medici vedono solamente il peggio**

"Si sta svalORIZZANDO la figura del medico ospedaliero esaltando invece le figure degli universitari che appaiono come ancore di salvataggio del sistema sanitario nazionale." E' il grido d'allarme dell'Anaao: " Se il sistema sanitario non è affondato completamente lo si deve all'opera dei dirigenti del sistema pubblico che hanno retto l'urto erogando, in tutti questi anni, centinaia di migliaia di prestazioni sanitarie pubbliche ogni giorno". Si tratta di una situazione di forte disagio avvertita da sindacati di categoria medica e da importanti associazioni tecnico-scientifiche tanto da

spingerli, addirittura, ad intraprendere azioni di tutela giudiziaria contro i provvedimenti amministrativi, regionali e aziendali, finalizzati a rivedere le condizioni negative attuali.

### **Resta sospeso lo schema di convenzione**

In realtà era stata già prevista in passato ( legge 240/2010, articolo 6, comma 13), la predisposizione di uno schema-tipo di convenzione volto a definire i rapporti tra Università e Regioni in materia di attività integrate di didattica, ricerca ed assistenza. Il processo di “clinicizzazione” oggi sembra non conoscere ostacoli, pronto al superamento delle mura, e del concetto, dell’Ospedale di riferimento, per abbracciare altri ospedali e lo stesso territorio, nella passiva acquiescenza, se non complicità, delle Regioni. In pratica si dà la stura a generare sistemi universitari regionali. È appena il caso di notare che una tale configurazione, organizzativa e giuridica, è consentita dalla legge solo alle regioni a statuto speciale.

### **I medici ospedalieri in fuga**

Inoltre, a questo quadro si somma l’aumento delle clinicizzazioni, che ha portato diversi reparti ad essere affidati a Direttori di area universitaria anziché ospedaliera. Ciò significa che, in molti casi, la guida delle strutture non è stata assegnata tramite concorso nelle ASL o nelle AO, ma attraverso una designazione dell’Università, sottraendo di fatto ulteriori opportunità di crescita ai dirigenti ospedalieri, senza necessariamente migliorare gli esiti clinici. Il punto critico riguarda la possibilità, prevista dal modello lombardo, di nominare direttori di Unità operativa complessa (UOC) di provenienza esclusivamente universitaria, senza che gli stessi abbiano l’onere di fornire prova dei titoli comprovanti l’esperienza ospedaliera e la buona pratica pluriennale maturata in corsia o in sala operatoria. Ed, anche, si prevede l’ampliamento della rete universitaria, portando specializzandi anche in aziende ospedaliere minori , dove sono gli ospedalieri che dovrebbero essere maggiormente e direttamente coinvolti nella formazione del personale sanitario, in una logica moderna, efficace ed efficiente, di Ospedale d’insegnamento, come già accade in molte realtà all’estero.

In un SSN descritto sempre più “ostile” per i medici ed i dirigenti sanitari – come di recente attestato dal rapporto del Censis, in cui si legge che 91,2% dei medici ritiene che lavorare nel Servizio sanitario nazionale sia diventato più difficile e stressante, sanare l’insanabile in aperto dispregio delle regole e aprendo un’autostrada alla clinicizzazione selvaggia da parte degli universitari di tutte le strutture ospedaliere d’Italia, potrà avere l’effetto dirompente di mortificare ulteriormente gli ospedalieri e sarà un ulteriore stimolo per i giovani medici ad abbandonare l’Italia.



## **PADRE ARICE: «MA LASCIAR MORIRE È SEMPRE UNA SCONFITTA»**

# Regolamento e niente legge: la “via piemontese” al fine vita

«Quando qualcuno resta accanto a chi soffre e il dolore viene tenuto sotto controllo in modo adeguato, il desiderio di morire si ritira fino a scomparire. È la solitudine, prima della malattia, a uccidere». Padre Carmine Arice, padre generale della Piccola Casa della Divina Provvidenza, interviene nel dibattito sul fine vita in Piemonte, dopo la circolare della Direzione Sanità della Regione alle aziende sanitarie. Oggi, in coda alla conferenza dei capigruppo in Consiglio regionale, ci sarà un primo confronto che potrebbe delineare tempi e modalità per la discussione in Aula. Ribadito più volte che non si vuole arrivare a una legge regionale, si parla di un ulteriore regolamento o di direttive regionali conformi alla sentenza della Corte Costituzionale. L'esperienza da due anni

nell'hospice di Chieri, nella casa in cui morì san Giuseppe Benedetto Cottolengo nel 1842, dimostra che quando c'è «una presenza che accompagna, le persone rifioriscono».

Riferendosi al primo caso di suicidio assistito in Piemonte di pochi giorni fa, padre Arice ribadisce che quando una persona chiede la morte «è una sconfitta per tutti», come ha scritto il presidente del Centro cattolico di bioetica della Diocesi di Torino: «Non siamo riusciti a far percepire – spiega Arice – che quella vita, pur nell'estrema fragilità, era importante. Serve un'umile riflessione da parte di tutti. Nella discussione pubblica mi impressiona vedere l'insistenza sul fare in fretta, mentre è disattesa la richiesta di vicinanza di tante persone che hanno bisogno e vivono aspettando esami medici o rinunciando alle cure». Di qui l'invito a un confronto vigile e consapevole e alla tutela rigorosa dell'obiezione di coscienza per i medici e le strutture: «Imporre percorsi non condivisi a realtà convenzionate come la nostra sarebbe un paradosso e soprattutto una vera ingiustizia». (Danilo Poggio)



# L'inchiesta raddoppia Box e ghiaccio secco Ora indaga anche Bolzano

Sotto accusa sei sanitari, iscritti nel registro dalla procura partenopea  
I magistrati altoatesini aprono un fascicolo dopo l'esposto di un'associazione

NAPOLI

**L'inchiesta** sul cuore 'bruciato' tocca anche Bolzano. La Procura altoatesina ha aperto un fascicolo su esposto di un'associazione di consumatori napoletana. Il motivo è preciso: il ghiaccio secco che ha danneggiato l'organo sarebbe stato fornito dai sanitari dell'ospedale San Maurizio, che si sarebbero limitati a chiedere all'équipe napoletana se servisse per uso interno o esterno rispetto al contenitore. Una domanda che implica una responsabilità, almeno potenziale, nella gestione del trasferimento. La Procura di Bolzano ha quindi ipotizzato il reato di responsabilità colposa per lesioni personali in ambito sanitario — in futuro molto probabilmente per morte —, al momento a carico di ignoti.

**La ricostruzione** degli eventi è ormai abbastanza nitida. Quando arriva la segnalazione che a Bolzano è disponibile un cuore compatibile con il piccolo Domenico — affetto da una cardio-

patia congenita —, l'équipe del Monaldi si mette in moto. È la notte tra il 22 e il 23 dicembre. Volo verso l'Alto Adige, espian- to dell'organo, rientro a Napoli. Nel frattempo, il cardiocirurgo ha già aperto il torace di Domenico per prepararlo al ricevimen- to: procedura standard, si opera in parallelo per ridurre i tempi. Il cuore arriva, viene impiantato. Ma non riparte. L'organo è com- promesso, inutilizzabile, 'brucia- to'. Stando a quanto emerge dalle indagini dei carabinieri del Nas, coordinate dal pm Giusep- pe Tittaferante e dall'aggiunto Antonio Ricci, l'équipe napoletana aveva raggiunto Bolzano con un recipiente artigianale — lo stesso tipo di contenitore in uso fino a qualche anno fa, poi ab- bandonato con l'arrivo di tecno- logie più avanzate e con le nuo- ve linee guida ministeriali. Al Mo- naldi, dal 2023, è presente un si- stema di trasporto di ultima ge- nerazione prodotto da Parago- nix Technologies: una custodia

termica a temperatura controlla- ta, dotata di termometro a vista, che non richiede ghiaccio e ga- rantisce la conservazione otti- male degli organi. Uno strumen- to acquistato, funzionante. Che

quella notte è rimasto dov'era. **Secondo** l'ipotesi al vaglio degli inquirenti, il personale non era stato adeguatamente formato per utilizzarlo: un gap che, se confermato, trasformerebbe questa storia da incidente in ne- gligenza. Le audizioni in Procu- ra stanno ricostruendo il quadro pezzo per pezzo. Il cardiologo Giuseppe Limongelli, che aveva seguito Domenico sin dalla na- scita, è stato ascoltato dai magi- strati per molte ore. Sentita co- me testimone anche Maria Cris- tina Boccia, dirigente di reparto, che aveva partecipato ad alcu- ne fasi della missione in Alto Adi- ge. Le loro dichiarazioni avreb- bero contribuito a cristallizzare uno dei nodi centrali dell'inchie- sta: la decisione di partire con il contenitore sbagliato non è sta- ta casuale, ma il risultato di una catena di scelte — e di mancan- ze — che i magistrati sono ora chiamati a ricostruire.

**Nino Femiani**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## L'ipotesi

La decisione di partire  
con il contenitore  
sbagliato  
non è stata casuale

## L'ispezione al Monaldi

È INIZIATA IERI



**Il personale del Ministero**  
Dovrà acquisire documenti

Sono arrivati al Monaldi  
gli ispettori inviati dal Ministero  
della Salute. Devono acquisire  
i documenti relativi al trapianto





# Il summit medico spegne le speranze “No al trapianto”

Peggiorano le condizioni del bimbo  
la mamma: è vivo, io non lo lascio

Si spengono le speranze per il bambino in gravi condizioni all'ospedale Monaldi di Napoli. Gli esperti hanno detto no a un nuovo trapianto di cuore: «Le sue condizioni sono incompatibili con un'altra operazione». La madre: «Finché resiste rimarrò accanto a lui».

di **DEL BELLO, DEL PORTO, DI COSTANZO, DIPOLLINA**  
e **GIANNOLI** ➔ alle pagine 6 e 8



# No a un nuovo trapianto per il bambino di Napoli “Non sopravviverebbe”

I luminari bocciano un intervento bis: lo voleva solo il Monaldi  
Si spengono le speranze. “Condizioni del piccolo non compatibili”

di **GIUSEPPE DEL BELLO**  
e **ANTONIO DI COSTANZO**  
NAPOLI

**L**e condizioni del bambino non sono compatibili con un nuovo trapianto». Il verdetto inappellabile è arrivato alle 15.45 di ieri e ha spezzato le ultime speranze di Patrizia, la mamma del piccolo di

due anni e mezzo al quale è stato impiantato all'ospedale Monaldi di Napoli un cuore danneggiato.

Troppo compromesso il quadro clinico per sperare e autorizzare un nuovo trapianto. Lo ha certifica-

to il comitato dei principali esperti in materia chiamati a super consulto al capezzale del «piccolo guerriero». Luminari che hanno dovuto prendere una decisione difficile, ma nell'aria da quando il Bambino



Gesù di Roma già si era espresso nettamente contro la possibilità dell'intervento. Strada su cui, invece, ha spinto fino all'ultimo il chirurgo Guido Oppido che lo scorso 23 dicembre aveva eseguito il trapianto del cuoricino bruciato per errore dal ghiaccio secco durante il trasporto da Bolzano a Napoli.

Posizione isolata che ha visto Oppido battersi strenuamente anche in contrasto con i colleghi arrivati dalle principali strutture sanitarie del Paese. «Un confronto collegiale – recita la nota del l'Azienda dei Colli – che ha consentito una valutazione condivisa quanto più completa e ampia possibile». Comunicata la decisione al Centro nazionale trapianti, il bimbo è uscito dalla

lista di pazienti in attesa di un cuore dopo che martedì sera era arrivata la possibile disponibilità di un organo per tentare un nuovo trapianto. «La situazione era pessima. Purtroppo ne abbiamo dovuto prendere atto. Non potevamo fare diversamente: non sarebbe sopravvissuto all'intervento», afferma Carlo Pace Napoleone, direttore della Scuola di cardiocirurgia pediatrica del Regina Margherita di Torino, uno dei membri del comitato che ha detto no al nuovo trapianto.

Il quadro clinico, purtroppo, era

e resta drammatico: un'infezione da pseudomonas aeruginosa, un'emorragia cerebrale, problemi legati anche all'Ecmo che assicura l'assistenza cardio respiratoria da oltre due mesi al bimbo. E poi danni estesi anche a reni, polmoni e fegato. Uno strazio infinito per la mamma che ha atteso il verdetto seduta davanti alla porta della Rianimazione con il marito Antonio.

I due sono passati dalla speranza, da quando il 23 dicembre, dopo due anni di attesa, il Monaldi aveva comunicato la disponibilità del

cuoricino, allo sconforto per «quell'operazione non riuscita». Formula che nascondeva la realtà di un organo danneggiato, ma impiantato comunque.

A cercare di dare conforto alla mamma è arrivato ieri anche l'arcivescovo di Napoli, Mimmo Battaglia. È rimasto con la donna nella rianimazione dell'ospedale partenopeo, mentre in un ufficio vicino si decretava il no definitivo all'intervento. «È finito il tempo della speranza, ora inizia sicuramente quello delle responsabilità», afferma l'avvocato Francesco Petruzzi. Toccherà, quindi, alla Procura indagare e rispondere agli interrogativi della vicenda. Al momento sei tra medici e infermieri risultano in-

dagati. «Aspettiamo le cartelle cliniche per mostrarle al consulente di parte. Dobbiamo vedere tutta la documentazione» ripete l'avvocato Petruzzi.

Ad abbracciare i familiari del bambino in ospedale è arrivato anche il governatore della Campania, Roberto Fico: «È una vicenda molto dolorosa. Ho attivato da subito i massimi poteri di vigilanza, controllo e ispettivi della Regione: ho ricevuto una relazione di 290 pagine che ho mandato al ministro Schillaci», dice.

Relazione a cui si aggiungerà proprio quella degli ispettori ministeriali giunti ieri mattina al Monaldi. «Attendiamo di conoscere gli esiti delle indagini perché è doveroso fare chiarezza», dichiara Schillaci.

**La situazione era pessima. Purtroppo ne abbiamo dovuto prendere atto**

**CARLO PACE NAPOLEONE**  
CARDIOCHIRURGO PEDIATRICO





# «Martedì sera è stato colpito da un'emorragia cerebrale Abbiamo deciso all'unanimità»

## Il superconsulente: per noi ogni bimbo è come un figlio

di **Simona De Ciero**

«Ogni bambino per noi è come un figlio e non vorremmo mai arrenderci». Il dottor Carlo Pace Napoleone, cardiocirurgo dell'Ospedale infantile Regina Margherita di Torino, riassume il peso umano e professionale della decisione presa dal gruppo di super consulenza riunito a Napoli per valutare il caso di Domenico.

**Perché non è più possibile tentare il trapianto? Qual è l'elemento clinico che ha chiuso la strada?**

«Martedì sera il piccolo ha avuto un'emorragia cerebrale. Oggi (ieri per il lettore, ndr), non era cosciente e gli esami hanno mostrato subito che un eventuale intervento avrebbe potuto peggiorare ulteriormente la situazione, con il rischio concreto di determinare un sanguinamento cerebrale durante l'operazione. Le condizioni cliniche non consentono un intervento di questo tipo in sicurezza».

**La decisione è stata unanime?**

«Unanime, assolutamente. Compresi i colleghi del Monaldi».

**Il bambino è sveglio? È seda-**

**to?**

«Il bambino non è più sedato da martedì sera. Quando siamo andati via e lo abbiamo visitato, non era sveglio».

**A questo punto anche l'ipotesi del cuore artificiale (Berlin Heart) non ha più senso?**

«No, non avrebbe senso nelle condizioni attuali».

**Che cosa si può fare?**

«Anche se non spetta a me dirlo, suggerirei un accompagnamento al fine vita».

**Cosa significa, dal punto di vista medico?**

«Significa evitare di insistere nel volerlo salvare quando questo non è più verosimile. È molto difficile da spiegare alla famiglia, perché è quasi impossibile accettare una decisione del genere. Ma è la cosa migliore per lui».

**Avete spiegato voi alla famiglia le condizioni del bimbo?**

«Noi abbiamo redatto un verbale della consulenza e della valutazione clinica, consegnato alla direzione dell'ospedale. La comunicazione ufficiale spetta alla struttura».

**Come affronta emotivamente, da medico e da uomo, una decisione così?**

«Ribadisco un concetto: il bene del paziente, in questo caso, può non coincidere con il prolungare la vita a tutti i costi. Essere medico significa fare fino in fondo ciò che è giusto per

chi hai in cura, qualunque cosa questo significhi. E qui, probabilmente, la cosa più giusta da fare è fermarsi».

**Crede che questa vicenda imponga una riflessione più ampia sul limite delle cure e sulla dignità del paziente, anche se piccolissimo? Servono protocolli più chiari?**

«Esistono indicazioni delle società scientifiche che dovrebbero essere recepite dagli ospedali per definire percorsi condivisi in situazioni come questa. È un lavoro che si sta iniziando a fare. È duro, perché noi siamo abituati a salvarli, a fare sempre un passo in più. Ma bisogna anche ragionare su quanto si può fare e su che cosa sia giusto fare. A Torino alcuni colleghi stanno già lavorando a un progetto del genere. Io lo condivido, e faccio il mio. Non vorremmo mai arrenderci. Ma a volte è necessario farlo».

**Ricorda la prima volta in cui ha dovuto dire: «La cosa giusta è lasciare andare»?**

«Onestamente no. È successo, certo, ma la prima volta non la ricordo».

**Capita spesso?**

«Fortunatamente no, perché in genere otteniamo grandi risultati, e ogni anno migliorano gli strumenti e le tecniche. Però non esiste una linea guida che possa risolvere tutto: alla fine sono sempre le persone che, in scienza e coscienza,

devono stabilire la cosa migliore da fare».

**Come si prepara uno staff medico ad affrontare situazioni così estreme?**

«Serve un lavoro costante di confronto e aggiornamento. La preparazione mentale è fondamentale quanto quella tecnica».

**Quale messaggio vuole lasciare ai colleghi che si trovano davanti a scelte simili?**

«Non bisogna mai dimenticare che ogni decisione ha un peso umano enorme. Bisogna agire con competenza, empatia e coraggio, senza lasciare che la paura o l'orgoglio interferiscano con ciò che è meglio per il paziente».

**Se avesse davanti i genitori, a porte chiuse, che cosa si sentirebbe di dire loro?**

«Il nostro dolore si aggiunge al loro. Nessuno di noi avrebbe voluto arrivare a questo punto. Abbiamo fatto tutto ciò che era possibile fare. E continueremo a essere accanto a loro, con rispetto e con umanità, in ogni momento».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Suggerirei di non insistere nel volerlo salvare, anche se è difficilissimo accettarlo**



**Esperto** Carlo Pace Napoleone, membro del team che ha valutato il bimbo





“Quando il cuore arrivò  
era un blocco di ghiaccio”

di **MICHELE BOCCI**

**I**l linguaggio degli atti ufficiali non scalfisce la drammaticità del momento: «All'apertura del contenitore termico risultava impossibile estrarre il secchiello contenente il cuore».

→ a pagina 7

# “Quando il cuore è arrivato era un blocco di ghiaccio lo abbiamo messo lo stesso”

Nel report inviato a Roma  
i concitati momenti in sala  
operatoria: “Il chirurgo  
aveva già espantato, non  
si poteva tornare indietro”



**LE CARTE**

di **MICHELE BOCCI**  
NAPOLI

**I**l linguaggio un po' algido degli atti ufficiali, non scalfisce la drammaticità del momento: «All'apertura del contenitore termico risultava impossibile estrarre il secchiello contenente il cuore, completamente inglobato in un blocco di ghiaccio». Sono passate le 14.30 del 23 dicembre e i due errori che hanno segnato la storia del bimbo di Nola si incontrano nella sala operatoria del Monaldi producendo effetti deflagranti. Il primario della cardiocirurgia, Guido Oppido, pochi minuti prima della scoperta dell'organo gelato ha staccato il cuore del paziente, ritenendo di aver avuto un via libera che nessuno di coloro che si trovano in sala ha detto di aver dato.

Il racconto di cosa è accaduto tra Bolzano e il Monaldi è negli audit dell'azienda ospedaliera, cioè nei verbali dell'indagine interna. Letta tutta insieme, la catena di errori mette i brividi.

## Il contenitore

Il primo problema, dicono i responsabili del rischio clinico aziendale, è la scelta di un contenitore data-to per trasportare l'organo. Eppure il moderno Paragonix, con controllo della temperatura interna e termometro esterno, è al Monaldi dal 2023. «La sala operatoria per i trapianti – scrive l'azienda – ne ha in dotazione almeno due. A maggior tutela, in Farmacia c'è n'è sempre un altro». Eppure «dagli audit





emerge che l'équipe avrebbe dichiarato di non essere a conoscenza di tale disponibilità». In un colloquio con i professionisti, il direttore del Monaldi, Anna Iervolino, chiede se la circostanza sia vera e nessuno risponde. I medici erano stati invitati via mail alla formazione, mai fatta. Ma anche un contenitore datato poteva andare bene, se usato nel modo giusto.

## Il viaggio a Bolzano

Quando arriva la notizia dell'organo disponibile, due dottori partono da Capodichino verso Verona. Sono le 4.30 del 23 dicembre. Alle 8.15 arrivano con un'ambulanza a Bolzano. La dottoressa, Gabriella Farina, scrive che dopo aver fatto le operazioni per il prelievo del cuore e messo l'organo nei sacchetti, tre, e nel secchiello per il trasporto, visto che il ghiaccio portato da Napoli non è sufficiente (uno dei problemi segnalati dall'audit) chiede «al personale di sala di integrare il ghiaccio mancante fino alla copertura completa del contenitore con il cuore espantato». Il suo collega, Vincenzo Pagano, annota: «Uno dei membri di sala operatoria ha provveduto a versare nel contenitore, da un altro recipiente, ciò che sembrava del normale ghiaccio tritato mentre eravamo ancora bardati sterilmente». In realtà, come dice l'azienda Monaldi

si è usato «ghiaccio secco in luogo di ghiaccio di acqua». Cioè una sostanza che può portare la temperatura a -80, quando il cuore va conservato intorno ai 4 gradi.

## La sala operatoria

Quando da Bolzano, senza essere consapevoli di ciò che è successo, dicono che il cuore va bene, al Monaldi il paziente viene portato in sala operatoria. All'atterraggio a Napoli si fanno altre procedure chirurgiche preparatorie. «Alle 14.30 l'équipe dell'espanto - scrive Oppido - giungeva in sala con il contenitore termico. Veniva richiesta conferma della presenza dell'organo e della corretta esecuzione delle procedure di conservazione. Ottenuta conferma che tutto fosse conforme, si procedeva alla cardiectomia del cuore del ricevente. Tale fase richiedeva circa 15 minuti durante la quale avrebbe dovuto avvenire la cardioplegia al banco», cioè fatto un trattamento sul cuore del donatore. In realtà però l'organo non è ancora stato tolto dal contenitore. «Solo al completamento della cardiectomia si prendeva piena consapevolezza delle criticità in atto». Visto che il cuore è congelato, ci vogliono 20 minuti per tirarlo fuori dal contenitore, e poi altro tempo per staccarlo dai sacchetti sterili. «Nonostante il forte sospetto di un grave danno da congelamento del

l'organo, in assenza di alternative, si decideva di procedere ugualmente e con la massima rapidità all'impianto». In sala si cerca di farlo ripartire ma non si riesce. Dopo 3 ore si decide di usare l'Ecmo. «Contestualmente veniva inoltrata la richiesta urgente per la disponibilità di un nuovo organo».

## Il si immaginato

Ma perché Oppido inizia a togliere il cuore malato? Nell'audit dice di aver chiesto la conferma dell'inizio della procedura di cardioplegia. «Lo stesso dichiara di aver percepito, in risposta, un assenso ("sì") da parte del personale presente», è scritto negli atti. Ma, si aggiunge, «nessuno degli operatori presenti in sala operatoria, cioè cardiocirurghi, coordinatore infermieristico, tecnico perfusionista, infermieri, ha dichiarato di aver fornito risposta affermativa esplicita». Il disastro avviene per quello che l'audit definisce un «deficit comunicativo e procedurale».

### LE TAPPE

#### 1 Il viaggio da Bolzano alla Campania

Il 22 dicembre l'ospedale Monaldi di Napoli comunica alla famiglia del bimbo la disponibilità di un cuore per il trapianto. L'organo viene espantato a Bolzano e dall'Alto Adige viene trasportato nel presidio del capoluogo campano per l'intervento

#### 2 L'operazione eseguita con l'organo danneggiato

L'intervento chirurgico viene eseguito il 23 dicembre. Ma il cuore trapiantato è danneggiato e la funzionalità gravemente compromessa. Le condizioni del piccolo paziente si aggravano e per tenerlo in vita deve essere attaccato a una macchina

#### 3 L'inchiesta per lesioni colpose

Dopo la denuncia della famiglia, la Procura apre un'inchiesta per lesioni colpose. Gli indagati sono 6 tra medici e infermieri delle due équipe che si sono occupate di espanto e trapianto. Verifiche sul trasporto con ghiaccio secco in un box non tecnicamente evoluto

#### 4 Il consulto con il team di superesperti

Da quasi due mesi il bimbo lotta per la vita. Martedì sera, la possibile svolta: la disponibilità di un cuore per tentare un nuovo trapianto. Al Monaldi si riunisce il team di superesperti di tutta Italia che però non lascia speranze: il bimbo non sopravviverebbe a un altro intervento





DOMANDE & RISPOSTE

## Si va verso l'interruzione delle terapie

### **Il bambino di Napoli potrebbe rientrare nella lista di chi aspetta il trapianto?**

Viste le sue condizioni giudicate gravissime alcuni giorni fa dal Bambino Gesù e ieri dagli altri esperti, praticamente non ha nessuna speranza di rientrarci.

### **Quali danni provoca l'Ecmo?**

Il dispositivo che sostituisce cuore e polmoni lo assiste da 55 giorni. Di solito si usa fino a 2-3 settimane. «Genera uno stato infiammatorio continuo e col tempo danneggia vari organi», spiega Paolo Del Sarto, primario della Cardioanestesia e responsabile dell'Ecmo team della Fondazione Monasterio di Massa, che si occupa di cardiocirurgia pediatrica. E infatti il bambino ha danni a fegato, reni, polmoni, oltre a un'emorragia cerebrale e un'infezione da *pseudomonas*, come

scritto dal Bambino Gesù nella sua consulenza.

### **Si potrebbe decidere di staccare il macchinario?**

Visto che la situazione può solo peggiorare, in assenza di altri trattamenti che non sono considerati possibili, arriverà il momento di dover decidere se farlo. «Possono succedere vari eventi che portano alla morte, non solo cerebrali. Anche un'insufficienza epatica può essere fatale», dice sempre Paolo Del Sarto. «Comunque, anche se non c'è il decesso quando è attaccato al macchinario, non bisogna sforare nell'accanimento terapeutico».

### **C'è una procedura per interrompere l'assistenza?**

Gli ospedali di solito si danno delle regole. «Quando si ritiene arrivato il

momento, si riunisce una commissione con medici, infermieri, bioeticisti, psicologi e anche i genitori, che devono sempre essere informati e accompagnati, anche se il loro consenso non è necessario, se il medico valuta che l'assistenza è futile», dice ancora il medico.

### **Dopo l'interruzione cosa succede?**

Se la scelta è di interrompere il trattamento «si fa la narcosedazione compassionevole e si accompagna il bambino al fine vita», conclude Del Sarto.

— **MI. BO.**





# La mamma “Finché resiste rimarrò accanto al suo letto poi però nessuno dimentichi”



L'INTERVISTA

di **DARIO DEL PORTO**  
NAPOLI

**M**io figlio non è ancora morto. Non ha ancora chiuso gli occhi. E io devo essere forte, anche per i miei altri due bambini», ripete mamma Patrizia quando ormai è calata la sera e le speranze di un nuovo trapianto per il suo «piccolo guerriero» sono definitivamente tramontate davanti al parere negativo espresso dopo il consulto all'ospedale Monaldi di Napoli. Nello spazio di una notte il sogno di un cuore nuovo dopo quello bruciato ha lasciato il posto alla «rassegnazione e all'idea che il suo bimbo non ce la farà, perché lo hanno detto gli esperti. È una donna che sta dimostrando grande coraggio e dignità», sottolinea il suo legale, l'avvocato Francesco Petruzzi, che aggiunge: «La notizia della decisione è arrivata prima alle agenzie di stampa, poi è stata comunicata a noi».

**Come sta, signora Patrizia?**

«E come vuole che stia. Hanno deciso di no, che a loro giudizio le condizioni non sono compatibili

con il trapianto, quindi... Ma finché mio figlio respira, è vivo. E io non lo lascio».

**Dopo questa decisione avete in mente di chiedere pareri sulla trapiantabilità del bambino anche ad altri esperti, ad esempio all'estero?**

«È una questione di cui dovrò discutere attentamente insieme al mio avvocato. Fino a questo momento non siamo ancora riusciti a parlarne».

**È venuto a trovarla in ospedale il cardinale don Mimmo Battaglia. Siete rimasti insieme, vicino al bambino, per più di un'ora. Che cosa vi siete detti?**

«Mi ha anche telefonato proprio adesso. Mi ha promesso che tornerà già domani. Vuole stare tutti i giorni qua, accanto a mio figlio».

La voce di Patrizia si spezza per la commozione. Sta piangendo. Sono quasi 60 giorni che combatte. Eppure, quando sono passate da un pezzo le 18, è ancora qua, negli uffici del presidio napoletano, l'animo scosso dal verdetto dei medici, che chiede di ritirare i documenti da consegnare all'avvocato. In strada l'aspetta una folla di cronisti.

**Al Monaldi è venuto anche il**

**presidente della Regione Campania Roberto Fico che, come ha riferito l'avvocato Petruzzi, «le ha rivolto le scuse come rappresentante delle istituzioni». Di cosa avete parlato?**

«Gli ho fatto una richiesta: desidero che mio figlio venga ricordato e che tutto quello che è successo a lui non sia dimenticato».

**Affinché non accada più?**

«Proprio per questo, assolutamente sì».

**Lei ha sempre ribadito che la sua priorità era trovare un cuore nuovo per suo figlio e che poi si sarebbe occupata di cercare giustizia e risposte agli interrogativi di questa vicenda. Adesso il momento della ricerca della ricerca della verità sta arrivando?**

«Per ora preferisco non parlare di questo. Sono davvero distrutta. Ma quello che è capitato a mio figlio non dovrà ripetersi mai più».

“

Ho sperato fino all'ultimo ma ora sono distrutta. Quello che è capitato a mio figlio non deve accadere mai più



# Il bioeticista “Ora il piccolo ha diritto a una fine degna. Siamo vicini alla famiglia”

Enrico Furlan, filosofo morale specialista in etica medica  
 “I trattamenti hanno senso finché servono. No a un accanimento”



L'INTERVISTA

di VIOLA GIANNOLI

Riconoscere la dignità di ogni paziente, a prescindere dalla sua condizione e dalla sua età, è il faro che deve guidarci. E questo significa offrire a tutti cure appropriate, evitando ostinazioni irragionevoli. Inoltre, bisognerà ricucire la ferita di fiducia che questa storia inevitabilmente lascia». Così spiega, davanti al tramonto della speranza per il bimbo di due anni di Napoli, non più operabile per il comitato di esperti riunito al Monaldi, Enrico Furlan, filosofo morale, bioeticista del dipartimento di Medicina molecolare dell'Università di Padova, dove dirige il Corso di perfezionamento in Bioetica.

**Professore, come si rispetta, in un caso come questo, la dignità del bimbo?**

«Il primo criterio che ci deve guidare è quello di beneficenza, che impone di proporre a ciascun paziente e dunque anche a questo bambino tutti e solo i trattamenti appropriati, ossia trattamenti che, sulla base delle attuali conoscenze scientifiche, possono produrre un beneficio superiore ai rischi sempre connessi a ogni intervento. In questo caso, il compito di determinare se, nelle attuali condizioni, un trapianto fosse ancora appropriato è stato opportunamente affidato a un comitato di esperti. C'è però

almeno un altro principio etico rilevante: quella di giustizia».

**In cosa si traduce?**

«Nel rispetto dell'eguale dignità delle persone, noi dobbiamo offrire uguali opportunità di cura a pazienti con uguali bisogni di salute. Ecco perché i pazienti che necessitano di un organo sono inseriti in liste d'attesa, organizzate secondo criteri molto precisi che assicurino l'equità. Al tempo stesso, il principio di giustizia impone di usare bene le risorse limitate del Servizio sanitario nazionale. Se si procedesse a un trapianto clinicamente inappropriato, non si violerebbe solo il principio di beneficenza, ma anche quello di giustizia, perché sprecheremmo un organo che potrebbe salvare un altro piccolo paziente in attesa di cura».

**Davanti all'impossibilità di un trapianto, dunque, cosa fare?**

«Ripeto: se non c'è indicazione clinica al trapianto, allora siamo moralmente chiamati a fermarci. Ma questo non significa abbandonare il paziente e la sua famiglia: abbiamo l'obbligo di offrire e attuare le cure palliative, accompagnando questo bambino fino alla fine, rimanendo accanto alla sua mamma e alla famiglia. Anche quando il clamore si spegnerà, non andranno lasciati soli».

**Il bimbo di Napoli vive attaccato a una macchina, l'Ecmo, senza una prospettiva di cura. Dal punto di vista etico, come si può procedere?**

«Ogni trattamento medico va iniziato e continuato finché ha senso, ossia finché è complessivamente benefico per la persona, considerata nella sua integrità. Questi macchinari complessi hanno un ruolo fino a quando fungono da ponte che ci consente di attraversare un momento di crisi. Se il trapianto non è più un'opzione, allora questo ponte non porta a nulla e l'impiego delle macchine deve cedere il passo all'accompagnamento palliativo».

**I genitori che ruolo hanno in questa sofferta scelta?**

«I genitori vanno sempre accolti e coinvolti, perché sono i tutori naturali dei figli. Hanno la responsabilità di dare o negare il consenso alle cure. Tuttavia, le decisioni dei genitori, che non sono i padroni dei loro bambini, devono perseguire finalità ben precise: la tutela della salute psico-fisica e della vita del minore, nel rispetto della sua dignità. Per questo motivo, un genitore, per quanto comprensibilmente disperato, non può pretendere un trattamento inappropriato per il proprio figlio».

**La storia di questo bambino, tra la malattia, la catena di errori legata al trapianto e l'ultimo**





**parere arrivato ieri, ha avuto un impatto anche emotivo molto forte. Quali altre questioni sollevate da questa vicenda la hanno colpita?**

«L'aspetto che più mi turba, oltre alla tragedia che ha coinvolto questo bambino e questa famiglia, è la ferita al patto di fiducia che è il vero fondamento della straordinaria impresa sociale che sono i trapianti d'organo. Se dall'analisi ancora in corso di questa vicenda dovessero emergere errori, andranno comunicati con trasparenza, indicando le misure che

verranno prese perché non si ripetano».

**Cosa accadrebbe se si fallisse nel ricucire questa ferita?**

«Io credo che verrebbe compromessa la disponibilità al dono che ha spinto tante famiglie – travolte dal dolore della perdita di un proprio caro – a fare della loro tragedia un'occasione di vita per altri. Si tratta di uno scenario che abbiamo il dovere morale di evitare a tutti i costi».

“

È stato saggio da parte del Monaldi convocare un comitato di esperti



“

Il ruolo dei macchinari complessi è di farci passare da una crisi a una soluzione

“

I genitori sono responsabili, non padroni della vita dei figli e devono fare il loro interesse



Il governatore Roberto Fico con Patrizia Mercolino, mamma del bambino





Servizio Al Monaldi

## **Il team di esperti dice no al nuovo trapianto a Napoli, in attesa del cuore altri due bambini**

Per i medici le condizioni del piccolo già operato a dicembre non sono compatibili con un nuovo intervento: al lavoro anche gli ispettori mandati da Schillaci

*di Ernesto Diffidenti*

18 febbraio 2026

Il comitato di esperti riunito all'Ospedale Monaldi di Napoli ha espresso parere negativo al nuovo trapianto di cuore sul bimbo di due anni e mezzo al quale lo scorso dicembre era stato trapiantato un cuore risultato danneggiato.

A Napoli sono arrivati due specialisti del Bambin Gesù di Roma (Lorenzo Galletti e Rachele Adorisio) con altri tre colleghi da Padova (Giuseppe Toscano), Bergamo (Amedeo Terzi) e Torino (Carlo Pace Napoleone). Con i medici del Monaldi hanno valutato le condizioni del piccolo per capire se ci fossero le condizioni per rischiare un nuovo trapianto e se si potessero praticare le terapie per attenuare le patologie concomitanti.

Alla fine del consulto è arrivato il doloroso no e ora il cuore che si era reso disponibile sarà destinato ad uno degli altri 2 soli bambini compatibili che sono in lista urgente di attesa per il trapianto, ha spiegato Carlo Pace Napoleone, direttore della Cardiocirurgia pediatrica dell'Ospedale Regina Margherita di Torino.

Questa la nota diffusa dal Monaldi: "L'Azienda Ospedaliera dei Colli rende noto che si è concluso il consulto tra esperti provenienti dalle principali strutture sanitarie del Paese che si occupano di trapianto di cuore pediatrico. Un confronto collegiale che ha consentito una valutazione condivisa quanto più completa e ampia possibile. Alla luce delle valutazioni effettuate al letto del paziente e sulla base degli ultimi esami strumentali, si è stabilito che le condizioni del bambino non sono compatibili con un nuovo trapianto. La Direzione Strategica ha provveduto a informare il Centro Nazionale Trapianti ed esprime la più sincera vicinanza alla famiglia, prontamente informata, in questo momento così difficile".

L'avvocato Francesco Petruzzi, che rappresenta la famiglia del bambino, aveva già anticipato che "ci sarebbe stato solo il 10% di possibilità di un esito positivo del trapianto e che nessuno dei chirurghi arrivati a Napoli sarebbe stato disposto ad eseguire l'operazione, tranne il chirurgo che aveva già trapiantato il bambino".

### **Convocata la mamma Patrizia**

Patrizia Mercolino, la mamma del bimbo ricoverato, era stata convocata dai medici dell'ospedale Monaldi nella serata di ieri per informarla sulla disponibilità di un nuovo cuore disponibile. Poi la tragica notizia ricevuta dagli stessi sanitari e la preghiera con il cardinale Domenico Battaglia che l'ha supportata in questo momento buio e di disperazione. "La mamma è rassegnata - ha

STAMPA LOCALE SUD E ISOLE



continuato il legale - apprende la non operabilità da questo team di medici che sono i maggiori esperti di tutta Italia, non abbiamo motivo di contraddirli”.

Oggi al Monaldi sono arrivati anche gli ispettori mandati dal ministro della Salute, Orazio Schillaci. Nel gruppo che sta indagando sul caso del piccolo paziente operato il 23 dicembre, ci sono esperti del ministero della Salute, di Agenas, dei Nas e del Centro Nazionale Trapianti, coordinati da Maria Grazia Laganà, della Direzione della Programmazione del Ministero della Salute. Stanno raccogliendo tutta la documentazione e le testimonianze per poi ripartire in direzione di Bolzano, dove l'organo è stato espantato per essere trasportato a Napoli. “Insieme al Centro nazionale trapianti - ha detto Schillaci - abbiamo lavorato con impegno e serietà per assicurare nuove opportunità al bambino. Abbiamo sperato ma occorre attenersi alle indicazioni della scienza. Attendiamo di conoscere gli esiti delle indagini delle procure e delle ispezioni ministeriali su quanto accaduto perché è doveroso fare chiarezza”.

### **Proseguono le indagini**

Sul versante delle indagini prosegue il lavoro degli investigatori coordinati dal procuratore aggiunto Antonio Ricci, con il pm Giuseppe Tittaferante. L'attenzione degli inquirenti si sta concentrando, tra l'altro, sul contenitore usato per il trasporto: se fosse stato impiegato uno dei moderni box tecnologici in dotazione al Monaldi, il sistema di rilevamento e controllo della temperatura avrebbe segnalato il freddo eccessivo (dovuto probabilmente all'uso di ghiaccio secco invece di quello tradizionale) impedendo così che il cuore si deteriorasse. E' già stato ascoltato dal pm come persona informata dei fatti il cardiologo che teneva in cura il piccolo e che si è dimesso, sei giorni dopo l'intervento, dall'incarico di responsabile del Follow-up post operatorio. Nei prossimi giorni saranno ascoltate altre persone informate dei fatti e poi anche gli indagati, finora sei, componenti le due equipe di Napoli: quella che ha eseguito l'espanto e quella che ha effettuato il trapianto. Un numero destinato ad aumentare se dovessero essere individuate presunte responsabilità anche a Bolzano.