

9 marzo 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



Nuovo accreditamento sanitario, allarme sul futuro delle cure palliative

La riforma del sistema di accreditamento sanitario torna al centro del dibattito in Sicilia e accende il confronto tra istituzioni e operatori del settore. Il nuovo modello, previsto dalla legislazione nazionale e rinviato più volte negli ultimi anni, dovrebbe entrare in vigore definitivamente a partire da gennaio 2027, introducendo meccanismi di selezione più legati al mercato.

La transizione, tuttavia, non convince una parte significativa del mondo sociosanitario. Si sono moltiplicate le prese di posizione critiche da parte delle associazioni di categoria e del terzo settore, preoccupate per le possibili conseguenze del nuovo impianto normativo. A lanciare l'allarme sono state Confsalute Confcommercio, Confindustria Sicilia comparto socio-sanitario, **Aris**, Confederazione Asso e Cimest, che si sono riunite alla Camera di Commercio di Palermo ed Enna per discutere della programmazione sociosanitaria e del futuro delle strutture accreditate.

Secondo le organizzazioni, la riforma rischia di produrre un effetto di concentrazione del mercato: “La riforma della programmazione sociosanitaria e i nuovi meccanismi di accreditamento previsti dalla legislazione nazionale non possono tradursi in un processo di concentrazione a danno delle piccole e medie imprese – sostengono – realtà che finora hanno garantito qualità e capillarità nell'erogazione dei servizi territoriali”. Il timore è che il nuovo sistema di selezione favorisca soprattutto operatori di grandi dimensioni. Per questo le associazioni chiedono alcuni correttivi: che le procedure comparative riguardino soltanto i nuovi accreditamenti e non le strutture già contrattualizzate con il servizio sanitario, che venga prevista una clausola di continuità per le realtà già integrate nel sistema pubblico e che i criteri di selezione siano proporzionati alla dimensione aziendale.

Trizzino, possibile indebolimento rete di prossimità

Il direttore sanitario della SAMOT, Giorgio Trizzino, mette in guardia in merito alla revisione del sistema di accreditamento nel settore sociosanitario. Trasparenza sì, ma distinguendo la natura profondamente diversa del settore delle cure palliative domiciliari.

Per Trizzino “L'obiettivo dichiarato della riforma è rafforzare trasparenza, qualità e concorrenza nei rapporti tra servizio sanitario nazionale ed erogatori di servizi sanitari e sociosanitari. Un principio, quello della corretta gestione delle risorse pubbliche, che non può che essere condiviso. Tuttavia quando queste logiche vengono applicate ai servizi territoriali più delicati il rischio è quello di produrre effetti molto diversi da quelli auspicati. Le cure palliative domiciliari in Italia sono nate nelle case dei malati, grazie all'iniziativa di organizzazioni del Terzo Settore, cooperative sociali, associazioni e professionisti che hanno sviluppato nel tempo una rete di assistenza capace di lavorare in stretto raccordo con il servizio pubblico. Si tratta di un sistema che ha dimostrato di funzionare non soltanto dal punto di vista clinico ma anche sotto il profilo umano e relazionale”.

Il punto dunque sul quale il fondatore della SAMOT pone l'accento è sul rischio di proporre modelli che indeboliscono la rete di prossimità costruita negli anni. Proprio negli ultimi anni

l'ordinamento italiano ha riconosciuto, attraverso il Codice del Terzo Settore, il valore della collaborazione tra istituzioni pubbliche e organizzazioni sociali. Strumenti come la co-programmazione e la co-progettazione rappresentano un tentativo concreto di costruire politiche pubbliche insieme alle realtà che operano quotidianamente nei territori.

Aggiunge Trizzino: “Nelle cure palliative domiciliari non si deve parlare di quote di mercato ma della qualità della vita delle persone più fragili e delle loro famiglie. La qualità del servizio delle cure palliative domiciliari dipende da fattori che difficilmente possono essere ridotti a indicatori economici o dimensionali: la continuità della presa in carico, la stabilità dell'équipe, la capacità di integrazione tra professionisti, la conoscenza del territorio e delle comunità locali. Non si tratta insomma di una prestazione sanitaria standard”.

La scadenza è fissata per il 31 dicembre del 2026, data in cui la riforma cesserà di essere transitoria: da come verranno declinate le nuove regole dipenderà una parte importante dell'assetto futuro dell'assistenza domiciliare nel nostro Paese. In un contesto segnato dall'invecchiamento della popolazione e dall'aumento delle patologie croniche, il futuro della sanità si giocherà sempre più sulla capacità di rafforzare l'assistenza territoriale e domiciliare. “Rivolgo un appello alle organizzazioni del Terzo Settore, alle cooperative sociali, alle associazioni professionali ed alle realtà civiche impegnate nel campo della salute e del welfare, - conclude Trizzino - affinché si uniscano in una riflessione comune e sostengano con forza la necessità di tutelare e valorizzare il modello territoriale delle cure palliative domiciliari. Allo stesso tempo auspico che le istituzioni nazionali e regionali avviino al più presto un confronto ampio e trasparente con tutti gli attori coinvolti, affinché la revisione del sistema di accreditamento non produca effetti involontari di concentrazione e di impoverimento delle reti di prossimità”.

08/03/2026



IN REGALO CON REPUBBLICA

Le voci d'America

Domani e mercoledì in edicola
altri due volumi di grandi scrittoriLunedì
9 marzo 2026

Anno 13 - N° 10

Oggi con A&F e libro Voci d'America
Wallace "Da una parte e dall'altra"

In Italia € 1,90

L'Iran al figlio di Khamenei

Vince l'ala dura del regime: Mojtaba nuova Guida suprema. Trump: "Durerà poco". Netanyahu: "Lo uccideremo". Tensioni Usa-Israele per i raid sui depositi di petrolio a Teheran. La premier: "La guerra? Né a favore, né contro"

Una cupa incertezza

di PAOLO GENTILONI

Dieci giorni di guerra non hanno fatto luce sugli obiettivi di Donald Trump. Il presidente intima la resa, minacciando di morte chiunque vi si opponga, ma poi evoca anche una soluzione "alla Maduro", cercando una Delcy Rodríguez tra i Pasdaran. Esiti entrambi finora improbabili. In questa cupa incertezza, tutti si augurano che almeno la guerra sia breve.

a pagina 10

Nel mondo che rialza i muri

di CONCITA DE GREGORIO

Si è chiuso il cielo, e di colpo si sono alzate barriere sui confini. Muri invisibili, invalicabili. Devi restare dove sei, aspettare. Sei un amatissimo artista italiano che è andato a cantare in Australia? Sei un arbitro australiano che doveva scendere in campo a Roma? Sei uno studente che deve tornare a casa, sei un lavoratore che deve prendere servizio.

a pagina 10



Teheran, la nube tossica sprigionata da un deposito colpito dai raid di sabato

La nuova Guida suprema dell'Iran è Mojtaba Khamenei, figlio dell'ayatollah Ali ucciso nel raid. Così vince l'ala dura e Donald Trump commenta: "Non durerà". Tensioni Usa-Israele per i raid sui depositi di petrolio. E la premier Meloni si barcamena: "La guerra? Né a favore, né contro".

di BASILE, CAFERRI, COLARUSSO, GUERRERA, LOMBARDI, PUCCIARELLI e TONACCI

a pagina 2 a pagina 9

Il greggio tocca quota 100 verso tassa sugli extraprofiti

di ROSARIA AMATO e LORENZO DE CICCO

a pagina 8 con un servizio di OCCORSIO

REFERENDUM

di FRANCESCO BEI

Meloni senza freni: "I giudici ci impediscono di governare"

È vietata la divulgazione dei sondaggi sul referendum, ma qualcosa vorrà dire se Giorgia Meloni, ormai a cadenza quotidiana, usa i social e la tv per attaccare la magistratura in una escalation di toni aggressivi. Ieri, ospite di Rete 1, ha accusato le toghe perché «ci impediscono di governare» il fenomeno dell'immigrazione. Il metodo è sempre lo stesso, partire da un caso di cronaca per dare addosso ai magistrati in caso di sentenza sgradita. Da Mario Giordano l'occasione era il fatto che «i giudici non hanno convalidato il trattenimento in Albania di un altro immigrato stupratore di minore», quindi bisogna votare. Si perché «la magistratura faccia rispettare le leggi» volute dal governo. Una forzatura che stride con il messaggio ecumenico lanciato da Marina Berlusconi nella sua lettera a Repubblica.

a pagine 14 e 15

con i servizi di CONCHITA SANNINO

Ti arriva anche la mia di energia

C'è una nuova forma di energia. Non è solo gas o luce. Non si vede dentro le bollette, ma muove quasi duemila persone. Hanno deciso di farli vedere cosa le anima. Amano quello che ami tu. Non sono testimonial, ma testimoniano impegno e responsabilità sociale. Ti guideranno nel cambiamento e nella transizione.

Paolo Zen
Responsabile Infrastrutture IT e Tecnologia

magis
Benvenuti Transizione

gruppomagis.it

Laura Mattarella: "Diventare madri è ancora un ostacolo"

8 MARZO

di ALESSANDRA ZINITI

Tranne pochissime eccezioni non conosco una donna, nessuna amica, che non mi abbia detto di aver pagato la maternità sul piano lavorativo». L'8 marzo visto da Laura Mattarella, che ormai da dieci anni affianca nella rappresentanza della Presidenza della Repubblica il padre Sergio, eletto al Quirinale quando era già vedovo.

a pagina 17

con un servizio di GIANNOLI



Il derby è del Milan Allegri riapre la corsa scudetto

di CROSETTI, SERENI e VANNI

alle pagine 26 e 27

Le nuove carte sulla strage di Crans indagato il sindaco

L'INCHIESTA

di DE GIORGIO e DI RAIMONDO

Cinque nuovi indagati. Nove in totale, per la strage del Constellation. Tra loro, per la prima volta, il sindaco di Crans-Montana, Nicolas Féraud: anche lui è accusato di incendio, omicidio e lesioni colpose, come i coniugi Jacques e Jessica Moretti. Nel bar che si è trasformato in una trappola, secondo gli investigatori, a Capodanno ci sono 164 persone.

a pagina 19

CORRIERE DELLA SERA

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02 62821
Roma, Via Campana 59 C - Tel. 06 688281150
DEL LUNEDÌServizio Clienti - Tel. 02 63707310
mail: servizioclienti@corriere.it

Indagato il sindaco
Crans, sui soldi dei Moretti
l'ombra del riciclaggio
di **Alessandro Fulloni**
a pagina 24



Il libro edito da Solferino
Corriere, 150 anni
in prima pagina
di **Luciano Fontana**
alle pagine 34 e 35



MEDIO ORIENTE NEL CAOS

Tocca al figlio di Khamenei

Teheran: è lui la Guida Suprema. Israele: lo uccideremo. I raid incendiano il Golfo
Meloni: ordine internazionale saltato, possibili più tasse per chi specula sulla crisi

LE MOSSE
D'AZZARDO

di Massimo Gaggi

Oltre 450 chili di uranio arricchito al 60% sepolto nei sotterranei degli impianti nucleari di Isfahan, Natanz e Fordow, forse irraggiungibili anche per gli iraniani dopo i bombardamenti del giugno scorso: abbastanza per undici bombe atomiche se arricchite fino al 90%. Cercando una logica nella guerra di Trump e Netanyahu si fa fatica, fattore nucleare a parte, a trovare il filo di una strategia coerente che giustifichi il rischio di allargamenti del conflitto. Mentre, ridotto in macerie l'ordine internazionale, gli Stati Uniti dovranno difendersi da attacchi ovunque nel mondo: i droni contro l'ambasciata di Baghdad e l'esplosione in quella di Oslo possono essere l'inizio di una spirale. Enorme l'azzardo di Trump sul piano internazionale, ma anche all'interno, in prospettiva elettorale: i Maga avevano creduto al suo impegno a non farsi coinvolgere in conflitti, soprattutto nel mondo arabo. Riaffiorano le sue vecchie invettive: «Migliaia di miliardi spesi, morti o feriti. Andare nel Medio Oriente è stata la peggiore decisione mai presa dagli Stati Uniti». E ora?

continua a pagina 30

di Francesco Battistini

Il figlio di Khamenei nuova Guida Suprema dell'Iran.
«Non durerà a lungo», minacciano Stati Uniti e Israele.
da pagina 2 a pagina 13

DATA ROM
Donald rinnega gli alleati Nato

di Milena Gabanelli e Giuseppe Sarcina

Trump ha scassato la leva grazie a 5 certificati falsi, ma accusa gli alleati di codardia.
a pagina 11

L'INFORTUNIO, LA MEDAGLIA
La seconda vita di Perathoner, oro paralimpico

di Claudio Arrigoni



Arriva il primo oro azzurro alle Paralimpiadi di Milano Cortina. Lo ha conquistato Emanuel Perathoner nello snowboard. L'atleta italiano aveva partecipato a 2 edizioni dei Giochi Olimpici a Sochi nel 2014 e a PyeongChang nel 2018. «Sabato prossimo ci sarà il banked slalom — ha detto — puntiamo all'oro».

a pagina 42

GIANNELLI
SELF SERVICE

IL PD ATTACCA SULLE FRASI DI TRUMP
I rischi per l'Italia e la scelta della premier

di Canettieri e Di Caro a pagina 9

OGNI 24 ORE 800 RAID SULL'IRAN
Vittime, target, armi: i primi 9 giorni di guerra

di Andrea Nicastro a pagina 6

LE VOCI DAL PAESE SOTTO LE BOMBE
«Mio figlio di 7 anni mi chiede se moriremo»

di Greta Privitera alle pagine 2 e 3

Campionato I rossoneri fanno 1-0 e hanno la meglio come all'andata



Il rossonerio Pervis Estupinan festeggia il gol decisivo nel derby di Milano che consente al Diavolo di andare a meno sette dall'Inter

Il Milan vince il derby e si avvicina un po' all'Inter

M. Colombo, Condò, Passerini, Tomaselli alle pagine 38 e 39

LA VISITA E I REGALI DEL PAPA

Bimbi del bosco, il Guardasigilli ora manda gli ispettori



«Dividere quella famiglia è l'errore che non mi spiego. Si può ancora rimediare», dice il neuropsichiatra infantile Massimo Ammaniti sui «bimbi del bosco». E il consulente legale della famiglia: «C'è il rischio di adozione». La maggior parte dei problemi collegati ai comportamenti della madre. Nordio manda gli ispettori.

alle pagine 14, 15 e 17
Baldisserrì, Sacchetti, Salvatori

L'8 MARZO, LE CELEBRAZIONI

Laura Mattarella
«Donne, tanta strada da fare»

alle pagine 18 e 19
Bertolino, Cavalli Guerzoni, Pica

VERSO IL REFERENDUM

Il Sì? C'azzecca
Torna Di Pietro

di Fabrizio Roncone alle pagine 20 e 21

magis
Benvenuta Transizione
gruppomagis.it

ULTIMO BANCO
di Alessandro D'Avenia

In questi momenti di sconforto per lo scenario mondiale, vado spesso in balcone dove mia moglie ha voluto due camelle, una dai fiori bianchi e una dai fiori rosa. Durante l'anno sembrano tacere, ma quando si avvicina la primavera decine di fiori intonano un coro di perfezione armonica che ipnotizza e dimostra che il miracolo del mondo sopravviverà a chi crede di poterlo sottomettere. La disposizione della corolla, ordinata secondo la sequenza aurea di Fibonacci, portò i giardinieri orientali (è in Oriente che la camella ha origine) a ritenerlo un fiore «progettato», come se un dio ne avesse pensato e nascosto l'architettura nel seme. La bellezza non ha ragioni ma dà ragioni, non ha senso ma dà senso e risveglia i sensi, soprattutto quando si ot-



Il codice non è segreto

tundono, ci ricorda, senza forzature, che la vita è un dono gratuito, un tesoro che a noi è chiesto di custodire e ampliare. Fissando più volte uno di questi fiori bianchi mi sono chiesto come riesca a rinnovare la speranza che mi serve per l'impegno quotidiano (a scuola, nei libri, a teatro...) in questi tempi di disperazione bellica in cui le parole sembrano inutili e servono solo a mentire e sottomettere. Deve esserci un codice della vita capace di ri-creare noi stessi e il mondo, quando sembra che tutto sia sul baratro e l'uomo sia il peggior nemico di se stesso.

Qual è questo codice? È segreto?

Chi al mattino o al pomeriggio sorsegna un tè forse non sa che di fatto beve una camella.

continua a pagina 26

magis
Benvenuta Transizione
gruppomagis.it

L'ECONOMIA DEL LUNEDÌ

La burocrazia snella
più facile fare documenti

ANNA MARIA ANGELONE - PAGINA 24

IL PERSONAGGIO

Belli: con Milly a Ballando
ho scoperto l'insicurezza

ADRIANA MARMIROLI - PAGINA 21

LA MUSICA

Samurai Jay, il successo
dopo il flop di Sanremo

LUCA DONDONI - PAGINA 31

1,90€ II ANNO 160 II N. 65 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-TD II WWW.LASTAMPA.IT



LA STAMPA

LUNEDÌ 9 MARZO 2026

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



GNN

A TEHERAN COLPITI I DEPOSITI DI GREGGIO. IL REGIME: "IL FIGLIO DI KHAMENEI GUIDA SUPREMA". WASHINGTON: NON DURERÀ

Meloni: tasse sugli extraprofitti

La premier: non condivido né condanno Trump. Parla Urso: patto con gli Emirati sull'export

L'ANALISI

Ma è un errore
accusare i mercati

DAVIDE TABARELLI

La tassazione di benzina e gasolio è una delle principali entrate per lo Stato italiano ed è la spiegazione per cui i nostri prezzi sono fra i più alti d'Europa e del mondo. - PAGINA 2

IL COMMENTO

Perché Donald
non può perdere

STEFANO STEFANINI

Nove giorni di guerra senza via d'uscita in vista. Non sappiamo quando finirà. O come. Le conseguenze si allargano rapidamente a macchia d'olio alla regione, allo scenario internazionale, all'economia mondiale. Non volute ma mordono a destra e a manca. Il petrolio è arrivato a 92 dollari a barile - vedremo oggi se e quanto in crescita; nel giro di 30 giorni, i Paesi arabi del Golfo saranno a corto di generi alimentari, l'Australia di benzina, gasolio e kerosene per aerei. - PAGINA 27

LE IDEE

Il fattore religione
e la deriva Maga

ANNA FOA

Si discute in questi giorni su chi ha deciso di attaccare l'Iran, Trump o Netanyahu, su chi ha spinto l'altro verso il conflitto. La fotografia, pubblicata anche sulla Stampa di venerdì, di Trump che nello Studio Ovale prega per la vittoria sull'Iran circondato dai leaders evangelici, come è noto i suoi principali sostenitori, che gli impongono le mani, è inquietante. - PAGINA 26

BARONI, DEL GATTO, GORIA, MAGRI
MALFETANO, TURI, SIMONI, STABILE

«Non condivido né condanno l'attacco di Usa e Israele». Al nono giorno di guerra all'Iran, il conflitto costringe Giorgia Meloni a un supplemento di equilibrio. - PAGINE 2-11

Merz non convince
il land dell'automotive

FRANCESCA SFORZA - PAGINA 27

IL CASO

Sel'arma dell'acqua
destabilizza il Golfo

ALESSIA MELCANGI

In Medio Oriente il petrolio ha sempre spiegato le guerre. Ma questa volta l'arma nelle mani dei diversi attori belligeranti potrebbe diventare anche l'acqua. - PAGINA 7

LE INTERVISTE

Haqae: il conflitto
non è per autodifesa

FRANCESCA MANNOCCHI - PAGINA 9

Menashri: l'ora
di una leader donna

FABIANA MAGRI - PAGINA 11

LE PARALIMPIADI CONQUISTANO IL GRANDE PUBBLICO. RECORD ASSOLUTO DI SPETTATORI PER L'HOCKEY



DEL VECCHIO, ZONCA

Un momento della gara di hockey tra Italia e Stati Uniti alle Paralimpiadi Milano Cortina 2026

- PAGINE 37 E 37

IL CALCIO

Il Milan vince con l'Inter 1-0
parte la rimonta scudetto

ODDENINO, SCACCHI - PAGINE 32 E 33



IL GP D'AUSTRALIA

F1, Ferrari subito sul podio
Capelli: Antonelli stupirà

JACOPO D'ORSI - PAGINA 34

IL RACCONTO

Il Fisco gentile esiste, ma è a Basilea

MAURIZIO MAGGIANI

Mi sto chiedendo se sia di cattivo gusto il proposito di farvi sorridere, per un attimo appena naturalmente, se ci sia qualcosa di indebito e meschino nella distrazione dalla tragedia. Me lo chiedo e intanto non ci riesco a starmene serio e compreso come dovrei, e sorrido. E siccome so nel mio cuore che è peccato, vado cercando dei complici. - PAGINA 20



IL FILOSOFO

Coccia: cara sinistra
sulla famiglia sbagli

FRANCESCO RIGATELLI

«Abbiamo bisogno di un amore meno romantico e più progettuale per rinnovare l'economia post capitalista» spiega Coccia. - PAGINA 28

**BANCA
DI ASTI**

bancadiasti.it

**BANCA
DI ASTI**

bancadiasti.it



Il Messaggero

NAZIONALE



€ 1,40* ANNO 148 - N° 87
Sped. in A.P. 03/33/010 come L. 40/7094 art. 1 (3/3/26)



Lunedì 9 Marzo 2026 • S. Francesca Romana

IL MERIDIANO

Commenta le notizie su [ILMESSAGGERO.IT](https://www.ilmessaggero.it)

Giornata delle donne
Laura Mattarella
«Maternità e salari
c'è tanto da fare»

Sciarra a pag. 12



Paralimpiadi
Oro Perathoner,
dopo l'incidente
arriva il trionfo

Nicoliello e un commento
di Piero Mei nello Sport



Festa con un docufilm
Biblioteca Nazionale
nove milioni di libri
per 150 anni di storia

Larcan a pag. 17



L'IRAN SCEGLIE MOJTABA COME GUIDA SUPREMA. DONALD: DURERÀ POCO

Sfida a Trump: Khamenei leader

► Bombe su Arabia Saudita, Kuwait e Emirati. Pioggia acida su Teheran: colpite le raffinerie
► Meloni: «Non condivido né condanno l'attacco Usa. Saltate le regole del diritto internazionale»

ROMA L'Iran sceglie Khamenei jr e sfida Trump

Andreoli, Evangelisti, Paura e Vita da pag. 2 a pag. 8 e l'analisi di Marco Ventura a pag. 2

L'editoriale
LA STRATEGIA
PERDENTE
DEL DANNO
GLOBALE

Giuseppe Vegas

Siamo entrati nella seconda settimana di guerra e il quadro economico trova ancora difficoltà ad una definizione. Innanzitutto, per una questione politica: l'attacco di americani ed israeliani non è stato risolutivo, come era previsto. Quindi si è aperto lo scenario di un conflitto a cui durata risulta indefinibile. Ma non basta. Il confronto armato non è rimasto circoscritto agli iniziali belligeranti, ma si è allargato a macchia d'olio nell'intero Medio Oriente. Se era ragionevole presumere che si fossero potute coinvolgere altre zone fuori controllo, come il Libano meridionale, non si pensava che potessero essere proprio gli iraniani a voler estendere il perimetro del conflitto coinvolgendo altri Paesi musulmani di diversa confessione, uno scontro che potrebbe trasformarsi in una vera e propria guerra di religione. Forse è questo l'aspetto del conflitto che turba di più i mercati.

Continua a pag. 21

Vince il Genoa, giallorossi raggiunti dal Como



Corsa Champions
Se a sbagliare
è Gasperini

Andrea Sorrentino

Daniele, tu quoque. Il figlio della Roma infligge alla carne della sua carne la nona sconfitta in campionato. Continua nello Sport

De Rossi, proprio tu
Roma stop che pesa

Daniele De Rossi, ex capitano giallorosso e allenatore del Genoa, infligge la nona sconfitta alla Roma. Aloisi, Angeloni e Carina nello Sport

L'analisi
CARO ENERGIA,
SERVE UN PIANO
DELL'EUROPA

Angelo De Mattia

È importante che sul varo delle cosiddette "accise mobili" si stia determinando una possibile convergenza tra il Governo e l'opposizione. Continua a pag. 6

Il commento
LA NECESSITÀ
DI STARE INSIEME
DEL PAESE

Mario Ajello

È il momento dello sguardo lungo e non dello sguardo breve. C'è l'opportunità, per la politica italiana, di dimostrare a se stessa e agli altri (...). Continua a pag. 7

Gli approfondimenti

● **IL CONTO CHE PAGANO GLI USA**

Andrea Bassi e Gianni Bessi a pag. 8

● **MADE IN ITALY MOTORE DEL GOLFO**

Francesco Pacifico a pag. 9

Esecutivo in campo per il referendum
Berlusconi, l'appello: ora basta tifoserie

La premier: «I magistrati
non ci fanno governare»

Marina-Pd, prove di tregua

Bechis a pag. 10

1 numeri veri
LE LACRIME
DI COCCODRILLO
SUL DEFICIT
DELL'ITALIA

Marco Fortis

Sul deficit italiano che, in base alle prime stime, non sarebbe riuscito a scendere sotto il 3% già nel 2025, cioè con un anno di anticipo rispetto a quanto concordato con l'Europa, in questi giorni se ne sono sentite di tutti i colori. Il 3,1% stimato dall'Istat è stato considerato da alcuni un fallimento rispetto all'obiettivo sperato, anche perché, è stato detto, l'austerità perseguita dal Mef non sarebbe servita a nulla. Altri, che invece prima dicevano che in nome della crescita (...).

Continua a pag. 11

1 luoghi del futuro



Alta gioielleria,
Bulgari lancia
a Roma la scuola

Stefania Piras

La maison romana Bulgari famosa nel mondo per la lavorazione delle gemme preziose aprirà una scuola di eccellenza nei locali storici dell'ex ristorante E-42 al Colosseo Quadrato all'Eur. L'inaugurazione non prima del 2028.

A pag. 14

Bimbi a rischio adozione



Famiglia nel bosco
Nordio manda
gli ispettori

PALMOLI La premier dopo l'allontanamento della madre annuncia l'invio degli ispettori: «Non si può assistere inermi a certe decisioni, ho parlato con Nordio». L'allarme dello psichiatra: «I tre bimbi rischiano l'adozione».

Paglia a pag. 13

SUSTENIUM PLUS 50+
ENERGIA FISICA E MENTALE
FORMULAZIONE SPECIFICA ADULTI 50+
ALTO CONTENUTO DI VITAMINA B12

L'ENERGIA PER SENTIRSI TOSTI!

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

Il Segno di LUCA

GEMELLI FORTUNA
E SUCCESSO

Grazie all'aspetto favorevole che unisce Mercurio, l'astro che ci governa, con Giove, che diffonde fortuna e successo là dove porta la sua energia, questa settimana inizia sotto i migliori auspici. Hai motivazioni per essere di buonumore e anche se non ne avessi ne vedrai materializzarsi nel corso della giornata. Resta poi da capire se i benefici vedrai più nel campo professionale o se invece riguardano la sfera economica.

MANTRA DEL GIORNO
Il piacere crea scorciatoie segrete.

L'oroscopo a pag. 21

* Tandem con altri quotidiani (non acquistabili separatamente): milia giornale di Modena, Lecce, Brindisi e Taranto, Il Messaggero - Nuovo Quotidiano di Puglia € 1,20, la domenica con l'ultimo numero € 1,40; in Abruzzo, Il Messaggero - Corriere dello Sport - Stadio € 1,40; nel Molise, Il Messaggero - Primo Piano - Molise € 1,50; nelle province di Bari e Foggia, Il Messaggero - Nuovo Quotidiano di Puglia - Corriere dello Sport - Stadio € 1,50; «Le grandi coppie di Roma» € 0,70 (Roma).

I NODI DELLA SANITÀ

Stakanovisti in corsia

Il dottore dei record ha 75 anni

In un mese ha lavorato 442 ore

Il «gettonista» del Lazio è diventato un caso guadagnando a gennaio 35mila euro. Ma un medico dovrebbe faticare tre volte di meno. L'ordine: «Rischiano i pazienti»

ANTONIO SBRAGA

... «Dica 933». Il medico-gettonista più stakanovista e anziano del Lazio, il 75enne Rito Edmondo Maglione, ha fatturato «spettanze professionali a partita Iva» per ben 56mila euro tra dicembre e gennaio scorsi, con una media, appunto, di 933 euro al giorno. Perché, oltre al suo personalissimo guinness dei "primari" (è stato anche capo reparto di Cardiologia dell'istituto di medicina legale di Napoli nella sua cinquantenaria carriera), già svelato l'altro ieri da *Il Fatto* con i 35mila e 360 euro fatturati a gennaio, ci sono anche le 21 mila e 120 euro liquidate a dicembre dall'Asl Frosinone (i compensi sono di 80 euro l'ora o 960 euro per i turni notturni da 12 ore). L'azienda ciociara in quei 2 mesi ha erogato ai suoi 18 medici ingaggiati a partita Iva un totale di 171 mila euro, di cui quasi un terzo al più vegliardo di tutti.

Malgrado l'età, infatti, il camice dai capelli bianchi s'è fatto letteralmente in 3, andando a coprire i turni in una terna di Pronto Soccorso del Frusinate: 242 ore nel Ps di Alatri, 177 in quello di Cassino e 24 nel Dea di Frosinone. Per un totale di 442 ore, con una media di 14,7 ore al giorno a gennaio scorso. Ma anche a dicembre, nonostante le vacanze di Natale, ha sommato «lavori in corsia» per 264 ore (252 ad Alatri e 12 a Frosinone).

Considerando che sono 152 le normali ore di lavoro mensili di un medico dipendente (la cui età massima, peraltro, non può andare oltre i 72 anni), il pensionato gettonista-stakanovista le ha, invece, quasi triplicate a gennaio e semi-raddoppiate a dicembre.

Queste cifre, però, possono arrivare a mettere a rischio sia il rispetto del limite massimo di lavoro che quello del

riposo obbligatorio, previsti dalla direttiva europea del 2015. Due paletti che impongono il rispetto del limite massimo di 12 ore e 50' di lavoro giornaliero, ma anche il rispetto del limite minimo di 11 ore continuative di riposo nell'arco di un giorno. Forse per questi motivi nella sua determina l'Asl Frosinone ha aggiunto la dicitura «in attesa di verifica». Già lo scorso anno il presidente dell'Ordine dei medici di Roma, Antonio Magi, ha messo in guardia sui rischi delle troppe «attività aggiuntive» (i turni extra coperti in regime libero-professionale dai medici dipendenti delle Asl oltre il loro normale orario di lavoro): «Non è assolutamente regolare arrivare a sommare tante ore di attività aggiuntive extra per un medico, perché la stanchezza e il mancato riposo rischiano di mettere a repentaglio la sicurezza dei pazienti». E in quei casi si

trattava di 3 medici a cui l'Asl Roma 5 aveva liquidato 7mila euro in più in busta paga per un massimo di 158 ore mensili di prestazioni aggiuntive, effettuate nei Pronto soccorso di Tivoli, Monterotondo e Subiaco.



Compensi

Con turni notturni di dodici ore pagati 960 euro o paghe a gettone da 80 euro l'ora l'anziano medico ha superato ogni record in corsia. In basso la famiglia nel bosco Trevallion Birmingham prima che i bimbi venissero separati dai loro genitori.



LAVORO

Nella Cu 2026 i nuovi sconti Irpef e gli straordinari nella sanità

Ornella Lacqua e Alessandro Rota Porta — a pag. 23

Adempimenti

Nuovi sconti Irpef, bonus affitti e straordinari in sanità nella Cu 2026

Nella certificazione dei sostituti la nuova versione del taglio al cuneo fiscale
Consegna ai contribuenti e trasmissione telematica alle Entrate entro il 16 marzo

Pagina a cura di

Ornella Lacqua

Alessandro Rota Porta

Ultimi giorni di controlli prima della consegna ai contribuenti della Certificazione unica da parte dei sostituti d'imposta. La Cu 2026, che attesta i redditi di lavoro dipendente, equiparati e assimilati, i redditi di lavoro autonomo, le provvigioni e i redditi diversi, e infine i corrispettivi derivanti dai contratti di locazioni brevi del 2025, deve essere consegnata al contribuente dai sostituti d'imposta o enti eroganti e dagli enti pubblici o privati che erogano trattamenti pensionistici, entro il 16 marzo. Oppure, entro 12 giorni dalla richiesta del dipendente in caso di cessazione del rapporto di lavoro (si veda anche Il Sole 24 Ore del 5 marzo).

Dunque entro il 16 marzo va rilasciata al percettore delle somme, la Cu «modello sintetico», ed entro la stessa data occorre effettuare la trasmissione telematica della dichiarazione all'agenzia delle Entrate, usando il modello «ordinario».

C'è poi tempo fino al 30 aprile per l'invio telematico delle certificazioni contenenti esclusivamente redditi che derivano da prestazioni di lavoro autonomo, rientranti nell'esercizio di arte o professione abituale, ovvero dalle provvigioni per le prestazioni non occasionali inerenti a rapporti di commissione, di agenzia, di mediazione, di rappresentanza di commercio e di procacciamento di affari.

È confermato il termine del 31 ottobre (rinviato a lunedì 2 novembre, cadendo di sabato) per la trasmissione telematica delle Cu contenenti esclusivamente redditi esenti o non dichiarabili tramite la dichiarazione dei redditi precompilata.

Le novità di quest'anno

Sono diverse le novità della Cu 2026, rispetto al modello dell'anno scorso.

Iniziando dalle misure fiscali introdotte dalla legge di bilancio 2025 (207/2024) quali l'ulteriore detrazione e l'indennità aggiuntiva (che hanno preso il posto del taglio al cuneo contributivo), nel punto 368 trova spazio l'importo dell'ulteriore detrazione dall'Irpef lorda riconosciuta ai titolari di reddito di lavoro dipendente di cui all'articolo 49 del Tuir, a accensione dei percettori di redditi da pensione, con reddito complessivo compreso fra 20mila e 40mila euro.

La detrazione va rapportata al periodo di lavoro nell'anno e spetta nella misura di mille euro se il reddito complessivo è compreso fra 20mila e 32mila euro, ovvero al prodotto tra mille euro e l'importo corrispondente al rapporto tra 40mila euro, diminuito del reddito complessivo, e 8mila euro se l'ammontare del reddito complessivo è fra 32mila e 40mila euro.

L'indennità aggiuntiva spetta ai titolari di reddito di lavoro dipendente con reddito complessivo non superiore a 20mila euro e consiste in una somma esente, definita applicando al reddito di lavoro dipendente del contribuente determinate percentuali. A questo fine, l'agenzia delle

Entrate ha previsto nella Cu una nuova sezione ad hoc denominata «Somme che non concorrono alla formazione del reddito», all'interno della quale devono essere compilate le caselle da 718 a 741.

Nel nuovo punto 476 della Cu entrano le somme del bonus affitti introdotto dalla legge 207/2024: si tratta degli importi esentasse (fino a 5mila euro annui) erogati dal datore di lavoro per canoni di locazione e spese di manutenzione dell'immobile, in favore dei lavoratori dipendenti assunti a tempo indeterminato nel 2025, a condizione che abbiano trasferito la residenza nel comune della sede di lavoro e che il comune sia distante più di 100 chilometri da quello di precedente residenza.

Nella Certificazione unica è stato aggiunto anche un rigo dedicato ai compensi per il lavoro straordinario del comparto sanitario: la legge di bilancio 2025 ha previsto un'imposta sostitutiva del 5% su questi compensi, relativi al triennio 2019-2021, erogati agli infermieri dipendenti dalle aziende e dagli enti del Servizio sanitario nazionale. I relativi importi van-



no indicati nei punti da 674 a 676.

La Cu accoglie anche le disposizioni sulla riorganizzazione del lavoro sportivo. Al quadro «Dati relativi ai conguagli», in riferimento ai redditi erogati da altri soggetti, si aggiungono le caselle dalla 557 alla 564, da usare per indicare il reddito sportivo a tempo determinato, indeterminato, dilettantistico e dilettantistico under 23, con il relativo periodo.

È stata ampliata anche la sezione «Reddito di lavoro sportivo» con l'aggiunta dei punti da 787 a 790, dove vanno riportati i dati di inizio e cessazione del contratto sportivo.

Infine, nella sezione dedicata ai redditi, è stato introdotto il nuovo punto 13, per riportare la quota imponible dei compensi corrisposti agli addetti al controllo e alla disciplina delle corse ippiche e delle manifestazioni del cavallo da sella, autorizzate per l'esercizio di scommesse sportive, iscritti nel registro tenuto dall'attività vigilante.

Sempre con riferimento al nuovo regime fiscale speciale introdotto dal 2025 per questa tipologia di redditi, nel nuovo punto 480, all'interno della sezione «Altri dati», si inserisce l'ammontare di questi compensi, al lordo della quota che non concorre alla formazione del reddito, pari a 15mila euro (articolo 52, comma 1, lettera d-bis, del Tuir).

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Spazio anche ai redditi per lavoro sportivo e all'indicazione di inizio e cessazione del contratto

I punti essenziali

I DATI DA MONITORARE

Dati fiscali

Si certificano le somme e i valori assoggettati a tassazione ordinaria, i compensi con ritenuta a titolo d'imposta, quelli assoggettati a imposta sostitutiva, a tassazione separata, gli oneri di cui si è tenuto conto e gli altri dati necessari per la dichiarazione dei redditi.

Assistenza fiscale

Inserire i dati relativi alle operazioni di conguaglio effettuate in seguito all'assistenza fiscale prestata nel 2025, dal sostituto stesso, da un centro di assistenza fiscale dipendenti o da un professionista abilitato, al quale il contribuente si è rivolto.

Oneri detraibili

Gli importi degli oneri detraibili contenuti nella Cu vanno calcolati tenendo conto degli eventuali limiti e al lordo delle franchigie previste dalle norme che li regolano. Si considerano i soli rimborsi degli oneri che non sono stati assoggettati a tassazione.

Detrazioni e crediti

L'entrata in vigore dell'assegno unico ha modificato la disciplina delle detrazioni per carichi di famiglia. Hanno cessato dunque di avere efficacia le detrazioni fiscali per figli a carico minori di 21 anni ed è abrogata la detrazione per famiglie numerose.

Ulteriore detrazione

La legge di Bilancio 2025 ha introdotto l'ulteriore detrazione dall'Irpef lorda, rapportata al periodo di lavoro. L'importo può essere al massimo di 1.000 euro, se il reddito è tra 20mila e 32mila euro; diminuisce invece per i redditi fra 32mila e 40mila euro.

Indennità aggiuntiva

Ai titolari di reddito da lavoro dipendente con un reddito complessivo non superiore a 20mila euro è riconosciuta un'indennità calcolata applicando al reddito da lavoro dipendente determinate percentuali (7,1%, 5,3%, 4,8%) su fasce di reddito.

Operazioni straordinarie

È necessario distinguere le situazioni che determinano, nel periodo d'imposta o entro i termini di presentazione della Cu, l'estinzione del sostituto d'imposta o la non estinzione del sostituto d'imposta.

Rimborsi di beni e servizi

La sezione si compila con i dati relativi ai rimborsi di determinati oneri, individuati da appositi codici, effettuati dal datore di lavoro, sia del settore pubblico che privato, in applicazione dell'articolo 51, del Testo unico delle imposte sui redditi.

Dati previdenziali

Ai fini contributivi si indicano i dati relativi alla contribuzione versata o dovuta all'Inps, comprensiva delle gestioni ex Inpdap. Il quadro si compone di 5 sezioni.

Invio e flusso

Il termine per inviare alle Entrate le Cu è il 16 marzo. Passa al 30 aprile per le certificazioni relative ai redditi di lavoro autonomo. C'è tempo fino al 2/11 per inviare le Cu di redditi esenti o non dichiarabili tramite la precompilata.

LA COMPILAZIONE

Nei punti 1 e 2 va inserito il totale dei redditi di lavoro dipendente, equiparati e assimilati per i quali è possibile fruire della detrazione ex articolo 13, comma 1, del Tuir, al netto degli oneri deducibili e di disposizioni particolari, evidenziati ai punti 431 e 412, e dei contributi che non hanno concorso a formare il reddito

Si devono riportare le operazioni anche se effettuate a seguito di 730-4 rettificativo e integrativo; 730-4 pervenuto tardivamente; conguaglio tardivo relativo a 730-4 entro i termini; conguaglio tardivo per assistenza fiscale prestata dal sostituto d'imposta.

Nei punti 341, 343, 345, 347, 349, e 351 si valorizza il codice relativo all'onere detraibile, per il quale spetta la detrazione dall'imposta lorda nella misura del 19%, del 26%, del 30%, del 35% e del 90% prelevabile dalle tabelle A, B, C, D e E, in appendice alle istruzioni della Cu.

Nel punto 362 trova spazio l'importo totale delle detrazioni eventualmente spettanti per coniuge e familiari a carico. Nel punto 367 va l'importo della detrazione per lavoro dipendente o pensione eventualmente spettante. Nel punto 374, il totale delle detrazioni già segnalate ai punti 362, 367, 369, 370, 384 e 368.

Nel punto 368 va indicato l'importo dell'ulteriore detrazione dall'imposta lorda riconosciuta ai titolari di reddito di lavoro dipendente (no per i redditi da pensione), nel caso in cui il reddito complessivo sia fra 20mila e 40mila euro.

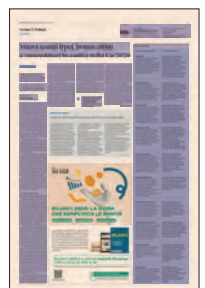
In questa nuova sezione della Cu 2026, ai punti da 718 a 723, vanno riportate le informazioni relative ai requisiti per il riconoscimento della spettanza dell'indennità o dell'ulteriore detrazione.

Nel caso di estinzione del sostituto d'imposta con prosecuzione dell'attività da parte di altro sostituto, nel punto 681 si indica il codice fiscale del sostituto estinto, se quest'ultimo ha effettuato il conguaglio.

Nel punto 705 trova spazio il codice fiscale del soggetto, diverso dal dipendente, al quale si riferisce la spesa rimborsata. Se, invece, la spesa riguarda il dipendente, il punto 705 non va compilato e deve essere valorizzato il punto 706.

La sezione 1 è relativa all'Inps lavoratori subordinati; la 2 ai lavoratori subordinati della Pa; la 3 alla gestione separata parasubordinati; la 3-bis ai parasubordinati sportivi dilettantistici e assimilati e la 3-ter alla gestione separata magistrati.

Il flusso deve essere presentato esclusivamente per via telematica e può essere trasmesso direttamente dal soggetto tenuto a effettuare la comunicazione o tramite un intermediario abilitato.



700 CONDANNE UE IN 2 MESI

Ex lavoratori e ferie arretrate: la Pa deve risarcire 27 milioni

© ROTUNNO A PAG. 15



Ex lavoratori e ferie arretrate La Pa condannata a risarcire

RICORSI Una legge del 2012 lo vieta, ma per la Corte Ue l'indennità è dovuta: già 700 sentenze in soli due mesi

IL BUCO

» Roberto Rotunno

Docenti precari, medici, infermieri e funzionari di Comuni e Regioni: una raffica di cause contro lo Stato da parte di ex dipendenti pubblici ai quali è stato negato il risarcimento per le ferie non godute. Circa 700 sentenze sono state pronunciate solo nei primi due mesi del 2026, quasi tutte accolte, per un totale di indennizzi pari a 3,2 milioni di euro. La spesa rischia di lievitare, il ministero della Funzione pubblica ne è consapevole e sta preparando un provvedimento per superare quell'assurda norma che vieta alla Pubblica amministrazione di versare l'indennità per le ferie non godute in favore dei suoi ex lavoratori.

I DATI SONO STATI raccolti e elaborati dal network legale Consulcesi & Partner, che ha appena ottenuto, attraverso una transazione, un risarcimento da 60 mila euro per un medico, suo cliente, andato in pensione con 100 giorni di ferie non godute. Solo i casi seguiti dal network legale ammontano a mezzo milione di euro di indennizzi portati a casa. Se proiettiamo sull'intero anno il numero di casi totali decisi dai Tribunali a gennaio e febbraio, il rischio per lo Stato è arrivare a 4.200 sentenze, con 19,2 milioni di risarcimenti da pagare più altri 9 milioni di spese legali. Cifra che, tra l'altro, non considera anche tutti gli importi che saranno spesi a seguito di transazioni.

Bruno Borin, responsabile del team legale di C&P, spiega che si tratta di un "contenzioso ormai strutturale, con un orientamento giurisprudenziale che, nei fatti, riconosce in maniera pressoché costante il

diritto alla monetizzazione delle ferie maturate e non godute in assenza di effettiva possibilità di fruizione". Il maggior numero di casi riguarda gli insegnanti, ma le cifre più alte sono quelle che ottengono i sanitari. Anche la Corte dei Conti ha inviato un monito, in particolare al Servizio sanitario nazionale, con alcune amministrazioni regionali che contano oltre 50 mila giornate di ferie mancate.

La norma che vieta alla Pubblica amministrazione di liquidare le ferie non godute risale al 2012, cioè agli anni più intensi della *spending review*. Sulla carta doveva affermare il diritto al riposo, quindi spingere a fruire delle ferie; in pratica è servita a fare cassa, anche perché in molti set-



tori sotto organico è difficile rendere effettive le ferie senza indebolire ulteriormente i servizi pubblici.

BISOGNA anche ricordare il contesto di quegli anni, caratterizzati dal blocco del *turnover*, che ha limitato le assunzioni pubbliche, e il congelamento dei rinnovi contrattuali degli statali, poi dichiarato incostituzionale dalla Consulta nel 2015. Una stagione in cui diversi diritti dei dipendenti pubblici sono stati sacrificati sull'altare della stabilità finanziaria, ma nel caso delle ferie

non godute il conto da pagare è stato solo posticipato, oltre che aumentato.

Secondo la Corte di Giustizia europea, infatti, l'indennità per ferie non godute non può essere esclusa. La giurisprudenza, come visto, si è già adeguata, e sta per farlo anche il governo. Secondo fonti del ministero della Funzione pubblica, si sta lavorando a una norma che farà tornare il diritto all'indennità a meno che non sia il lavoratore stesso a rinunciare volontariamente. L'ufficio legislativo del ministero si è confrontato con la

Commissione europea e con il dipartimento degli Affari europei per concordare un provvedimento che potrebbe essere incluso nella prossima legge di delegazione europea.

IL TAGLIO ALLA CARTA DEI DOCENTI

"AVERE RIDOTTO la Carta del docente di quasi 120 euro l'anno rappresenta una decisione fortemente sbagliata", lo ha dichiarato ieri Marcello Pacifico, presidente nazionale Anief (Associazione Nazionale Insegnanti e Formatori), dopo la comunicazione fornita poche ore fa dal ministero dell'Istruzione ai sindacati riguardo la decisione di ridurre il supporto pubblico per l'aggiornamento annuale dei docenti a 383 euro. Aggiunge Pacifico: bisogna "allargare la Carta al personale Ata, oggi escluso dal supporto. Come pure ai precari cosiddetti brevi".



In aula Studenti e alunni a lezione. È in corso una battaglia legale per far liquidare le ferie non godute
FOTO LAPRESSE



I numeri sulla forza lavoro nella sanità il 70% è donna, tra i dirigenti solo il 25%

«Le donne rappresentano il 70% della forza lavoro sanitaria mondiale ma occupano solo il 25% dei ruoli dirigenziali». A dichiararlo è il Direttore generale dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), Tedros Adhanom Ghebreyesus, che in occasione della Giornata internazionale della donna sottolinea come «questa lacuna nella rappresentanza continua a plasmare le priorità, le politiche e le pratiche sanitarie». Infatti, aggiunge «troppo spesso le donne ricevono protocolli di trattamento concepiti e testati principalmente sugli uomini, non adatti alla biologia

e alle esigenze fisiologiche delle donne». Il direttore dell'Oms conclude chiedendo dunque «l'inclusione paritaria delle donne nella ricerca medica, nello sviluppo di linee guida e politiche, per soluzioni sanitarie su misura per le loro esigenze ed ambienti di lavoro che promuovano la parità di genere». —



Ghebreyesus, direttore Oms



IL TETTO DI CRISTALLO RESISTE ANCORA NELLA SANITÀ ITALIANA

Il ritardo nella valorizzazione del merito femminile
è un'opportunità persa per l'innovazione e la qualità

di **Marta Marsilio***

L'equità di genere nella leadership sanitaria non è soltanto un obiettivo di equità sociale, ma una leva strategica per migliorare qualità, innovazione e sostenibilità del nostro ecosistema sanitario.

Analizzare il fenomeno attraverso dati oggettivi contribuisce allo sviluppo di un dibattito evidence based in grado di individuare possibili soluzioni tanto a livello di politiche pubbliche, che di interventi mirati all'interno di singole realtà pubbliche e private. L'Osservatorio sull'Equità di Genere nella Leadership in Sanità, che ho l'onore di coordinare insieme a Marina d'Artibale, che nel 2021 lo ha ideato con *Leads*, offre dati oggettivi che aiutano a fotografare la realtà, fornendone

un'interpretazione al servizio di tutti gli stakeholder che compongono il sistema sanitario – istituzioni, imprese, professionisti e cittadini.

I dati del Rapporto del 2025 presentato una realtà dove le ombre prevalgono ancora sulle luci.

Nel Servizio Sanitario Nazionale le donne rappresentano il 70 per cento degli occupati, ma la loro presenza nei ruoli apicali resta bassa (23,6 per cento tra i Direttori Generali, 23 per cento tra i primari).

Lo stesso vale per il mondo accademico, dove solo 1 professore ordinario di area medica su 5 è donna.

Nel privato, soltanto il comparto farmaceutico mostra una sostanziale equità nei ruoli apicali, mentre nel settore dei dispositivi medici solo 1 leader su 4 è donna.

L'Osservatorio non si limita a raccogliere e analizzare i numeri: individua e valorizza

buone pratiche in uso nelle realtà pubbliche e private, allo scopo di stimolare la contaminazione positiva tra settori e organizzazioni diverse, individuando azioni concrete verso una leadership più equa e inclusiva.

Il coinvolgimento attivo di aziende, istituzioni e professionisti, la collaborazione e la condivisione tra questi stakeholder è la chiave per trasformare la conoscenza in advocacy e l'analisi in azione.

La salute non aspetta: ogni ritardo nella valorizzazione del merito e della leadership femminile è un'opportunità persa per l'innovazione, la qualità e la sostenibilità del sistema.

Buona Festa della Donna con l'auspicio di un sistema sanitario in cui una leadership inclusiva ed equa sia riconosciuta come un pilastro strutturale del progresso sociale ed economico del Paese.

Il Rapporto 2025 è disponibile sul sito della Milano Uni-

versity Press <https://libri.unimi.it/index.php/milanoup/catalog/book/283>

**Professoressa Ordinaria di Management della Sanità, Università degli Studi di Milano, Socia Leads (Donne Leader in Sanità) e co-direttrice dell'Osservatorio Leads/UNIMI sull'equità di genere della leadership in Sanità*

Le donne sono il 70% degli occupati nel Ssn ma la percentuale nei ruoli apicali rimane bassa, e lo stesso vale per il mondo accademico





Servizio Equità di genere

Nella Sanità il 70% sono donne, molte nei reparti ma ancora troppo poche ai vertici

Alla direzione generale delle aziende sanitarie la quota femminile si attesta al 23,6%, mentre negli altri ruoli di direzione strategica si attesta intorno al 40%

di Marta Marsilio e Marina D'Artibale***

6 marzo 2026

Il settore sanitario è caratterizzato da elevata complessità organizzativa e dalla necessità di operare con risorse limitate. In questo contesto, l'equità di genere della leadership rappresenta un fattore chiave per migliorare la qualità e la sostenibilità del sistema sanitario. Le evidenze della letteratura dimostrano come una leadership eterogenea favorisca l'integrazione di punti di vista e competenze diverse, stimolando la capacità delle organizzazioni di affrontare le sfide del settore e sviluppare soluzioni innovative, anche grazie ad una particolare attenzione alla dimensione relazionale e una visione inclusiva che favorisce il lavoro di squadra.

Ad oggi, l'equità di genere della leadership nel settore sanitario è ancora ben lontana dall'essere raggiunta. Come possiamo orientare il cambiamento nella giusta direzione? Determinante è partire da un'analisi della situazione attuale attraverso l'utilizzo di dati e dall'identificazione di buone pratiche adottate dalle istituzioni pubbliche e private. Queste informazioni consentono di alimentare un dibattito per l'individuazione di soluzioni che favoriscano pari opportunità di carriera, attraverso la definizione sia di politiche pubbliche che di strategie all'interno delle singole organizzazioni.

L'Osservatorio sull'Equità di Genere nella Leadership in Sanità

In questo scenario, fin dal 2021 l'Osservatorio sull'Equità di Genere nella Leadership in Sanità costituito da LEADS ha l'obiettivo di promuovere una nuova narrazione sul tema dell'equità di genere, identificando la parità nella rappresentatività di genere della leadership come elemento fondante di equità e sviluppo sostenibile. L'Osservatorio, mettendo a disposizione dati quantitativi e qualitativi, rappresenta un luogo di incontro, analisi, approfondimento e confronto in grado di alimentare il dibattito tra tutti gli stakeholder del settore sanitario al fine di individuare percorsi di cambiamento agibili nei diversi contesti. Dalle analisi del Rapporto del 2025, realizzate in collaborazione con l'Università degli Studi di Milano, emerge che il Servizio sanitario nazionale - i cui dati sono disponibili open source sul sito del ministero dell'Economia e della Finanza - è il settore con le criticità più marcate. Le donne rappresentano il 70% degli occupati, ma la loro presenza ai vertici resta bassa e disomogenea.

I numeri: ai vertici ancora poche donne

In particolare, alla direzione generale delle aziende sanitarie la quota femminile si attesta al 23,6%, mentre negli altri ruoli di direzione strategica si attesta intorno al 40% (direzione amministrativa 44,7%, Direzione Sanitaria 40% e Direzione Socio-Sanitaria 48,2%). Nella direzione delle strutture

complesse (i primariati) le donne sono solo al 23%., con grandi differenze tra le discipline. Spiccano per presenza maschile chirurgia e ortopedia, dove su 100 primari rispettivamente solo 6 e 4 sono donne. Le discipline che mostrano una situazione di prevalenza femminile sono neuropsichiatria infantile e psicologia riflettendo una maggiore apertura alla leadership femminile in aree tradizionalmente considerate a maggiore componente relazionale e psicosociale (che contano comunque un numero complessivo di primariati significativamente inferiore rispetto alle specialità a prevalenza maschile). Nella dirigenza delle professioni sanitarie le donne rappresentano il 56,8%, un dato incoraggiante seppur ancora migliorabile considerato che le donne sono il 75,7% della forza lavoro in questa categoria. Stessa situazione nell'area delle funzioni amministrative dove le donne occupano il 45,6% delle posizioni apicali, a fronte però del 60,7% della forza lavoro. L'unica categoria professionale del SSN in cui si registra una situazione di quasi equa-rappresentanza è quella dei farmacisti.

Il comparto farmaceutico il più virtuoso

Dai dati del MIUR emerge che anche nel mondo accademico emerge un quadro di sotto-rappresentanza delle donne. Nonostante tra i ricercatori dell'area delle scienze mediche le donne siano cresciute negli anni fino ad essere ormai più numerose degli uomini, solo il 22% dei professori ordinari sono donne. Dall'analisi del settore privato, condotta con la collaborazione delle rispettive associazioni di categoria, emerge un quadro lievemente differente. Il comparto farmaceutico rappresenta l'ambito più virtuoso, con una sostanziale equità di genere nei ruoli di leadership. Diversa la situazione nel settore dei dispositivi medici, dove solo un leader su quattro è donna. Le stime dell'Osservatorio indicano che ceteris paribus in media il gap nel Ssn potrebbe chiudersi in circa 30 anni, che diventano 180 se ci limitiamo ai primariati. I dati evidenziano quindi la necessità di sviluppo e adozione di politiche e strategie strutturate, al fine di individuare soluzioni concrete per accelerare il cambiamento culturale e garantire una effettiva equità nelle posizioni apicali del nostro settore sanitario.

Che l'8 marzo sia un augurio perché questo tema possa trovare adeguato spazio nelle agende degli stakeholder in grado di incidere con le loro decisioni affinché l'equità della leadership in sanità possa non essere un miraggio, ma un obiettivo concreto da raggiungere in tempi ragionevoli.

** Professoressa Ordinaria di Management della Sanità, Università degli Studi di Milano, Socia Leads (Donne Leader in Sanità) e co-direttrice dell'Osservatorio Leads/UNIMI sull'equità di genere della leadership in Sanità*

*** Vice President, Capgemini Invent, Socia fondatrice Leads (Donne Leader in Sanità) e co-direttrice dell'Osservatorio Leads/UNIMI sull'equità di genere della leadership in Sanità*



Servizio Noto Sondaggi

Strutture, infermieri, medici: la pagella degli italiani sulla sanità pubblica

Giudizi positivi inferiori che in Spagna, Francia, Germania e Regno Unito. Tempi di attesa più lunghi, soprattutto su diagnostica e ricoveri. Il 28% rinuncia alle visite, un record contro il 22% e il 17% di tedeschi e francesi

di Michela Finizio e Serena Uccello

7 marzo 2026

Per gli italiani la sanità pubblica non raggiunge la sufficienza: solo il 47% esprime un giudizio positivo sul servizio sanitario nazionale e la quota dei connazionali soddisfatti è nettamente inferiore rispetto a quelle rilevate in Spagna (79%), Francia (73%), Germania (68%) e Regno Unito (77%).

In pratica la maggioranza degli italiani ha una percezione negativa del sistema sanitario (nel dettaglio il 53%, cioè un italiano su due). E la percentuale di chi esprime giudizio positivo sulla professionalità dei medici (72%) e degli infermieri (71%) e sull'igiene delle strutture (55%) è più bassa di quella rilevata negli altri Paesi. Nelle altre nazioni analizzate queste tre voci sono considerate positive in più dell'80% dei casi.

È questa, in sintesi, la percezione degli intervistati rispetto a cure, esami diagnostici, visite e ricoveri offerti dal servizio pubblico: oltre mille soggetti residenti in ognuno dei cinque Stati selezionati hanno risposto al questionario messo a punto da Noto Sondaggi per Il Sole 24 Ore del Lunedì.

Il livello di soddisfazione

Il giudizio complessivamente espresso rispetto alla sanità pubblica è dunque più severo in Italia. Inoltre, stringendo il focus sull'ultima prestazione ricevuta, gli italiani sembrano più critici su alcuni aspetti: il 26% esprime giudizi negativi sull'igiene della struttura, percentuale ferma sotto il 12% negli altri Paesi; il 23% è scontento della professionalità dei medici e il 20% di quella degli infermieri, percentuali che oltreconfine non superano mai il 10% del totale. Si avvicina solo la quota dei tedeschi, pari al 15%, insoddisfatti dell'operato dei medici.

Appaiono più in linea con quelli degli altri Paesi, invece, i giudizi relativi alla qualità delle informazioni, alle cure e alla correttezza delle diagnosi ricevute.

Pesa, infine, lo sguardo sul futuro: la continua emergenza sanitaria percepita spinge il 42% degli italiani ad aspettarsi un peggioramento della qualità dei servizi sanitari nei prossimi due o tre anni. Le aspettative negative, invece, si fermano al 32% in Spagna, al 27% nel Regno Unito, al 23% in Germania e al 17% in Francia.

Il nodo dei tempi d'attesa

Per le prestazioni e i servizi utilizzati nel corso del 2025 gli italiani dichiarano di essersi rivolti al pronto soccorso pubblico nell'89% dei casi, ma solo nel 45% dei casi al servizio sanitario nazionale per visite specialistiche o esami di diagnostica. La sanità privata o convenzionata risulta più "frequentata" che in Italia solamente in Francia dove solo il 38% ha scelto una struttura pubblica per visite specialistiche e il 43% per esami diagnostici.

Il punto su cui sembra crollare ogni confronto europeo arriva sui tempi di attesa: il 33% degli italiani ha dovuto attendere più di tre mesi per un esame di diagnostica, contro il 18% degli spagnoli, il 14% degli inglesi, il 12% dei francesi e l'11% dei tedeschi; e inoltre il 27% ha atteso più di un trimestre per una visita specialistica, percentuale che arriva al 29% in Spagna ma che resta sotto il 20% in Francia, Germania e Regno Unito. Sommando chi seleziona un'attesa tra due e tre mesi e chi dice di aver atteso più di tre mesi per una visita specialistica, gli italiani sembra non abbiano rivali: il 49% in Spagna contro il 69% in Italia (nel nostro Paese solo il 13% è stato visitato entro una settimana).

Proprio in relazione ai tempi di attesa l'esperienza degli italiani è marcatamente più negativa rispetto a quella degli altri Paesi, con un picco negativo nei giudizi espressi sui servizi di diagnostica (per il 72%) e sui ricoveri (per il 69%).

In Italia tempi d'attesa eccessivi si traducono in una rinuncia alle visite specialistiche nel 28% dei casi, una percentuale allarmante e unica nel contesto internazionale che mette in luce la crisi del nostro sistema sanitario nazionale. Questo dato scende al 22% in Germania, al 17% in Francia, al 14% in Spagna e all'8% nel Regno Unito. La rinuncia a causa delle liste d'attesa riguarda anche il 21% degli esami diagnostici in Italia e, in questo caso, in nessuno degli altri Paesi la percentuale di chi rinvia l'appuntamento non supera mai il 20 per cento.

La tiepida fiducia degli italiani è intercettata anche da un altro dato, quando si chiede loro se in caso di malattia grave di un familiare o di un amico suggerirebbero di rivolgersi a una struttura collocata nel luogo dove si risiede: ecco questo consiglio arriverebbe dal 51% degli italiani, ma il 29 suggerirebbe invece un trasferimento; l'11% consiglierebbe di rivolgersi al privato. Si rivolge invece alla sanità vicino casa il 77% degli inglesi, il 76% degli spagnoli, il 61 dei francesi e dei tedeschi.

La prossimità e gli screening

In discussione è l'intero modello organizzativo, fino alla medicina di prossimità sul territorio. Il giudizio sulla professionalità del medico di base resta positivo per il 76% degli italiani, ma premia più i professionisti spagnoli (88%), francesi (92%), tedeschi (89) e inglesi (88). Sulla disponibilità del medico di famiglia, però, il giudizio positivo degli italiani crolla al 43% e sulle visite a domicilio si abbassa al 21 per cento. In tutti gli altri Paesi interpellati la soddisfazione, invece, risulta superiore.

Tra le note positive, il 69% degli italiani è stato invitato ad effettuare analisi e diagnostica in maniera gratuita dal sistema sanitario pubblico per fare test tumorali o per altre malattie. Gli screening e la prevenzione risultano così più diffusi che in Spagna (63%), Germania e Regno Unito (entrambe con il 58%). Si consolida, infine, anche il ruolo delle farmacie dove il 24% degli italiani dichiara di aver prenotato visite, il 14% di aver fatto l'elettrocardiogramma e il 12% l'holter, tutti dati in linea con i risultati negli altri Paesi.

L'ALLARME DEI PROFESSIONISTI

Sanità integrativa a rischio con le nuove norme sui fondi

Il presidente di Confprofessioni Natali critica l'inserimento nel decreto Pnrr di novità legislative che potrebbero incidere negativamente sul nostro welfare

BRUNO MARRONE

■ Preoccupazione nel mondo delle professioni per l'introduzione, nel decreto-legge collegato all'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, di una norma che interviene sul sistema della sanità integrativa. A sollevare il tema è Confprofessioni, che esprime forti perplessità sull'articolo 29 del provvedimento, dedicato alla vigilanza sui fondi sanitari e sociosanitari integrativi.

Secondo la Confederazione delle libere professioni, la disposizione avrebbe un impatto significativo su un comparto delicato del welfare nazionale, pur non presentando un collegamento diretto con le finalità del PNRR.

Il rischio, spiegano da Confprofessioni, è quello di perseguire obiettivi condivisibili - come il rafforzamento della trasparenza e dei controlli - attraverso strumenti non adeguati e potenzialmente controproducenti per il funzionamento del sistema.

USO IMPROPRIO

A esprimere la posizione dell'organizzazione è il presidente nazionale Marco Natali, che richiama l'attenzione su un possibile uso improprio della decretazione d'urgenza.

«Ravvisiamo il rischio concreto che l'urgenza dettata dalle scadenze europee diventi il grimaldello per introdurre una riforma che non ha nulla a che vedere con le missioni del Piano», afferma Natali. La norma, prosegue il presidente di Confprofessioni, «non attinge ai fondi del PNRR e interviene su un settore sul quale il Parlamento ha già avviato un importante percorso di riflessione istituzionale».

Nel dettaglio, l'articolo 29 assegna alla Commissione di vigilanza sui fondi pensione il compito di supervisionare i fondi sanitari integrativi e sociosanitari collegati al Servizio sanitario nazionale. La norma prevede anche l'istituzione di un registro ufficiale dei fondi e l'introduzione di un sistema di risoluzione extragiudiziale delle controversie tra gli iscritti e gli enti gestori.

L'autorità di vigilanza sarebbe inoltre chiamata a monitorare diversi aspetti legati al funzionamento dei fondi, tra cui l'organizzazione interna, la stabilità economico-finanziaria e la trasparenza delle informazioni fornite agli aderenti. Attraverso specifici regolamenti, la COVIP dovrebbe poi definire le modalità di classificazione dei fondi e stabilire requisiti patrimoniali e criteri contabili.

SISTEMA DI CONTROLLO

Il nuovo sistema di controllo verrebbe finanziato tramite un contributo a carico degli stessi fondi sanitari, fissato in misura non superiore allo 0,2 per mille delle risorse destinate alle prestazioni sanitarie.

Secondo Confprofessioni, però, questa impostazione presenta diversi elementi di criticità. «Siamo da sempre favorevoli a misure che migliorino la trasparenza e la governance - sottolinea il presidente Natali - ma appare singolare che si proceda a una riforma del settore partendo dalla vigilanza e assegnando la regolamentazione alla medesima autorità chiamata a svolgere i controlli in base a quelle stesse norme».

La Confederazione evidenzia inoltre il ruolo strategico che i fondi sanitari integrativi svolgono oggi nel sistema di welfare del Paese. Si tratta infatti di un comparto che coinvolge oltre 16 milioni di cittadini e che ogni anno eroga prestazioni



ni sanitarie per un valore superiore ai 3 miliardi di euro, contribuendo a ridurre la pressione sul Servizio sanitario nazionale e a rafforzare l'offerta di assistenza.

«Non siamo in presenza di una semplice disposizione tecnica - osserva il presidente di Confprofessioni - ma parliamo di una norma che incide su un pilastro del welfare nazionale costruito nel tempo dalle parti sociali, alimentato da risorse private e capace di sostenere, in modo sussidiario, il Servizio sanitario nazionale».

INTERVENTO ORGANICO

Per questo motivo Conf-

professioni invita il Parlamento a riconsiderare l'impostazione della norma e a inserire il tema della sanità integrativa all'interno di un intervento legislativo più ampio e organico, capace di affrontare le problematiche del settore nel suo complesso.

Secondo la Confederazione, una riforma di tale portata dovrebbe nascere da un confronto strutturato con le parti sociali e con tutti i soggetti coinvolti, così da garantire un equilibrio tra esigenze di trasparenza, sostenibilità e autonomia gestionale dei fondi.

AUTONOMIA

«Se gli obiettivi sono senz'altro condivisibili, quantomeno con riferimento alla trasparenza, non possiamo metterli a rischio con un intervento approssimativo. Serve una riforma capace di valorizzare il lavoro già avviato dal Parlamento - conclude il presidente Natali - e di preservare l'autonomia delle parti sociali che hanno costruito negli anni il sistema della sanità integrativa».

Confprofessioni ribadisce quindi la propria disponibilità a partecipare a un percorso di confronto istituzionale volto a individuare soluzioni normative più equilibrate, che consentano di rafforzare la trasparen-

za e la governance del settore senza per questo compromettere il modello mutualistico che caratterizza i fondi sanitari integrativi nel nostro Paese.



Il presidente di Confprofessioni, Marco Natali, ha criticato l'inserimento nel decreto di attuazione del Pnrr di norme che riguardano la vigilanza e la governance dei fondi sanitari e sociosanitari integrativi: «Non si può riformare il settore partendo dalla vigilanza»



SALUTE E WELFARE

Per il presidente di Confprofessioni le regole introdotte dal decreto Pnrr sono inefficaci

«Sui fondi sanitari serve una riforma complessiva»

Appello di Natali per rivedere le norme che affidano a Covip la vigilanza

BRUNO MARRONE

... Un segnale di forte preoccupazione arriva da Confprofessioni riguardo all'inserimento, nel decreto-legge collegato all'attuazione del Pnrr, dell'articolo 29 dedicato alla vigilanza sui fondi sanitari integrativi e sociosanitari.

Secondo la Confederazione delle libere professioni, si tratta di una disposizione destinata ad avere un impatto significativo sull'intero sistema della sanità integrativa, ma che non presenta un collegamento diretto con gli obiettivi del Piano nazionale di ripresa e resilienza. Il rischio, dunque, è quello di perseguire un obiettivo condivisibile - come il rafforzamento della trasparenza - attraverso strumenti non adeguati e potenzialmente inefficaci.

A esprimere la posizione della Confederazione è il presidente nazionale Marco Natali, che richiama l'attenzione sul possibile uso improprio dello strumento della decretazione d'urgenza.

«Esiste il rischio concreto che l'urgenza legata alle scadenze europee venga utilizzata come leva per introdurre una riforma che non ha alcuna relazione con le missioni del Piano», osserva Natali. «La disposizione, infatti, non utilizza risorse del Pnrr e interviene su un ambito sul quale

il Parlamento ha già avviato un percorso di approfondimento istituzionale».

Entrando nel merito del provvedimento, l'articolo 29 affida alla Commissione di vigilanza sui fondi pensione il compito di supervisionare i fondi sanitari e sociosanitari integrativi collegati al Servizio sanitario nazionale.

La norma prevede anche la creazione di un registro dedicato ai fondi e l'introduzione di un meccanismo di risoluzione stragiudiziale delle controversie tra gli iscritti e gli enti gestori.

stori.

La Commissione sarebbe inoltre chiamata a verificare diversi aspetti legati alla gestione dei fondi, tra cui l'assetto organizzativo, la stabilità finanziaria e la correttezza delle informazioni fornite agli iscritti. Attraverso regolamenti propri, la Covip dovrebbe poi definire i criteri di classificazione dei fondi e stabilire requisiti patrimoniali e contabili.

Il nuovo sistema di vigilanza verrebbe finanziato tra-

mite un contributo a carico dei fondi sanitari stessi, pari a un massimo dello 0,2 per mille delle risorse destinate alle prestazioni. Secondo Confprofessioni, tuttavia, questa impostazione presenta diversi punti critici. «Siamo da sempre favorevoli a interventi che rafforzino la trasparenza del sistema», evidenzia

Natali, «ma appare quanto meno singolare che si proceda alla riorganizzazione del settore partendo proprio dalla vigilanza e attribuendo alla stessa autorità di controllo il compito di definire le regole su cui basare la propria attività ispettiva».

La Confederazione ricorda inoltre che i fondi sanitari integrativi rappresentano oggi una componente fondamentale del welfare italiano. Il sistema coinvolge oltre 16 milioni di iscritti e garantisce ogni anno prestazioni sanitarie per un valore superiore ai 3 miliardi di euro, contribuendo a ridurre la pressione sul Servizio sanitario nazionale.

«Non siamo di fronte a una semplice misura tecnica - sottolinea Natali - ma a un intervento che incide su uno dei pilastri del welfare costruito nel tempo dalle parti sociali, sostenuto da risorse private e capace di affiancare il Servizio sanitario nazionale».

Alla luce di queste considerazioni, Confprofessioni invita il Parlamento a rive-



dere l'impostazione della norma e a inserire il tema della sanità integrativa all'interno di una riforma complessiva del comparto, costruita attraverso un confronto ampio e condiviso con le parti sociali.

«Gli obiettivi, soprattutto in termini di trasparenza, sono certamente condivisibili, ma non possiamo rischiare di comprometterli con interventi frettolosi o poco strutturati. Serve una riforma capace di valorizzare il lavoro già avviato dal Parlamento - conclude Natali - e di salvaguardare l'autonomia delle parti sociali che negli anni hanno costruito il sistema della sanità integrativa». Intanto il Piano nazionale

di ripresa e resilienza ha rappresentato uno strumento fondamentale per sostenere la ripresa economica dell'Italia dopo la pandemia. Tuttavia, secondo Confprofessioni, è ancora presto per trarre un bilancio definitivo e restano alcune criticità nella distribuzione delle risorse.

A evidenziarlo è Maria Pungetti, componente della giunta nazionale della Confederazione dei professionisti.

«Il Pnrr ha rappresentato un innesto di energie essenziale in un'economia indebolita dalla pandemia e caratterizzata da una crescita molto bassa», afferma Pungetti. «Una valutazione complessiva dei ri-

sultati sarebbe oggi prematura, considerando che l'Italia deve ancora completare oltre centosettanta obiettivi previsti dal cronoprogramma».

Negli ultimi anni Confprofessioni ha partecipato al confronto istituzionale sul Piano attraverso audizioni parlamentari e incontri della Cabina di Regia. In queste sedi la Confederazione ha sostenuto anche la prospettiva di una gestione più coordinata delle risorse europee.

Secondo Confprofessioni, tuttavia, sarebbe stato opportuno destinare più investimenti alle realtà economiche più piccole, come microimprese e studi professionali.

«Gli interventi sulla digitalizzazione - osserva Pungetti - hanno riguardato prevalentemente le imprese medio-grandi. Sarebbe stato utile prevedere misure più semplici e mirate per le piccole realtà».

Per la Confederazione, i professionisti possono inoltre svolgere un ruolo importante nel rendere più efficienti i rapporti tra pubblica amministrazione, imprese e cittadini, contribuendo a migliorare il funzionamento del sistema economico.

16

Milioni

Gli iscritti ai fondi sanitari che garantiscono ogni anno prestazioni per un valore superiore ai 3 miliardi

Timore

L'urgenza legata alle scadenze europee sarebbe utilizzata come leva per introdurre riforme slegate dalle missioni del Piano

Articolo 29

Non utilizza risorse del Piano Ue e interviene su un ambito in cui il Parlamento ha avviato un approfondimento istituzionale

Sanità

A destra il presidente di Confprofessioni Marco Natali che chiede al governo di rivedere alcune norme relative ai fondi sanitari

Cambiamento rischioso

Si incide su uno dei pilastri del welfare costruito nel tempo dalle parti sociali che affianca il Servizio sanitario nazionale



I DATI SULL'ATTUAZIONE DELLA LEGGE

Legge 194, niente report da oltre un anno L'attacco di Europa Radicale a Schillaci

«Da oltre un anno il ministro della Salute non presenta al Parlamento la relazione sull'attuazione della legge 194/1978»: è la denuncia Europa Radicale, che sottolinea come «l'ultima relazione presentata dal ministro Schillaci nell'ottobre 2024 riportava dati del 2022». Si tratta di un obbligo previsto dall'articolo 16 della legge sull'interruzione volontaria

di gravidanza, valido anche per il ministro della Giustizia, che ha invece depositato il suo report a dicembre. «Sui parti il Ministero della Salute è ferratissimo e fornisce dati aggiornati; sugli aborti nessuna informazione - attacca Europa Radicale -. Al governo Meloni la don-

na interessa, innanzitutto, come fattrice; solo dopo come persona. E i dati penali hanno la precedenza su quelli sanitari». —



Farmaci, IA usata dal 60% delle imprese Velocizza la produzione delle molecole

IL DOSSIER

ROMA L'intelligenza artificiale sta rivoluzionando anche il mondo della farmaceutica. Ogni anno l'utilizzo di soluzioni sta crescendo in media del 40% ogni anno nel settore, mentre nel prossimo quinquennio questo dato salirà al 45%. Il 62% delle aziende si affida alle nuove tecnologie per la ricerca e lo sviluppo dei loro prodotti, accelerando il processo di sintesi di nuove molecole o i trial.

SPERIMENTAZIONE

Stando a un dossier dall'Agenzia italiana del Farmaco, già oggi diversi candidati farmaci progettati con l'IA sono già in fase avanzata

di sperimentazione sull'uomo, per esempio nel campo delle malattie neurodegenerative e disturbi psichiatrici. Infatti l'Augmented R&D, o ricerca aumentata, amplifica la capacità di esplorazione degli scienziati: algoritmi di deep learning analizzano milioni di composti in poche ore, identificano target terapeutici e stimano tossicità prima ancora che una molecola venga sintetizzata. Al riguardo, ha spiegato il report "Digital Continuity" di Capgemini, il digitale può ridurre del 30% il tempo di arrivo sul mercato di nuove molecole, aumentare del 40% la produttività e abbattere del 25% i costi ingegneristici.

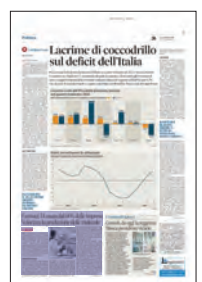
Tra gli altri usi dell'IA - come TrialGpt - anche gli strumenti per reclutare più pazienti per gli studi sperimentali, analizzando milioni di cartelle cliniche in pochi mi-

nuti e identificando in pochi secondi gli idonei. Mentre i "virtual clinical trials" sono già per il mondo della ricerca vere e proprie coorti digitali di pazienti su cui simulare scenari terapeutici prima della sperimentazione reale. Intanto si muovono anche i regolatori. «L'IA», afferma il presidente di Aifa, Robert Nisticò, «può rendere la medicina più umana, se resta al servizio delle persone».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Un laboratorio farmaceutico



LA SCIENZA

I farmaci del futuro creati con l'Ai

GENTA, GIUBILEI

È tutta una questione di numeri. O, meglio, di percentuali. Meno 25% di costi ingegneristici. Meno 40% dei tempi di produzione. La riduzione di un terzo del "time to market", tradotto: si risparmiano almeno tre anni perché un prodotto - e qui si parla di medicine - passi dalla fase di idea alla

sua effettiva disponibilità sul mercato. Eccola qui la rivoluzione dell'intelligenza artificiale applicata al mondo dell'industria farmaceutica. - PAGINE 16 E 17

I farmaci del futuro

L'Intelligenza artificiale taglia tempi (40%) e costi (25%) di produzione
Il presidente di Aifa: "Benefici già visibili nella personalizzazione delle cure"

FEDERICO GENTA

È tutta una questione di numeri. O, meglio, di percentuali. Meno 25% di costi ingegneristici. Meno 40% dei tempi di produzione. La riduzione di un terzo del "time to market", tradotto: si risparmiano almeno tre anni perché un prodotto - e qui si parla di medicine - passi dalla fase di idea alla sua effettiva disponibilità sul mercato. Eccola qui la rivoluzione dell'intelligenza artificiale applicata al mondo dell'industria farmaceutica. È la fotografia scattata dall'ultimo dossier dell'Aifa, l'Agenzia italiana del farmaco, che proprio attraverso i numeri racconta il cambiamento, e le prospettive, di una delle realtà da sempre legate all'innovazione digitale.

Prima dell'avvento degli algoritmi, sviluppare un nuovo farmaco richiedeva me-

diamente oltre 10 anni di lavoro e investimenti di oltre 2 miliardi di euro. E soltanto il 12% dei programmi di sviluppo arrivavano all'approvazione finale. È qui che l'AI cambia la traiettoria. Perché gli algoritmi di deep learning analizzano milioni di composti in poche ore, identificano target terapeutici, simulano affinità molecolari, stimano tossicità, metabolismo e biodisponibilità prima ancora che una molecola venga sintetizzata. E non è più soltanto una teoria: tanti "candidati farmaci" progettati con l'AI sono già in sperimentazione sull'uomo. Qualche esempio? Rentosertib, sviluppato da Insilico Medicine per la fibrosi polmonare idiopatica, ha mostrato un

miglioramento della funzione polmonare. REC994, candidato per la malformazione cavernosa cerebrale, sta dando risultati incoraggianti.

Altri programmi - dall'oncologia alle malattie rare - promettono di comprimere drasticamente i tempi di scoperta. Ma l'intelligenza artificiale non serve solo a creare nuove molecole. Permette anche il "drug repurposing": individua nuove indicazioni terapeutiche per farmaci già approvati, riducendo contemporaneamente rischi, costi e tempi. «Con la mole crescente di dati da valuta-



re, l'AI diventerà un alleato prezioso per garantire decisioni più rapide ed efficaci», conferma Pierluigi Russo, direttore tecnico scientifico dell'Aifa.

Una rivoluzione reale e tangibile, ma che crescerà ancora. Il mercato globale dell'AI applicata alla farmaceutica crescerà ancora del 40-43% fino al 2030, segno di un'accelerazione impressionante che punta a rivoluzionare l'intera filiera, dalla scoperta al monitoraggio post-marketing. E la partita non è soltanto tecnologica. Si tratta di una trasformatio-

ne culturale e strategica, in cui le aziende devono ripensare il modo in cui gestiscono i dati, prendono decisioni e definiscono priorità di investimento. Oggi il 62% delle imprese farmaceutiche integra già l'AI nei propri reparti di ricerca e sviluppo, con una crescita del 45% attesa nei prossimi cinque anni. Il motivo? Più rapidità, maggiore accuratezza, minori costi e la possibilità di prevedere in modo più affidabile l'efficacia di un trattamento prima ancora della sperimentazione sull'uomo.

Terapie a misure di paziente: un altro grande capitolo è quello della personalizzazione dei trattamenti. Non tutti i pazienti rispondono allo stesso modo a un farmaco: variabili genetiche, ambien-

tali e cliniche rendono ogni caso unico. L'AI consente di superare l'approccio "taglia unica" tipico della medicina tradizionale. Piattaforme come Tempus AI incrociano i dati genetici dei pazienti con le risposte ai farmaci, permettendo di individuare il farmaco più efficace e ridurre il rischio di effetti avversi. Anche in questo caso non si tratta di fantamedicina: in oncologia, questa tecnologia ha già permesso una migliore selezione delle terapie mirate, aumentando la sopravvivenza dei pazienti e la loro qualità della vita.

«L'intelligenza artificiale non è una moda passeggera, ma una leva strategica per l'evoluzione della medicina moderna - spiega il presidente dell'Aifa Robert Nisticò -. I

suoi benefici sono già visibili in termini di rapidità, personalizzazione e riduzione dei costi. Ma per realizzare tutto il suo potenziale, occorre una visione integrata: cooperazione tra scienza, industria e istituzioni, nuove regole etiche e trasparenza nel funzionamento dei sistemi». Il traguardo? «Rendere possibile ciò che fino a pochi anni fa sembrava utopia: il farmaco giusto, per la persona giusta, al momento giusto. E farlo in modo accessibile, sostenibile e sicuro per tutti». —

S In fase di sperimentazione

1 Rentosertib
Si tratta di un prodotto sviluppato da Insilico Medicine per la cura della fibrosi polmonare idiopatica che ha mostrato un miglioramento della funzione polmonare

2 REC994
Farmaco candidato per la cura della malformazione cavernosa cerebrale, sta dando risultati incoraggianti. Altri programmi sperimentali riguardano medicinali oncologici



Silvestro Scotti

“L’AI è una rivoluzione per la ricerca ma non può mai sostituire il medico”

Presidente della Fimmg: “Uno dei rischi principali è la dipendenza acritica dall’algoritmo”

FRANCO GIUBILEI

«L’AI può rappresentare uno strumento potente per il medico di medicina generale, mai un sostituto».

Silvestro Scotti, presidente della Federazione medici di medicina generale, che opinione ha del ricorso all’intelligenza artificiale come supporto nel vostro lavoro?

«Il medico gestisce complessità: migliaia di pazienti, cronicità multiple, aggiornamento continuo delle linee guida. L’AI alleggerisce il carico burocratico e offre supporto nella gestione del rischio legato al sovraccarico crescente sulle cure primarie. L’obiettivo è un’AI al servizio della medicina, non una medicina al servizio dell’AI».

In che modo può essere utile per le diagnosi?

«L’AI stratifica i dati clinici incrociandoli con basi di dati in pochi secondi, supportando il medico su diagnosi differenziali e politerapia. È utile soprattutto per le patologie rare o atipiche. Non formula diagnosi definitive: orienta il ragionamento clinico, lasciando al medico la responsabilità della decisione finale».

La prescrizione dei farmaci, soprattutto per pazienti anziani o complessi, può essere resa più efficace?

«È l’ambito dove l’AI offre il contributo più concreto. Il pa-

ziente anziano con 8-10 farmaci è la normalità; un fascicolo sanitario elettronico integrato faciliterebbe il lavoro anche dopo le consulenze specialistiche. L’AI segnala in tempo reale interazioni pericolose, duplicazioni e dosaggi inappropriati. È utile non solo per noi, ma anche per lo specialista che vede la singola patologia e non il quadro complessivo. Questo migliora l’appropriatezza e riduce le ospedalizzazioni evitabili».

È utile per l’individuazione del farmaco giusto?

«La farmacogenomica integrata con l’AI apre scenari in cui il farmaco viene scelto anche sul profilo genetico. Per il medico di medicina generale oggi si traduce in supporto su linee guida aggiornate, accessibili se integrate con i nostri strumenti digitali e i dati del paziente».

Allo stato attuale i vostri medici vi fanno ricorso? Per quali finalità?

«Una parte è coinvolta nella sperimentazione “MIA” promossa da Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali), con medici selezionati in tutte le regioni. È una realtà in fase di sperimentazione

nel Servizio sanitario nazionale su supporto diagnostico, gestione delle cronicità e controllo terapeutico. Molti medici usavano già piattaforme con alert su interazioni e dosaggi: di fatto AI nella pratica quotidiana».

I programmi vengono già utilizzati?

«Sì, con la sperimentazione MIA. La capillarità geografica

permette di raccogliere dati su realtà molto diverse. Riteniamo fondamentale che risultati, criticità e margini di miglioramento vengano discussi nei tavoli con la nostra rappresentanza. I medici e i cittadini che assistiamo sono un punto

di osservazione privilegiato che non può essere ignorato».

I medici necessitano di formazione ad hoc?

«Sì, e il progetto MIA lo conferma. La formazione deve essere strutturata e continua: nei curricula universitari prima, nella formazione post-laurea del medico di medicina generale e dello specialista poi. I medici devono interpretare i suggerimenti dell’AI criticamente, senza delegare il ragionamento clinico all’algoritmo. I tavoli con la rappresentanza sono lo strumento per tradurre i fabbisogni reali in percorsi concreti».

Quali rischi può comportare l’uso dell’AI?

«I principali sono: dipendenza acritica dall’algoritmo, dati di addestramento parziali che generano suggerimenti inappropriati, privacy e rischio di disuguaglianze nell’accesso. Le criticità emerse sul campo non devono restare patrimonio dello sperimentatore, ma essere condivise: solo così si passa da una sperimentazione chiusa a un miglioramento reale e



partecipato».

C'è il timore che i medici possano essere rimpiazzati?

«Dipende più dall'evoluzione della società che dai singoli attori. Il medico costruisce relazioni di fiducia, integra il contesto del paziente, gestisce l'incertezza, comunica notizie difficili. Queste competenze non sono riproducibili da un algoritmo. Il rischio reale è un'evoluzione del ruolo che richiede solidità sociale, culturale e professionale».

Grazie all'AI i tempi di sviluppo dei nuovi farmaci sono scesi del 40%: che valutazione

ne dà?

«L'AI sta rivoluzionando la ricerca: identificazione di molecole, previsione della struttura del farmaco e progettazione degli studi clinici. Meno tempo significa accesso più rapido a terapie efficaci e minori costi. Per i nostri medici si tradurrà in aggiornamento terapeutico più rapido; vale la pena considerare l'uso dell'AI anche come credito ECM per chi ne fa uso attivo».

Il ricorso all'AI deve preoccupare medici e pazienti?

«Preoccupare no; richiedere attenzione e consapevolezza, sì. I rischi sono gestibili con

regole adeguate, formazione e trasparenza degli algoritmi. La vera preoccupazione dovrebbe essere quella opposta: non adottare strumenti che riducono errori e migliorano gli esiti per resistenza al cambiamento. La medicina del futuro sarà quella di un professionista potenziato da strumenti intelligenti, che rimane il responsabile del percorso di cura».

Silvestro Scotti

L'AI stratifica i dati clinici incrociandoli in pochi secondi supportando il medico su diagnosi e politerapia

Non formula diagnosi definitive, orienta il ragionamento clinico, lasciando al medico la decisione finale

I rischi legati all'AI sono gestibili con regole adeguate, formazione e trasparenza degli algoritmi



“

Supporto

Il presidente della Federazione medici di medicina generale Silvestro Scotti (a sinistra) sottolinea l'utilità dell'AI soprattutto nella cura dei pazienti più anziani e complessi



La ricerca

Rivoluzione tech

per i farmaci

tempi e costi ridotti

I dati dell'Aifa sono emblematici: il mercato globale dell'Intelligenza artificiale applicata ai medicinali sta correndo a un tasso annuo del 40%
E il periodo per far arrivare una nuova molecola sul mercato scende del 30%

Valentina Arcovio

L'Intelligenza artificiale rende più conveniente la ricerca e lo sviluppo di nuovi trattamenti. Se sviluppare un nuovo farmaco richiede oggi mediamente oltre 10 anni di lavoro e investimenti che possono superare i 2 miliardi di euro, l'IA si presenta come il motore capace di abbattere costi insostenibili e accelerare i ricavi. Secondo il dossier "Intelligenza artificiale e Salute" dell'Agenzia Italiana del Farmaco (Aifa), i numeri di questa rivoluzione sono emblematici. Il mercato globale dell'IA applicata alla farmaceutica sta correndo a un tasso medio annuo composto (Cagr) del

40-43% fino al 2030. Non è un caso che oggi il 62% delle aziende del settore integri già soluzioni di Intelligenza artificiale nei propri reparti di ricerca e sviluppo, con una crescita attesa del 45% nei prossimi cinque anni. L'obiettivo è invertire una rotta inefficiente: attualmente, solo il 12% dei programmi di

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA



sviluppo arriva all'approvazione finale.

Secondo il report Digital Continuity di Capgemini, l'adozione sistemica dell'IA produce impatti industriali misurabili e immediati. Si parla di una riduzione del 30% del time-to-market, ovvero del periodo cruciale che intercorre tra l'ideazione di una molecola e la sua disponibilità in farmacia. A questo si aggiunge un aumento del 40% della produttività operativa e un abbattimento del 25% dei costi ingegneristici.

Non si tratta solo di velocità, ma di "Augmented R&D": una ricerca aumentata in cui l'algoritmo non sostituisce il ricercatore, ma ne amplifica la capacità di esplorazione. Gli algoritmi di deep learning analizzano milioni di composti in poche ore, stimando tossicità e biodisponibilità prima ancora che una molecola venga sintetizzata fisicamente.

Secondo il dossier di Aifa, il panorama competitivo sta cambiando anche con l'ascesa delle biotech AI-native, realtà che nascono con l'algoritmo come cuore pulsante dello sviluppo. Casi emblematici come Insilico Medicine, Exscientia, Atomwise e Recursion dimostrano come sia possibile comprimere drasticamente i tempi della clinica. Insilico Medicine, ad esempio, ha portato il suo primo farmaco alla Fase II in meno di due anni grazie a una pipeline interamente basata su algoritmi. Candidati farmaci "AI-discovered" sono già realtà: il Rentoserib per la fibrosi polmonare idiopatica ha mostrato miglioramenti della funzione polmonare in Fase IIa, mentre REC994 per la malformazione cavernosa cerebrale ha completato la Fase II con risultati incoraggianti. Anche il "drug repurposing" gioca un ruolo chiave: l'IA individua nuove indicazioni terapeutiche per farmaci già approvati, abbattendo rischi e costi di sviluppo.

L'economia dell'IA non riguarda solo il profitto, ma la sostenibilità stessa dei sistemi sanitari. La fine della terapia "taglia unica" in favore della medicina di precisione consente di incrociare dati genetici, clinici e ambientali per scegliere la cura più efficace per ogni individuo. In oncologia, il matching molecolare tra paziente e farmaco aumenta la probabilità di risposta e migliora la qualità della vita, eliminando trattamenti inutili e costosi effetti avversi.

In Italia, l'Aifa utilizza già strumenti predittivi per supportare l'analisi dei benefici clinici e dei costi delle nuove tecnologie (Hta). «L'intelligenza artificiale – afferma il presidente di Aifa, Robert Nisticò – non è una moda passeggera, ma una leva strategica per l'evoluzione della medicina moderna. I suoi benefici sono già visibili in termini di rapidità, personalizzazione e riduzione dei costi. La sfida è governarla con regole chiare, trasparenza e responsabilità condivisa».

Il cambiamento ha già iniziato ad avere un enorme impatto anche sul lavoro: entro il 2026 l'85% degli sviluppatori userà l'IA generativa. Nascono figure come il GenAI developer e l'architetto dell'IA, mentre il medico resta insostituibile nel suo ruolo decisionale ed empatico. La medicina del futuro sarà inevitabilmente più digitale. «La sfida – conclude Nisticò – è far sì che sia anche più giusta, più accessibile, più umana».

ACCELERANO ANCHE GLI STUDI CLINICI

L'Intelligenza artificiale sta abbattendo uno dei colli di bottiglia storici della ricerca medica: il reclutamento per gli studi clinici. Attualmente, solo il 12% dei programmi di sviluppo farmaceutico arriva all'approvazione finale, spesso a causa della difficoltà nel reperire pazienti idonei in tempi rapidi. Qui entra in gioco TrialGPT, una piattaforma basata su modelli linguistici avanzati capace di analizzare milioni di cartelle cliniche in pochi minuti per identificare candidati ideali. La frontiera più avanzata è invece rappresentata dai "virtual clinical trials": coorti digitali di pazienti, definiti anche digital twins, su cui simulare scenari terapeutici complessi prima della sperimentazione umana reale. Questo approccio "in silico" riduce drasticamente errori, costi e fallimenti nelle fasi cliniche più avanzate.



① L'agenzia per il farmaco Aifa ha diffuso uno studio sull'impatto dell'intelligenza artificiale su ricerca e farmaci



Le promesse azzardate della vita speculare

Biotecnologia. Molecole sintetiche speculari a quelle naturali potrebbero essere utili per le terapie, ma rivelarsi inarrestabili e indistruttibili

Roberto Manzocco

«Attraverso lo specchio e quel che la biotecnologia vi trovò»: parafrasando il seguito di "Alice nel Paese delle Meraviglie" introduciamo un concetto fondamentale nelle scienze naturali, quello di "chiralità" (dal greco "*cheir*," "mano"). Se mettiamo la mano destra di fronte allo specchio, vedremo che l'immagine riflessa sarà quella di una mano "sinistra": cioè se "estraiamo" dallo specchio questa mano speculare e la sovrapponiamo alla nostra mano destra, scopriremo che in realtà le due mani non sono sovrapponibili, avendo i pollici ai lati opposti. Questa appunto è la chiralità, una caratteristica anche di molte molecole biologiche, che si avvolgono o attorcigliano in senso orario o in senso anti-orario, verso sinistra o verso destra, e che non sono appunto sovrapponibili alla loro immagine riflessa allo specchio. E negli ultimi anni si è parlato con interesse crescente – e con una punta di preoccupazione – di "Mirror Life".

In teoria anche se due molecole chirali hanno la stessa formula chimica, possono essere l'una l'immagine speculare dell'altra. Queste versioni speculari sono chiamate enantiomeri e l'aspetto misterioso è costituito dal fatto che, sulla Terra, la vita è "omochirale," cioè per ogni molecola di questo tipo se ne trova in natura una sola versione. La ragione di ciò non è nota, e le teorie abbondano. Per cui ad esempio

gli aminoacidi sono perlopiù "manchini" (nome in codice: forma-L, dal latino *laevus*), gli zuccheri sono "destrorsi" (forma-D, da *dexter*) e così via. La MirrorLife è dunque il tentativo di creare in laboratorio versioni speculari di tali molecole – ad esempio aminoacidi destrorsi e zuccheri mancini –, così come quello di generare intere forme di vita speculari.

Difficile sopravvalutare l'importanza di tutto ciò. Per cominciare, una cellula speculare sarebbe biologicamente "invisibile," nel senso che sarebbe immune a quasi tutti i virus e i batteri esistenti: per potersi inserire in una cellula, o per poterla attaccare, virus e batteri devono riuscire a incastrarsi perfettamente nelle serrature molecolari di essa; se queste ultime sono invertite, l'incaastro non può avvenire.

Uguualmente, i nostri enzimi digestivi non riuscirebbero a smantellare proteine speculari: un panino speculare avrebbe probabilmente lo stesso

sapore di uno normale, ma non riusciremmo a digerirlo e ad estrarne sostanze nutritive.

In secondo luogo – e questa è una possibilità ventilata dallo studioso di Harvard George Church – si potrebbe creare polimerasi (gli enzimi che sintetizzano il Dna e l'Rna) speculari, utili per creare nuovi tipi di molecole biologiche impossibili da degradare per il nostro organismo – quindi farmaci che possono restare più a lungo nel corpo umano, terapie contro le quali virus e batteri non si possono difendere, e così via. Alle volte infatti

farmaci utili vengono attaccati e degradati dal sistema immunitario fin troppo rapidamente, per non parlare delle possibili reazioni allergiche, tutti problemi che potrebbero essere evitati usando molecole speculari. Tra l'altro la chiralità in farmacologia è una cosa nota. Ad esempio il principio attivo dell'antidolorifico ibuprofene è presente in due forme, una molto più efficace dell'altra.

In terzo luogo, la biologia sintetica potrebbe in effetti creare forme di vita – virus, batteri, funghi e quant'altro – speculari che, una volta rilasciate nell'ambiente, sarebbero sostanzialmente inarrestabili, e potrebbero impadronirsi rapidamente di sostanze nutritive ed ecosistemi, dimostrandosi letali per tutti gli altri organismi. Proprio per questo l'anno scorso 38 noti studiosi della questione, incluso George Church, hanno lanciato un appello sulla rivista "Science" affinché tutte le ricerche nel settore della chiralità vengano per lo meno rallentate. Per Jack Szostak, altro studioso di Harvard, virus e batteri chirali non potrebbero essere riconosciuti dal sistema immunitario e di conseguenza potrebbero dare ori-



gine a patologie molto difficili o impossibili da arginare e da curare.

E per quale motivo uno scienziato dovrebbe desiderare di creare batteri speculari? Secondo Szostak per due ragioni: la prima consiste nell'esigenza di possedere organismi in grado di produrre grossi quantitativi di molecole speculari utili, e la seconda riguarda semplicemente l'amore per le sfide difficili. L'appello dei firmatari sottolinea la necessità di ulteriori esperimenti per chiarire la reale portata dei rischi, nonché di linee guida per non impedire lo sviluppo di ricerche utili e sicure. Al momento però è necessario proporre un sostanziale rallentamento di qualunque ricerca mi-

rata alla creazione di batteri-specchio. Per Church, i precedenti tentativi di limitare gli studi con il Dna ricombinante o la proibizione di George Bush dei finanziamenti federali alla ricerca sulle staminali sono stati un boomerang, visto che hanno stimolato la continuazione di tali studi in ambito privato. Una proibizione completa delle ricerche finirebbe per consegnare queste ultime a soggetti malintenzionati. La soluzione per lo studioso sarebbe quella di continuare a mantenere il controllo di questi studi, monitorando in modo rigoroso laboratori che si occupano di chiralità, acquisti di materiali utilizzabili in questo settore.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Una cellula speculare
sarebbe "invisibile"
nel senso che sarebbe
immune a quasi tutti i
virus e i batteri esistenti**

**Un gruppo di scienziati
studiosi della Mirror Life
propone di rallentare
la ricerca e monitorare
i laboratori**



Il caso dei decessi in ambulanza

LA STRAGE SILENZIOSA DEGLI ANZIANI MORTI IN AMBITO SANITARIO

VINCENZO PAGLIA

Le cronache ci parlano di un ennesimo caso di decessi sospetti in ambito sanitario. La settimana scorsa un dipendente della Croce Rossa di Forlì, da circa due anni autista soccorritore, è stato accusato dalla Procura di Forlì di omicidio volontario continuato, aggravato dalla premeditazione, commesso col mezzo di sostanze venefiche o altro mezzo insidioso. Gli vengono contestati 5 decessi nel 2025 durante o subito dopo trasporti sanitari cosiddetti secondari, ovvero non urgenti, ma di ricollocazione di pazienti da una struttura ad un'altra. Oltre ai 5 casi contestati, in cui l'imputato era sempre a bordo, gli inquirenti stanno verificando altri 3 decessi sospetti, portando il totale dei casi sotto esame a 8. Le ulteriori vittime sarebbero state tutte donne anziane con le quali l'indagato aveva avuto a che fare. Si potrebbe definire l'episodio un caso isolato, dettato, qui è d'obbligo il condizionale perché le indagini sono ancora in corso, da motivazioni connesse alla personalità dell'indagato o da circostanze ancora tutte da chiarire. Si potrebbe, se non fosse che il fenomeno appare diffuso e con tutte le caratteristiche della punta di un iceberg: sono circa 25-30 le vittime stimate negli ultimi 20 anni in Italia. Molti i motivi della sottostima: non esiste una contabilità perché gli omicidi da parte di sanitari sono classificati come omicidi volontari comuni, non come categoria statistica autonoma nel sistema Istat o giudiziario. Inoltre, le morti in contesto sanitario

vengono certificate come "naturali" e raramente si procede ad autopsia (in Italia il tasso di autopsie è tra i più bassi d'Europa), il fenomeno è per definizione sommerso: la letteratura internazionale stima che per ogni caso scoperto ve ne siano diversi non rilevati. A questo deve aggiungersi che le Rsa e le strutture per anziani hanno storicamente scarsi meccanismi di sorveglianza sulle cause di morte e che manca una cultura di segnalazione sistematica delle "morti inattese" in ambito assistenziale. L'assenza stessa di una contabilità di questi decessi è parte del problema: occorre che si realizzi un osservatorio e che siano definiti in modo indipendente questi delitti, che, ripeto, sono ampiamente sottostimati. Non esiste un equivalente italiano del database internazionale sugli "healthcare serial killers" compilato dalla letteratura accademica anglosassone. Uno studio su riviste "peer reviewed" (Yarnell, 2022) evidenzia che i serial killer sanitari rappresentano un fenomeno sottostimato a livello globale: la media tra scoperta dei primi segnali e arresto è di oltre 2 anni, e spesso i sospetti vengono ignorati o minimizzati dall'istituzione. Un altro studio sui medici killer documenta che le vittime sono in larghissima maggioranza anziani e pazienti fragili, perché la loro morte appare "attesa" e non suscita sospetti. Giustamente poniamo grande attenzione ai femminicidi e qui si inizia a connotare un fenomeno diverso ma non meno grave, quello di anziani uccisi proprio in un ambito che dovrebbe dedicare loro cure e attenzioni, per questo particolarmente odioso. Mentre di-

battiamo in modo molto ideologico, a mio modesto avviso, di eutanasia e dintorni, dovremmo soffermarci sull'abbandono dei morenti e ancor più sul pregiudizio di etarismo che arriva ad uccidere. Ne è dimostrazione diretta la impressionante dashboard pubblicata sul sito *Età grande*, dell'omonima fondazione, che riporta i dati di stima dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sugli abusi negli anziani: ben 320 milioni in un anno. Cifra non lontana da quella riportata dalla medesima agenzia degli abusi sulle donne: 316 milioni. Colpisce, nel caso degli anziani, il silenzio che circonda molto spesso umiliazioni, violenze fisiche e psicologiche, truffe, abbandono e incuria nella sporcizia, nelle piaghe da decubito, nella negligenza di non porgere un bicchier d'acqua a tantissimi over 65 - sembra uno su sei - in tutto il mondo, vittime di questi soprusi. Gli omicidi sanitari davvero sono la punta di un iceberg di un silenzioso olocausto e di un abbandono che si fa dimensione quotidiana per tanti uomini e donne vecchi. E' questo il destino che aspettiamo per noi?



Anche **il cervello** «segue» la sua dieta

Proprio come un atleta, per funzionare bene la nostra mente ha bisogno di nutrienti di qualità. Ecco quali sono, secondo le ricerche più recenti.

È stato analizzato l'effetto sull'invecchiamento cerebrale di tre diversi modelli alimentari. Quello Green-MED è risultato il più efficace a contrastarlo.

di **Anna Fregonara**

Non è mai troppo tardi per iniziare a mangiare meglio per la salute del nostro cervello il quale, nonostante pesi appena un chilo e mezzo, anche a riposo richiede circa il 20% dell'energia totale dell'organismo.

E, proprio come un atleta, per funzionare bene ha bisogno di nutrienti di qualità. Quali? In un nuovo studio pubblicato su *Clinical Nutrition*, ricercatori hanno analizzato l'effetto di tre diversi modelli alimentari sull'invecchiamento cerebrale in 294 adulti con obesità addominale o dislipidemia. Per 18 mesi i partecipanti hanno seguito semplici linee guida dietetiche oppure una dieta mediterranea tradizionale arricchita con 28 grammi di noci (che apportavano quasi 500 mg di polifenoli) o una versione potenziata, detta *green-MED*, arricchita con tè verde (4 tazze al giorno), noci (28 g al giorno) e Mankai o lenticchia d'acqua, una pianta acquatica ricca di polifenoli.

L'invecchiamento cerebrale è stato valutato tramite risonanza magnetica e calcolando la differenza tra l'età cerebrale stimata e quella anagrafica. Chi seguiva la *green-MED* mostrava un'età cerebrale più giovane e una significativa riduzione di un biomarcatore (Galectina-9) che «accende» uno stato infiammatorio a livello nervoso, potenziale innesco per patologie cronico-degenerative.

«L'ipotesi degli studiosi è che la riduzione di questo biomarcatore possa dipendere dal maggior consumo di polifenoli», spiega Donato Angelino, professore associato di Nutrizione umana all'Università di Teramo.

continua alla pagina seguente

Quali sono gli alimenti «salva-neuroni»

La dieta mediterranea della nostra tradizione basata su verdura, legumi, cereali integrali, frutta, olio extravergine d'oliva, poca carne e un po' di pesce è ancora la più benefica per la salute del cervello.

di **Anna Fregonara**

SEGUE DALLA PAGINA PRECEDENTE

«**I** polifenoli sono composti bioattivi, naturalmente presenti in alimenti e be-

vande di origine vegetale come tè e caffè, noti per la loro capacità di modulare i processi infiammatori e ossidativi, meccanismi che accelerano l'invecchiamento neuronale e

predispongono a patologie neurodegenerative. Ma c'è di più. I polifenoli interagiscono con il nostro microbiota intestinale. Anche se l'organismo li riconosce come composti



“estranei”, il microbiota è in grado di metabolizzarli, selezionando specifici ceppi batterici che ne trasformano la struttura chimica. I metaboliti che ne risultano, che sono più piccoli e biodisponibili, possono così raggiungere il cervello e agire sul sistema nervoso, contribuendo a controllare la neuroinfiammazione e persino a inibire l'accumulo di sostanze legate all'insorgenza di patologie che hanno alla base la demenza», precisa Angelino.

Comunicazione

Questi meccanismi rientrano nel cosiddetto *asse intestino-cervello*, una rete complessa bidirezionale che collega il sistema digerente al sistema nervoso centrale e che può essere influenzata da ciò che mettiamo nel piatto. «Per mantenere attivi questi circuiti protettivi, è bene consumare ogni giorno un'ampia varietà di alimenti vegetali, scegliendo quelli di stagione e di tutti i colori», prosegue il professore. «I pigmenti naturali che danno il rosso, il bianco, l'arancione, il verde o il giallo a frutta e verdura corrispondono a diverse famiglie di polifenoli, ciascuna con proprietà antiossidanti e antinfiammatorie specifiche. Anche frutta secca, cereali integrali, cacao e cioccolato fondente ne contengono elevate quantità. Senza dimenticare un ingrediente simbolo della nostra alimentazione: l'olio extravergine di oliva, ricco di composti fenolici come l'idrossitiroso, riconosciuto anche dall'Autorità europea per la sicurezza alimentare per i suoi effetti benefici sulla salute vascolare. La vera dieta mediterranea tradizionale, quindi, basata su frutta, verdura, legumi, cereali integrali, frutta secca, olio extravergine d'oliva, poca carne e un po' di pesce (meglio se azzurro), se seguita con regolarità e coerenza resta il modello alimentare più efficace per sostenere la salute del cervello nel tempo».

Un altro studio presentato nel 2025 al congresso della

American Society for Nutrition ha messo in evidenza il ruolo dei fitosteroli nel ridurre il rischio di diabete di tipo 2 e di malattie cardiovascolari. I ricercatori hanno analizzato i dati di oltre 200 mila adulti statunitensi seguiti fino a 36 anni, rilevando che un'elevata assunzione di fitosteroli nella dieta era associata a una riduzione del 9% del rischio di cardiopatia e dell'8% del rischio di diabete, rispetto a chi ne consumava meno.

«I fitosteroli sono composti presenti solo negli alimenti di origine vegetale. Nelle piante svolgono un ruolo simile a quello del colesterolo negli organismi animali: sono componenti fondamentali delle membrane cellulari e molecole di partenza per la sintesi di diversi ormoni», dice Angelino.

Fitosteroli

«Nel nostro organismo, però, i fitosteroli agiscono in modo virtuoso. Grazie alla loro somiglianza strutturale con il colesterolo, competono con esso per l'assorbimento intestinale. Il risultato? Meno colesterolo viene assorbito e anche la sua sintesi endogena si riduce. Questo meccanismo è noto da tempo: secondo la letteratura, 2 grammi al giorno di fitosteroli possono abbassare i livelli di colesterolo Ldl (“cattivo”) fino al 10%. Gli effetti benefici si osservano anche con dosi raggiungibili attraverso la dieta. Infatti, i partecipanti allo studio con il più alto apporto di fitosteroli, pari in media a 4-5 porzioni di verdure, 2-3 di frutta, 2 porzioni di cereali integrali e mezza porzione di frutta secca al giorno, mostravano marcatori metabolici migliori, come una regolazione più efficiente dell'insulina e livelli più bassi di infiammazione sistemica. In questo contesto, ancora una volta, la vera dieta mediterranea tradizionale sembra consentire di raggiungere una quantità adeguata di fitosteroli giornalieri in modo naturale e sostenibile. Si trova-

no, in particolare, nei semi oleosi come quelli di zucca o di lino, nella frutta a guscio tra cui noci, mandorle, noccioline, in legumi, cereali e verdure a foglia. Bastano piccole modifiche quotidiane per aumentarne l'apporto e promuovere una migliore salute metabolica e cerebrale».

Batteri specifici

I ricercatori hanno osservato anche che un maggiore consumo di fitosteroli si associa a una modulazione favorevole del microbiota, con un aumento di specie benefiche come *Faecalibacterium prausnitzii*. Questo è uno dei batteri più abbondanti nell'intestino di chi segue una dieta ricca di vegetali. «Questo batterio possiede un enzima specifico in grado di degradare i fitosteroli introdotti con la dieta, influenzando positivamente il metabolismo lipidico e contribuendo alla riduzione del rischio cardiovascolare. Inoltre, quando metabolizza la fibra, questo batterio produce acidi grassi a catena corta, piccole molecole che entrano nel circolo sanguigno e inibiscono la sintesi di colesterolo da parte dell'organismo stesso».

Quello che la ricerca scientifica ha capito negli ultimi anni, però, è che per ottenere benefici reali e duraturi non basta puntare su una singola molecola, che si tratti di polifenoli, omega-3 o fitosteroli, ma occorre considerare l'effetto complessivo dell'alimentazione nel tempo.

«È il concetto di “pattern dietetico”: non conta solo che cosa mangiamo, ma come e con quale frequenza abbiniamo gli alimenti nella dieta abituale», aggiunge Luigi Fontana, direttore scientifico del Charles Perkins Centre RPA Clinic & Healthy Longevity Program presso l'Università di Sydney.



«E la sinergia tra fibre, grassi, proteine, polifenoli e vitamine antiossidanti a produrre effetti sistemici favorevoli. Nessun nutriente, preso in modo isolato, è in grado di replicare la potenza protettiva che nasce dall'equilibrio degli alimenti nella vera dieta mediterranea tradizionale che lavorano insieme per ridurre il rischio metabolico, infiammatorio, cardiovascolare e tumorale in maniera sistemica».

Un'alimentazione sana influisce direttamente su insulina, glicemia, colesterolo, trigliceridi, pressione arteriosa e infiammazione sistemica.

«Quando questi parametri si alterano, aumentano le probabilità di avviare, spesso anni prima dei sintomi, processi

che favoriscono il declino cognitivo. Il cervello invecchia nel corpo in cui vive», ricorda Fontana.

«La resistenza insulinica, per esempio, può coinvolgere anche il sistema nervoso centrale, alterando la funzione neuronale e facilitando l'accumulo di proteine tossiche come beta-amiloide e tau, centrali nella malattia di Alzheimer. Viceversa, uno stato metabolico sano, sostenuto da alimentazione equilibrata, attività fisica regolare e sonno rigenerante, preserva plasticità, microcircolazione e integrità delle reti sinaptiche».

Un altro aspetto sempre più riconosciuto dalla ricerca è l'esistenza di «finestre temporali sensibili» in cui intervenire sullo stile di vita produce

effetti incisivi. Le evidenze indicano tre «finestre» chiave: l'età adulta precoce (20-40 anni); la mezza età (40-65); la terza età (over 65).

«È soprattutto nei primi due periodi», conclude Fontana, tra i massimi esperti mondiali di nutrizione, stili di vita e longevità, «che cibarsi con alimenti sani, fare attività fisica regolare e controllare i fattori di rischio metabolici serve a stare meglio nell'immediato e a prevenire o rallentare l'avvio di processi neurodegenerativi prima che diventino strutturali e irreversibili. Anche nella terza età, tuttavia, questi interventi restano utili per rallentare il declino».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

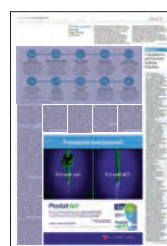
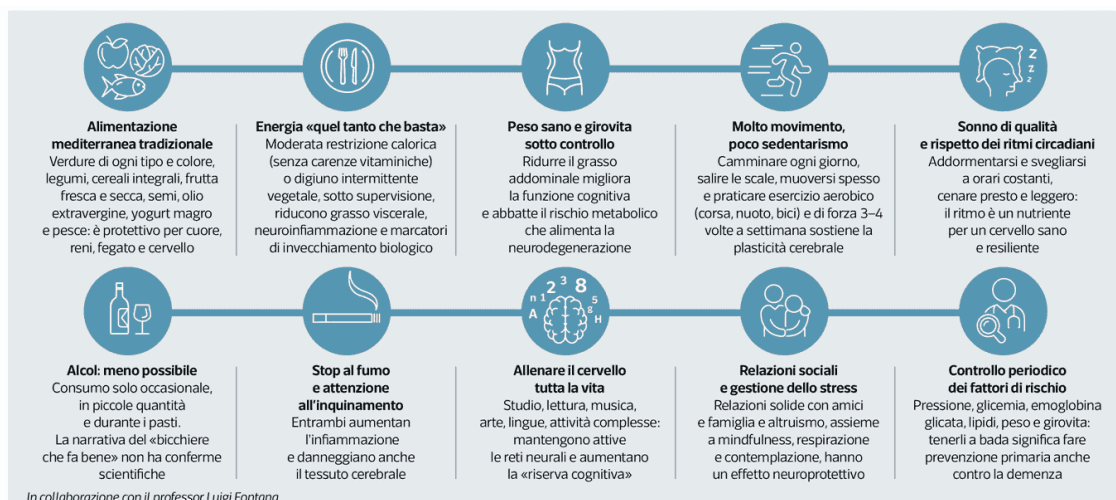
Da sapere

● I pigmenti naturali che danno il rosso, il bianco, l'arancione, il verde o il giallo a frutta e verdura corrispondono a diverse famiglie di polifenoli, ciascuna con proprietà specifiche

40

anni

l'età in cui l'ippocampo, area fondamentale per la memoria e l'orientamento spaziale, inizia a ridursi



Ecco perché lo sport va «prescritto» a chi ha un tumore

Lo conferma un nuovo studio che ha considerato l'impatto dell'esercizio fisico durante e dopo le terapie

di **Vera Martinella**

Moltissimi studi scientifici, condotti su milioni di individui, hanno dimostrato come praticare regolarmente sport aiuti le persone sane a prevenire diversi tipi di neoplasie e quelle già malate di cancro sia a guarire più in fretta sia a diminuire notevolmente il rischio di ricadute: le prove raccolte sono particolarmente rilevanti e convincenti per il carcinoma mammario e per quello del colon, fra i tipi di cancro più diffusi e più studiati.

Un nuovo studio, appena pubblicata sulla rivista scientifica *Jama*, si è volutamente concentrato su altre sette patologie oncologiche (vescica, rene, cavità orale, polmone, retto, endometrio e ovaio) e

aggiunge un tassello mancante alle conoscenze su cancro e attività fisica.

Tre sono le conclusioni principali a cui sono giunti gli scienziati coordinati dall'American Cancer Society.

La prima: l'attività fisica regolare nel tempo libero è stata associata a una riduzione del rischio di morte per tutti e sette i tipi di cancro. La seconda: l'impatto dell'attività fisica sulla mortalità variava a seconda del tipo di cancro e del livello di attività fisica. La terza: i pazienti che erano inattivi prima della diagnosi di cancro al polmone o al retto presentavano una significativa riduzione del rischio di mortalità se svolgevano regolarmente attività fisica dopo la diagnosi.

«C'è stato un grande cambio culturale, sostenuto da imponenti evidenze scientifiche — commenta Paolo Tralongo, presidente del Collegio Italiano dei Primari Oncologi

Medici Ospedalieri (Cipomo) —. Fino agli anni Ottanta alle persone con un tumore, soprattutto durante le terapie, veniva suggerito di riposare e di non fare sport per non stancarsi troppo. Un paradigma che è stato scardinato dalle tantissime ricerche giunte a dimostrare esattamente il contrario: l'attività fisica (intensa, moderata o lieve, in base all'età e alle condizioni del singolo), praticata regolarmente durante e dopo le terapie anticancro, migliora gli esiti delle cure, riduce gli effetti collaterali, il tasso di complicanze e la mortalità per tumore».

Le conclusioni dell'ultima ampia analisi lo confermano: «L'analisi incrociata di sei database (per un totale di 17.141 individui coinvolti) ha rilevato che l'attività fisica può essere utile ai sopravvissuti al cancro, anche se erano inattivi prima della diagnosi, e che è importante che gli operatori

sanitari promuovano l'esercizio per la longevità e la salute generale delle persone che convivono con il cancro, durante i trattamenti e anche dopo» sottolinea Carlo Garufi, consigliere Cipomo.

«Anche perché i benefici che se ne possono trarre sono molteplici e vanno anche oltre il cancro in senso stretto — conclude Tralongo, direttore del dipartimento di oncologia dell'Azienda sanitaria provinciale di Siracusa —. Muoversi aiuta anche a combattere la depressione, fatica o stanchezza cronica, ansia, disturbi del sonno e dell'umore che colpiscono fino al 70% dei pazienti».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La ricerca

ha confermato l'utilità anche per chi era inattivo prima della diagnosi

Da sapere

● L'attività fisica (intensa, moderata o lieve, in base all'età e alle condizioni del singolo), praticata regolarmente migliora gli esiti delle cure, riduce gli effetti collaterali, il tasso di complicanze



Degli effetti positivi dello sport sui tumori si parlerà a Roma dal 12 al 13 marzo durante il congresso annuale del Cipomo (Collegio Italiano dei Primari Oncologi Medici Ospedalieri)





L'intervista a **ELENA CATTANEO**

«La scienza è incompresa Le donne possono farcela se rifiutano la perfezione»

**«In 20 anni il gender gap accademico non si è ridotto
Mi sono allontanata dalla Chiesa per le staminali»**

Elena Cattaneo è nata a Milano il 22 ottobre 1962 ed è farmacologa e neuroscienziata italiana. Si è laureata in Farmacia nel 1986 all'Università degli Studi di Milano. Svolge attività di ricerca sulle cellule staminali e sulle malattie neurodegenerative, con particolare riferimento alla malattia di Huntington. È professoressa ordinaria di Farmacologia all'Università di Milano e dirige attività di ricerca nel campo della biologia cellulare e delle patologie neurodegenerative. Il 30 agosto 2013 è stata nominata senatrice a vita dal Presidente della Repubblica Giorgio Napolitano. Ha pubblicato diversi libri: "Ogni giorno. Tra scienza e politica" (Mondadori, 2016), "Armati di scienza" (Raffaello Cortina 2021) e "Scienziate. Storie di vita e di ricerca" (Raffaello Cortina, 2024).

Guido Boffo

Elena Cattaneo, scienziata e senatrice. È vero che è stata la prima a laurearsi nella sua famiglia?

«Sì, l'università era una realtà sconosciuta. Mio padre lavorava alla Fiat e ancora adesso si definisce un "uomo Fiat", a 98 anni. Questo legame con l'istituzione, credo me l'abbia trasmesso lui».

Lei ha avuto successo nelle materie STEM, ma rappresenta un'eccezione. Perché in Italia le

donne hanno difficoltà ad avanzare in campo scientifico?

«Le donne hanno difficoltà ad avanzare in generale. Sebbene il numero di laureande sia simile a quello dei laureandi, la forbice si allarga dal dottorato di ricerca in poi. Anche nel mio dipartimento, che è un ottimo dipartimento, le professoressse ordinarie sono il 23-25%. Succede in tantissime professioni. L'aspetto culturale è molto forte. Da quando vivevamo nelle caverne l'uomo andava a caccia, tornava con la preda ed era riverito. La donna stava lì al focolare ad accudire. Ci sono dei circuiti mentali che hanno radicato dei pregiudizi».

I genitori non fanno abbastanza per rompere questi circuiti?

«Quando portavo al parco i miei due figli, mi ricordo che tutta l'attenzione era sulle bambine perché non si sporcassero. Dovevano essere perfette. Quando porti al parco il figlio maschio, al massimo gli dici di non salire fino all'ultimo ramo dell'albero. E se lo fa, sei quasi divertito. Cade e impara a rialzarsi. C'è questo libro bellissimo, che si intitola "Brave, not perfect". Sii coraggiosa, non perfetta. Perché le donne tendono a proporsi solo se sono sicure di riuscire, e le materie scientifiche questa certezza non te la danno».

Ha qualche ricetta?

«Bisogna studiare la questione scientificamente, mappare le fragilità e intervenire. Parti dalla

domanda: in accademia il gender gap esiste o è migliorato? Quindi vai a verificare. E l'esperimento lo hanno fatto. Hanno preso gli ultimi 20 anni, e hanno visto che la situazione delle donne non è cambiata rispetto ai 20 anni precedenti. Le quote rosa sono uno strumento valido, ma non eterno».

Lei ce l'ha fatta senza quote rosa.

«E quando mi chiedevano se avessi avvertito forme di discriminazione nei miei confronti, rispondevo sempre di no. Ma ho capito che sbagliavo. Il tuo sì e il tuo no valgono zero. La discriminazione è un fenomeno collettivo che non va studiato solo attraverso l'esperienza personale».

Si parla tanto di merito. In Italia è riconosciuto?

«Le opportunità sono diminuite, anche in ambito accademico. L'offerta è debole, frammentata, non conosci i tempi. Per quanto la ministra Bernini, va detto, stia cercando di mettere ordine: almeno per i prossimi tre anni non solo ci saranno dei bandi, ma sappiamo quando e quali. Forse,



da ragazza, ho vissuto in un Paese in cui potevi affrontare un pezzo di vita per volta. Oggi i giovani temono di essere lasciati per strada. Però è un Paese che continua a sorprendermi. Nonostante tutto, ti dà la possibilità di lavorare bene per un po' di anni, con stipendi di dottorato da 1200 euro al mese, una vergogna, o stipendi da neolaureato da 1750 euro. Il problema è dopo: molti si spaventano, vanno all'estero o escono dal circuito».

Ha mai temuto di non farcela?

«Quando sono tornata dagli Stati Uniti. C'è stato un momento di rottura con la scienza, a un certo punto ho creduto che non fosse il mio lavoro, che non fossi adatta. Pazzesco a ripensarci».

Come lo ha superato?

«Il direttore del dipartimento, il professor Rodolfo Paoletti, per caso venne a sapere che volevo andarmene. Mi chiamò e sempre per caso risposi alla telefonata. Mi disse: "Lei non va da nessuna parte"».

Lei ama parlare di "scintille" per spiegare la sua passione per la scienza. Quali sono state?

«Essenzialmente due. La prima, all'università di Farmacia. Al penultimo anno, il docente di chimica, Edoardo Cesarotti, ci spiegò che la tesi sperimentale era l'unica possibilità per capire cosa significasse lavorare in un laboratorio di ricerca. Entrai in Recordati, pensavo: magari mi assumono. Lì ho capito che la scienza mi faceva vedere cose altrimenti invisibili».

In che modo?

«Studiavo come alcuni farmaci si legano ai recettori nel cervello. Preparavo omogenati di cervello animale, incubavo il farmaco radioattivo in replicati a diverse dosi. La cosa pazzesca che mi ha fatto scoppiare il cuore, è stata vedere i numeri che uscivano dal plotter uguali nei sei replicati e crescenti all'aumentare delle dosi. Non una prova, ma sei. Voleva dire che le mie mani avevano lavorato bene».

La seconda scintilla?

«Negli Stati Uniti. Mi trovavo nel laboratorio di un pioniere delle staminali, Ronald McKay. A un certo punto lui mi disse: "Domani viene una bravissima scienziata, Nancy Wexler, devi ascoltarla". Me la ricordo come se fosse oggi, Nancy, capelli biondi, una bella donna, in questa sala del MIT. Era a rischio Huntington: la mamma e i tre zii erano morti per il gene di quella malattia. Quando ha capito che avrebbe potuto svilupparla, come

poi effettivamente è accaduto, Nancy ha deciso di spendere la sua vita per trovare il gene. Mi ha colpito il suo racconto della scienza come un atto umanitario. Aveva reclutato ricercatori in giro per il mondo e li aveva portati in Venezuela. Aveva scoperto che sul lago Maracaibo,

per via della discriminazione che subivano, si era formata una comunità di malati».

Alla fine il gene è stato individuato.

«Era quasi impossibile riuscirci. Hanno raccolto sangue

da migliaia di persone, ricostruito l'albero genealogico della trasmissione della malattia mappando 18.000 individui e scoprendo che la fondatrice era una donna, Maria Conception Soto, vissuta nel 1850. Hanno poi estratto il genoma dal sangue, lo hanno tagliato con enzimi di restrizione e hanno cercato di identificare una banda che co-localizzasse con il fenotipo della malattia. Hanno impiegato 13 anni».

Qual è la sua "luna", il suo obiettivo principale nella ricerca?

«Capire come il gene di Huntington uccida i neuroni del cervello e trasformare le scoperte in una terapia. Abbiamo fatto grandi progressi».

Darete un contributo anche alla ricerca sul Parkinson?

«Una delle strategie che usiamo per l'Huntington è proprio sostituire i neuroni morti con nuovi neuroni. Generare in vitro neuroni partendo da staminali, per poi trapiantarle e vicariare quelli che sono degenerati. Nel Parkinson la strada è la stessa, ma i neuroni che muoiono sono differenti. Lavoriamo fianco a fianco, però i ricercatori del Parkinson sono avanti di dieci anni rispetto a noi. L'anno scorso sono stati pubblicati su Nature i primi risultati della sperimentazione clinica sull'uomo. Siamo ancora nella fase uno, con pochi

pazienti, però la cosa interessante è che dopo 24 mesi le cellule trapiantate sono ancora presenti, rilasciano dopamina».

Come si evita di cadere nel "mercato della speranza"?

«Bisogna dire sempre la verità. I ciarlatani non dicono la verità, usano il grimaldello immaginifico della staminale onnipotente per vendere illusioni. Mentre la medicina e gli scienziati sono obbligati a spiegare, a parlare dei fallimenti e dei rischi. La speranza è incompressibile, anche per il ricercatore, ma senza voli pindarici. Ciò che ci tiene a terra sono i dati, rovesciati sul tavolo e condivisi. Questa è la forza del gruppo. Il mercato della speranza non mette sul tavolo nessun dato, solo inganni».

Lei ha condotto una battaglia contro Stamina che per lungo tempo ha monopolizzato il dibattito nazionale.

«Ho lavorato sul caso Stamina nel 2013. Il mercato della speranza si era infiltrato in un ospedale pubblico, quello di Brescia. Si trattava di un ente non medico né scientifico che si era dato la denominazione di Stamina Foundation. L'intento era chiaro: usare la parola taumaturgica. Ma dov'è l'argine in queste situazioni? Nell'istituzione. E se l'istituzione non fa argine, sei fregato. L'ospedale di Brescia aveva aperto a Stamina per amicalità.

Da lì la speranza è cresciuta come un'onda ed è arrivata nelle piazze. Hanno occupato Montecitorio. E la politica, basandosi sul consenso e non sulla scienza, ha dato il via libera a un "atto medico" che la medicina non riconosceva come tale. È stato il peggior deragliamento della storia della medicina italiana, l'obiettivo era arrivare al Sistema sanitario nazionale».

Ha subito minacce o pressioni?

«Sì, per un paio di mesi ho avuto protezione».

Nell'agosto di quello stesso anno ricevette la chiamata del Quirinale.

«Ero in piena turbolenza per il caso



Stamina e nella mia testa ho pensato che la chiamata fosse legata a quello. Mi ricordo che era un venerdì. Mi sembrava inverosimile che il Presidente mi chiedesse conto delle mie posizioni, ma portai della documentazione a mia difesa. Napolitano, un uomo molto spiritoso e determinato, cominciò a parlare dei padri costituenti. Per mezz'ora sono rimasta in apnea, ma era impossibile che avesse sbagliato persona. Poi passò a Rita Levi Montalcini. Lei era scomparsa a dicembre, a maggio era venuto a mancare Andreotti. Napolitano mi disse: "Voglio nominare i nuovi senatori a vita, tra cui una scienziata attiva dentro e fuori il laboratorio". Mi sono immaginata che volesse dei nomi. E lui: "Ho pensato al suo, di nome".

In effetti fu un sorpresa.

«Sapeva tutto del gene antico. Sono rimasta di stucco, perché in effetti il gene dell'Huntington è comparso sulla terra un miliardo di anni fa, in un'ameba. Aveva studiato. E aggiunse: l'ultima cosa che voglio è togliere una risorsa alla ricerca. Mi ha chiesto di portare il mio lavoro e la scienza dentro il Senato della Repubblica italiana».

In questi 16 anni c'è riuscita?

«Questo Paese avrà sempre difficoltà con la scienza, l'innovazione e l'immaginarsi nel futuro. Siamo perennemente in pieno caso Stamina, che si tratti di staminali, vaccini o altro. E la religione ha un peso».

Lei tra l'altro è cattolica.

«Non so se lo sono, ci sono state un

po' di situazioni che mi hanno messo in rotta di collisione con la Chiesa. Proprio sulle staminali. Sono battezzata, nata in una famiglia cattolica, però mi sono allontanata. Ho dei dubbi sulla religione come dimensione vissuta politicamente. Ho sempre sofferto queste interferenze: anche sul fine vita, sulla legge 40».

Dunque la scienza è una grande incompresa?

«La raccontiamo male, dando l'impressione che sia un "jukebox" che produce risultati per incanto, come se uscissero dalla testa di Minerva, senza spiegare il coraggio, la fatica e i fallimenti che ci sono dietro. Non ci si frequenta tra scienza e politica, o ci si frequenta solo nelle emergenze, come durante il Covid».

La prospettiva di dover restare in politica per tutta la vita la preoccupa?

«No, ho sempre considerato la politica importante, uno strumento per migliorare le condizioni di un Paese. Se essere a vita significa stare in Parlamento fisicamente, come sono oggi, attiva, produttiva, sono disposta a farlo fino all'ultimo giorno».

E la sua famiglia come vive questo suo impegno su più fronti?

«Si è fatta coinvolgere. Ho due figli e li portavo da piccoli in laboratorio. Una ha studiato Medicina, la più grande, Francesca. Ora è a Londra, al Guy's Hospital, ma ha vissuto in Nuova Zelanda. Marco ha 27 anni, bocconiano:

lavora a Shanghai con Pirelli».

Le dispiace che abbiano lasciato l'Italia?

«Va bene così. Ma vorrei che ci fossero più opportunità qui per loro, come per tutti. Il mio sogno sarebbe avere un Paese e dei governi che accendano le scintille, le idee dei giovani, per farli sentire importanti e reclutati, non solo professionalmente ma anche come cittadini».

Qual è il successo che si sente cucito nel suo Dna?

«Human Technopole. Abbiamo cambiato un'operazione che doveva essere un'erogazione di 140 milioni all'anno per sempre a un nuovo ente, convincendo il Parlamento a organizzare i fondi con una quota intramurale per la loro ricerca, il 45%, e il 55% per creare piattaforme nazionali aperte al paese. Questo ha creato una concentrazione di tecnologie all'avanguardia, accessibili a tutti i ricercatori».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LA POLITICA E IL PAESE CONSIDERANO GLI SCIENZIATI UN JUKEBOX: VOGLIONO UN RISULTATO, NON PENSANO ALLA FATICA NAPOLITANO MI CHIESE DI PORTARE IL MIO LAVORO DENTRO IL SENATO SENZA RINUNCIARE AL LABORATORIO



A sinistra Elena Cattaneo, 63 anni, in laboratorio dopo la laurea. A destra con il presidente della Repubblica Napolitano che nel 2013 l'ha nominata senatrice a vita



Lucia Aleotti

“In Menarini più dipendenti donne che uomini Sono brave e competenti, niente quote rosa”

L'azionista del big del pharma e vice di Confindustria: “Per il caro-energia stop allo stabilimento a Firenze”

L'INTERVISTA

PINO DI BLASIO
FIRENZE

«Una multinazionale di famiglia come la Menarini può sfidare i colossi del Big Pharma solo grazie al merito e alla capacità delle persone. Anche per questo rivedo con orgoglio che per la prima volta nel 2025 le donne hanno superato i maschi tra i nostri dipendenti. Sul totale di 17.800 collaboratori il 50,7% è donna. Non sono state assunte per rispettare quote rosa o equilibri di genere. Sono state selezionate perché sono più brave e competenti». Lucia Aleotti, azionista di riferimento e membro del consiglio d'amministrazione del gruppo farmaceutico Menarini, celebra l'8 marzo enfatizzando il sorpasso femminile tra i dipendenti nei 18 stabilimenti, 9 centri di ricerca e varie sedi in 140 Paesi del mondo.

Perché è importante avere più donne nelle aziende?

«Oltre a rompere il tetto di cristallo e a cancellare le discriminazioni, la parità di genere è uno dei 17 obiettivi di sviluppo sostenibile dell'agenda Onu 2030. Il 50,7% è un numero che ci fa sorridere e ci inorgoglisce, è la prova che il gruppo Menarini crede nel merito ed esalta le competenze. Del resto, a parlarvi di bilancio sono due donne: io come azionista e membro del board, e la ceo al mio fianco, Elcin Ergun».

Che anno è stato per il gruppo?

«Nel 2025 abbiamo conti-

nuato a crescere in maniera solida, il fatturato è aumentato del 6%, attestandosi a quota 4,89 miliardi. Nonostante la svalutazione del dollaro, che ha inciso negativamente per circa 60 milioni, e nonostante le difficoltà in Ucraina e Turchia, abbia-

mo aumentato la produzione di 30 milioni di confezioni di farmaci. Oggi siamo a 905 milioni di scatole. Gli Stati Uniti sono diventati il nostro secondo mercato, con 501 milioni di fatturato. Siamo cresciuti anche in Cina, salendo a 177 milioni».

L'aumento delle vendite ha fatto crescere gli utili?

«L'Ebitda sarà in linea con l'anno scorso, tra i 440 e i 470 milioni di euro. Essere un'azienda di famiglia ci consente di reinvestire tutti i profitti per dare corpo alle strategie di crescita. Noi ci autofinanziamo, non chiediamo prestiti alle banche. E nel 2025 gli investimenti in ricerca e sviluppo sono saliti a 540 milioni di euro, 120 dei quali destinati a nuove tecnologie, all'intelligenza artificiale e alla cybersecurity».

Secondo lei è cambiata la geografia industriale del mondo, con l'ingresso prepotente di nuovi players, come i Governi.

«Prima la Cina, poi gli Stati Uniti, hanno sostenuto e proteggono le aziende nazionali, puntando al loro rafforzamento anche in nome della sicurezza nazionale. L'Europa deve ancora capire dove vuole andare, le aziende europee hanno bisogno di essere sostenute da politiche che le proteggano da concorrenze aggressive e le mettano in grado di com-

petere e affrontare sfide sempre più complesse».

Oltre a Cina e Usa non è preoccupata anche dall'instabilità e dall'aumento dei costi energetici?

«Lo spettro dell'aumento dei costi è ancora più allarmante per l'industria farmaceutica. Perché il prezzo dei farmaci è determinato dalle Autorità. Le imprese si trovano schiacciate tra prezzi di vendita bloccati e decisi dall'alto e costi sempre più insostenibili. Così aumentano i rischi di deindustrializzazione, di delocalizzazioni, di crisi».

Per Menarini cosa sta comportando l'aumento dei costi?

«Un'attenzione maggiore alle varie componenti. E soprattutto il temporaneo accantonamento del nostro nuovo stabilimento a Firenze. Abbiamo acquisito l'area della ex Longinotti, per creare un polo produttivo di dimensione europea, il più grande del gruppo. Purtroppo l'esplosione dei costi e la necessità di non rinunciare ai nostri investimenti strategici, ci ha imposto una pausa di riflessione. Rispetto ai 150 milioni previsti inizialmente, le previsioni di spesa sono quasi raddoppiate. Oggi servirebbero poco meno di 300 mi-



lioni per costruirlo».

Lei non critica mai Trump mentre bacchetta spesso l'Europa.

«Non ho il diritto di criticare un Paese sovrano, posso spronare l'Unione di cui sono parte. L'Europa è di fronte a un bivio: o soccombe ai dazi e agli attacchi, oppure mette al centro una politica industriale e compie un'inversione a U rispetto a ciò che ha fatto finora».

Continua a criticare la tassa Ue sulle acque reflue, che lei chiama la "tassa sulla pipì".

«La direttiva è stata appro-

vata, secondo Farindustria tedesca depurare le acque dei fiumi dai residui di farmaci costerà alle aziende 12 miliardi all'anno. Questa è politica anti-industriale, fa pesare sulle imprese costi straordinari e frena lo sviluppo di nuovi farmaci. Dieci anni fa Europa e Stati Uniti avevano lo stesso numero di brevetti farmaceutici, la Cina era indietro. Oggi l'Europa è al terzo posto».

Tocca al governo italiano recepire la direttiva?

«Ci sarà un'interlocuzione,

così come c'è per l'approvazione entro il 2026 del Testo Unico delle leggi sulla farmaceutica. Un testo che dovrà mettere ordine tra le oltre 700 norme del settore, eliminare leggi obsolete, rendere più equo l'accesso ai farmaci ed eliminare le differenze tra Regione e Regione». —

50,7%

La percentuale di lavoratrici all'interno di Menarini

Nel 2025 abbiamo continuato con una crescita solida e sostenibile. Siamo più forti negli Usa ma anche in Cina

Gli aumenti dei costi dell'energia sono allarmanti. C'è il rischio di delocalizzazioni e deindustrializzazioni



“

Lucia Aleotti

Azionista del gruppo Menarini e vicepresidente di Confindustria



Una delle tecniche di laboratorio durante una sessione di analisi

Otto marzo



Giornata della donna



Farmaci, il fatturato 2025 di Menarini accelera a quota 4,9 miliardi (+6,2%)

Industria

Lucia Aleotti: «Celebriamo i 140 anni con il sorpasso delle dipendenti donne su uomini»

Investimento di 14 milioni per il revamping della linea fiale nell'impianto di Firenze

Silvia Pieraccini

Il traguardo dei cinque miliardi di ricavi è ormai a un passo e la multinazionale del farmaco Menarini, quartier generale a Firenze e proprietà al 100% familiare, affronta l'ultimo miglio col piglio di uno scalatore prudente: «Nel 2025 siamo cresciuti del 6,2%, toccando i 4.887 milioni di euro di ricavi - ha spiegato ieri Lucia Aleotti, amministratore e azionista col fratello Alberto Giovanni, nel tradizionale incontro con la stampa a fianco della ceo Elcin Barker Ergun - con un Ebitda compreso tra 440 e 470 milioni (nel 2024 era stato 450 milioni, ndr)». Gli utili saranno, come sempre, totalmente reinvestiti in azienda. «È stato un anno soddisfacente, anche se abbiamo un po' di rammarico perché il tasso di cambio euro/dollaro ci ha fatto perdere, a livello consolidato, quasi 60 milioni di vendite», ha aggiunto Aleotti. L'export è all'81% e, dopo l'Italia, il mercato più importante è quello statunitense. Gli investimenti in tecnologie nel 2025 hanno toccato i 120 milioni, mentre quelli in ricerca e sviluppo sono saliti a 540 milioni (+8%).

Sul fronte del fatturato Menarini è cresciuta in tutte le aree storiche di attività, da quella cardiovascolare alla respiratoria fino al dolore, ed è cresciuta soprattutto nell'area di più recente sviluppo, quella dell'oncologia presidiata dall'azienda americana Stemline acquisita nel 2020, il cui fatturato è arrivato a 635 milioni di euro, di cui 500 milioni in

Usa. «L'area oncologica è cresciuta di 101 milioni di euro - ha sottolineato Aleotti - e ora ci aspettiamo una crescita importante anche sul mercato italiano, perché il nostro farmaco per il tumore al seno metastatico nei mesi scorsi è stato approvato dall'Aifa. Negli Stati Uniti peraltro abbiamo in corso numerosi studi per dare piena applicazione alle potenzialità terapeutiche». Il fatto che i farmaci oncologici siano prodotti negli Usa, ha ribadito Aleotti, mette il gruppo fiorentino al riparo dai dazi americani.

Nel 2026 Menarini festeggerà 140 anni di attività con nuovi investimenti e col sorpasso delle dipendenti donne (50,7%) sugli uomini (nel complesso gli addetti diretti sono 17.800 nel mondo). «Le nostre scelte sono basate esclusivamente sul merito - ha sottolineato Aleotti al Sole 24 Ore - e il sorpasso delle donne nella nostra ottica è un onore al merito. Dalle prime verifiche fatte, peraltro, gli stipendi di uomini e donne a parità di mansioni risultano perfettamente allineati».

Sul fronte manifatturiero il gruppo si appresta a investire 14 milioni di euro per il revamping della linea fiale, tra cui un nuovo impianto di riempimento in asepsi, nello stabilimento di Firenze, situato accanto al quartier generale nel centro città. Gli investimenti in ricerca, invece, si concentrano su una molecola, Obicetrapib, inibitore della proteina di trasferimento lipidico, che Menarini sta sviluppando insieme con l'azienda biofarmaceutica NewAmsterdam Pharma ed è diretta ai pazienti a rischio cardiovascolare che, nonostante il ricorso ai farmaci, non riescono ad abbassare il colesterolo "cattivo" sotto quota 55. Ad aiutare la progettazione di molecole ora c'è

anche l'intelligenza artificiale, attraverso la piattaforma Insilico.

Sulle previsioni per quest'anno Aleotti è cauta: «Guardiamo al 2026 con grande attenzione. In Cina, Paese che è tornato a crescere anche nel 2025, vediamo prospettive interessanti, ma l'impatto della guerra sul business ci sarà; è già scattato l'aumento delle assicurazioni sui trasporti, la prudenza su alcuni investimenti sarà maggiore. È difficile però dire oggi se i margini diminuiranno».

Aleotti, che è anche vicepresidente di Confindustria con delega al Centro studi, punta il dito sulla necessità che l'Europa sostenga le aziende farmaceutiche: «Sul mercato farmaceutico hanno fatto ingresso i Governi - ha spiegato - quello cinese era già nella partita, quello americano vi è entrato adesso. E l'Unione europea cosa fa? Invece di sostenere il settore sta studiando una tassa sulle acque reflue, o tassa sulla pipì, da far pagare alle aziende farmaceutiche perché i medicinali rilasciano nella pipì residui che finiscono nelle acque reflue e richiedono depurazione. La Confindustria tedesca ha stimato che la tassa valga 12 miliardi all'anno, il valore di dieci nuovi farmaci che non saranno sviluppati. Questo è l'opposto di una politica industriale».

Aleotti rimanda al mittente anche le notizie ricorrenti di crescita della spesa farmaceutica pagata dallo Stato: «Quella spesa in Italia è scesa da 12 a 8 miliardi di euro negli ultimi 20 anni - ha affermato - dire che sta crescendo è un falso enorme».

RIPRODUZIONE RISERVATA





Servizio Bilancio 2025

Menarini cresce in tutto il mondo e il fatturato vola a quota 4,88 miliardi (+6,2%)

Aleotti: “Siamo un’azienda prudente e solida ma l’Europa accompagna l’industria farmaceutica, non è questione di ricavi ma di indipendenza”. Più di metà dei 17.800 dipendenti è donna

di Ernesto Diffidenti

7 marzo 2026

Il fatturato 2025 del gruppo farmaceutico Menarini ha raggiunto quota 4,887 miliardi di euro di (+6,2% rispetto al 2024), con un Ebitda che si assesta fra 440 e 470 milioni, in linea con i 450 milioni dei dodici mesi precedenti. Lo ha detto Lucia Aleotti, azionista e membro del Board di Menarini, durante la conferenza stampa a Firenze di presentazione dei dati finanziari del Gruppo, che celebra i 140 anni di attività, aggiungendo che l’81% del fatturato deriva dai mercati esteri, il restante 19% dall’Italia. “Il gruppo è prudente e solido – ha sottolineato Aleotti – con una crescita sostenuta nei mercati occidentali, in particolare negli Stati Uniti con la molecola elacestrant autorizzata per il tumore metastatico al seno. E avrebbe potuto essere ancora più consistente senza l’indebolimento del dollaro che ha pesato per 60 milioni tra Nord, Centro e Sud America”. Menarini cresce anche in Cina, dove ha faticato negli ultimi anni, negli Emirati e nel Sud Est asiatico “lasciando ben sperare per il 2026 al netto degli sviluppi della crisi in Medio Oriente”.

Vendute 905 milioni confezioni di farmaci

Complessivamente in tutto il mondo Menarini ha venduto 905 milioni confezioni di farmaci, 30 milioni in più rispetto allo scorso anno. “Anche i nostri investimenti in ricerca e sviluppo sono in crescita – ha aggiunto Aleotti -: nel 2024 sono stati 500 milioni, nell’anno che si è chiuso sono saliti a 540 milioni e questo indica la nostra determinazione a proseguire sulla strada dell’innovazione attraverso il reinvestimento totale degli utili”. Circa 120 milioni sono stati investiti in tecnologia, compresa la cybersecurity. Menarini è presente in 140 Paesi attraverso filiali, distributori e licenziatari, con 18 stabilimenti produttivi prevalentemente in Europa. “E per la prima volta – ha sottolineato Aleotti – più della metà dei nostri 17.800 dipendenti è donna”.

Nello stabilimento di Firenze, sede storica del gruppo è stato recentemente dato il via libera a un nuovo investimento nel reparto fiale per la ristrutturazione e l’acquisizione di una nuova linea in asepsi. “Crediamo fortemente alla nostra fiorentinità - ha evidenziato Aleotti - quindi anche se siamo letteralmente a 500 metri in linea d’aria dal Duomo di Firenze spingiamo per questo investimento per rendere anche questo stabilimento sempre più efficiente e al passo con i tempi. Si tratta di 14-15 milioni di euro”.

“Noi vogliamo creare un’azienda ammiraglia in oncologia - ha aggiunto la Ceo Elcin Barker Ergun - un’azienda innovativa: ma l’Europa ci deve accompagnare e non soccombere alla guerra per la leadership tra Usa e Cina”.

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA

L'Europa cambi rotta sulle politiche anti-industriali

E proprio sui mercati internazionali, al momento instabili, si gioca il futuro dell'industria farmaceutica. "Accanto ai competitor tradizionali nel campo farmaceutico ora si sono schierati i governi, a partire da Stati Uniti e Cina - ha sottolineato ancora Aleotti -. Per questo l'Unione europea deve fermare le politiche anti-industriali e sostenere la competitività che non è legata solo ai fatturati ma anche all'indipendenza delle nostre economie". Nel mirino sono finite le nuove norme Ue sui brevetti farmaceutici e la direttiva sulle acque reflue. "Andrebbe aumentata la durata della proprietà intellettuale in Europa – ha spiegato Aleotti - perché nella farmaceutica la proprietà intellettuale è l'incentivo numero uno per l'industria a investire in ricerca e sviluppo, ed è anche ciò che consente il ritorno degli investimenti, per cui gli investimenti crescono ancora aumentando le terapie innovative per i pazienti". La direttiva sulle acque reflue, invece, viene definita "una tassa sulla pipì" perché costringe le industrie farmaceutiche a depurare i fiumi per i residui farmaceutici espulsi dai pazienti. "Secondo Farmindustria tedesca – ha detto – il costo è pari a 12 miliardi di euro l'anno. Considerando che per lo sviluppo di un farmaco serve un investimento di circa 1,2 miliardi, questo significa dieci farmaci che ogni anno non verranno sviluppati".

Il Consiglio di Stato ferma il payback

«Ossigeno per le aziende in crisi»

Stop al meccanismo introdotto per contenere la spesa sanitaria, bloccate eventuali iniziative delle Regioni
L'associazione fornitori ospedalieri della Confcommercio regionale esulta: «Congelati effetti devastanti»

di **Monica Pieraccini**

FIRENZE

Il Consiglio di Stato ha sospeso fino al 24 settembre 2026 gli effetti delle sentenze del Tar del Lazio sul cosiddetto payback dei dispositivi medici, concedendo una pausa alle aziende fornitrici del settore sanitario che da mesi vivono una fase di forte incertezza economica. La decisione riguarda i decreti attuativi del meccanismo introdotto per contenere la spesa sanitaria e blocca temporaneamente eventuali iniziative delle Regioni finalizzate a compensare i debiti con i crediti vantati dalle imprese fornitrici. In altre parole, fino alla prossima udienza di merito, le aziende non dovranno restituire le somme richieste attraverso questo sistema.

«**I provvedimenti** del Consiglio di Stato rappresentano senza dubbio una boccata d'ossigeno per le aziende del comparto, in Toscana rappresentato da 300 società e 7.900 posti di lavoro che negli ultimi mesi hanno vissuto una fase di forte incertezza e pressione finanziaria», dichiara

ra Massimo Rambaldi, presidente di Asfo, l'Associazione fornitori ospedalieri di Confcommercio Toscana.

«**Pur nella consapevolezza** che la sospensiva non entra nel merito della questione – aggiunge Rambaldi – si tratta di un segnale importante che consente di congelare, almeno temporaneamente, effetti potenzialmente devastanti. Il nostro obiettivo resta però il superamento di una norma che riteniamo iniqua e strutturalmente penalizzante per le imprese del settore dei dispositivi medici». «Continueremo a lavorare in tutte le sedi istituzionali» conclude il presidente di Asfo - affinché si arrivi ad una soluzione definitiva che tuteli le aziende e garantisca stabilità al sistema sanitario nazionale».

Secondo le stime di Confcommercio Toscana nella regione le circa trecento imprese presenti rappresentano il sette per cento del valore nazionale del comparto e il 92 per cento di queste è costituito da micro, piccole e medie imprese. Il payback, secondo l'associazione di categoria, potrebbe portare al fallimento molte di queste aziende, con

un impatto diretto su circa 7.900 lavoratori occupati nel comparto regionale, con un valore della produzione di 680 milioni di euro, una cifra pari al 9,3 per cento del totale di tutta la produzione nazionale.

Il payback dei dispositivi medici nasce nell'ambito delle politiche di spending review applicate alla sanità pubblica. Il principio è simile a quello già previsto per il settore farmaceutico: quando la spesa regionale per dispositivi medici supera il tetto fissato dallo Stato, una parte di quello sfioramento deve essere rimborsata dalle aziende fornitrici. Un meccanismo pensato per contenere i costi della sanità pubblica ma contestato dalle imprese, che denunciano il rischio di dover restituire somme legate a decisioni di acquisto prese dalle stesse amministrazioni sanitarie.

Intanto, Conflavoro Pmi Sanità, tra le principali associazioni del medtech italiano, ha inviato una diffida a tutte le Regioni e Province autonome chiedendo di sospendere immediatamente ogni azione di recupero del credito legato al payback dispositivi medici e ogni compensazione a danno delle imprese fornitrici del Servizio sanitario nazionale. Lo rende noto in un comunicato.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

SUI DISPOSITIVI MEDICI

Se si supera il tetto di spesa regionale, impone alle aziende di ripianare parte dello sfioramento



Focus

Il payback dei dispositivi medici è un meccanismo che impone alle aziende fornitrici di rimborsare il 50% dei costi eccedenti il tetto di spesa regionale per l'acquisto di dispositivi (es. macchinari, protesi, mascherine). Introdotto per coprire i buchi di bilancio regionali, agisce in modo retroattivo, mettendo a rischio il comparto.

I punti chiave:

Funzionamento: se una regione spende per i dispositivi medici più del limite stabilito (tetto di spesa), le aziende fornitrici devono restituire la metà dell'eccedenza.

Criticità: la misura è fortemente contestata dalle imprese del settore, che la ritengono un "esproprio" su fatturati già ridotti da gare pubbliche, con rischi di fallimento per le piccole e medie imprese e carenza di materiali negli ospedali.



Servizio Lo studio

Alzheimer, la nuova via dalla proteina spazzino che ripulisce i neuroni

Scoperto meccanismo difensivo naturale che permette di eliminare l'“immondizia invisibile”. Individuato anche un ruolo per i mitocondri cellulari

di Federico Mereta

7 marzo 2026

Come in una grande città. Nel nostro organismo, se si blocca la raccolta dei rifiuti, questi si accumulano. Se la mancata pulizia interessa le cellule nervose, ovviamente, si possono avere ripercussioni. Ed allora? Allora conviene affidarsi a chi, naturalmente, aiuta alcuni neuroni ad eliminare la proteina tau, legata alla malattia di Alzheimer e ad altre patologie neurodegenerative. La proteina “spazzino” viene prodotta in seguito alle istruzioni presenti nel DNA, legate ad gene che, a sua volta, stimola la produzione di una sorta di “etichetta” proteica invisibile (CRL5SOCS4) per la tau.

Grazie a “tag” molecolari, quindi, la proteina nociva viene indirizzata verso il sistema di smaltimento dei rifiuti della cellula per la degradazione e l'eliminazione. Il meccanismo funziona solo in alcuni neuroni, che appunto sopravvivono più a lungo rispetto ad altri. ed in futuro questa proteina potrebbe diventare un obiettivo per nuove terapie mirate nei confronti della “nebbia” che progressivamente pervade il cervello in caso di malattia di Alzheimer, legata anche alla proteina tau.

A far ipotizzare questo percorso, identificando anche altri meccanismi invisibili di “pulizia” neuronale, è una ricerca apparsa su Cell (primo autore Avi Samelson) e condotta dagli esperti dell'Università della California di Los Angeles e San Francisco.

Analisi del DNA

Lo studio è partito da uno screening genetico su neuroni umani coltivati in laboratorio effettuato con le “forbici” del DNA basate sulla tecnologia CRISPR, al fine di mappare i sistemi interni che controllano l'accumulo di tau all'interno delle cellule cerebrali. Gli aggregati che si formano come grovigli neurofibrillari all'interno delle cellule nervose col tempo causano la morte dei neuroni, favorendo l'insorgenza di patologia come appunto l'Alzheimer, la demenza frontotemporale o altre malattie caratterizzate da neurodegenerazione.

“Abbiamo voluto capire perché alcuni neuroni sono vulnerabili all'accumulo di tau mentre altri sono più resilienti – è il commento in una nota per la stampa dell'ateneo di Samelson. Esaminando sistematicamente quasi tutti i geni del genoma umano, abbiamo trovato sia percorsi attesi che vie totalmente inaspettate che controllano i livelli di tau nei neuroni”, L'analisi dei ricercatori in particolare ha valutato i geni che potrebbero favorire l'accumulo di tau disattivando singoli geni per vedere come ciascuno di essi influenzasse l'aggregazione tossica della tau.

Ed ha evidenziato un complesso proteico, CRL5SOCS4, legato appunto al gene omonimo tra i più di 1.000 esaminati, che agisce legando marcatori chimici alla tau, segnalando quindi al meccanismo di riciclo cellulare di distruggerla. Va detto che esaminando il tessuto cerebrale di persone con malattia di Alzheimer gli studiosi hanno aggiunto un ulteriore tassello alle conoscenze, scoprendo che i neuroni con livelli più elevati di componenti di CRL5SOCS4 avevano maggiori probabilità di sopravvivere, nonostante l'accumulo di tau. Proprio questa osservazione apre le speranze per il futuro.

L'ipotesi di lavoro è che potenziando questo percorso naturale di purificazione potrebbe costituire la base di nuove terapie per le malattie neurodegenerative.

Il ruolo dei mitocondri

Ad ulteriore corollario dello studio, si è anche scoperto un ulteriore aspetto legato alla tossicità della proteina tau, associato ai mitocondri, centrali di produzione di energia della cellula. Alterando queste unità energetiche le cellule coinvolte hanno iniziato a produrre specifico frammento di tau di circa 25 kilodalton, che corrisponde strettamente a un biomarcatore rilevato nel sangue e nel liquido spinale dei pazienti affetti da Alzheimer, noto come NTA-tau.

“Questo frammento di tau sembra essere generato quando le cellule subiscono stress ossidativo, comune nell'invecchiamento e nella neurodegenerazione – è il commento di Samelson. Abbiamo scoperto che questo stress riduce l'efficienza del proteasoma, la macchina cellulare per il riciclo delle proteine, inducendolo a elaborare in modo improprio la tau”. Anche questo aspetto appare di grande importanza in chiave di sviluppo di trattamenti futuri: in laboratorio si è visto infatti che questo frammento di tau alterato modifica il modo in cui le proteine tau si raggruppano, il che potrebbe influenzare la progressione della malattia.

Non solo: se l'aumento dell'attività di CRL5SOCS4 potrebbe aiutare i neuroni a eliminare la tau in modo più efficace, proteggere i mitocondri nei periodi di stress cellulare potrebbe ridurre la formazione di frammenti di tau dannosi.



Servizio La Società per lo studio delle cefalee

Mal di testa: il 75% dei casi sotto controllo grazie ai nuovi farmaci

L'Organizzazione mondiale della Sanità l'ha definita come la malattia più disabilitante al mondo nella fascia d'età che va dai 20 ai 50 anni

di Francesca Indraccolo

6 marzo 2026

Il 75% dei pazienti che fanno uso dei nuovi farmaci per il trattamento dell'emicrania riescono a tenere la patologia sotto controllo senza particolari effetti collaterali e a trovare finalmente sollievo da una malattia che ha un forte impatto sulla qualità della vita. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), infatti, l'ha definita come la malattia più disabilitante al mondo nella fascia d'età che va dai 20 ai 50 anni. Benché in Italia ne soffrano almeno 9 milioni di persone, non tutte necessitano delle terapie innovative oggi disponibili, ma tutte devono essere inquadrare correttamente da un punto di vista diagnostico perché la sintomatologia non venga sottovalutata, riservando così l'accesso alle cure più innovative a chi ne ha bisogno, e per evitare anche un pericoloso "fai da te".

Il tema è stato trattato nell'ambito della SISC Headache Academy, tenutasi a Firenze il 27 e 28 febbraio, in occasione del cinquantennale della Società Italiana per lo Studio delle Cefalee (SISC). I risultati della ricerca degli ultimi decenni e studi pubblicati sulle più importanti riviste scientifiche di rilievo mondiale convergono sul fatto che le nuove molecole con anticorpi monoclonali o gepanti (come compresse orali), che bloccano l'azione del CGRP (calcitonin gene related peptide), che dilata le arterie e produce un dolore prolungato, sono efficaci e anche molto sicure.

Il cambiamento radicale nelle terapie

Si tratta di una vera e propria rivoluzione nelle terapie, frutto di una medicina di precisione e sempre più personalizzata. "I farmaci anti-CGRP - spiega il professor Pierangelo Geppetti, presidente emerito della SISC - non penetrano nel sistema nervoso centrale e agiscono bloccando selettivamente la via di segnale del dolore emicranico senza interferire su altri meccanismi e quindi senza quegli effetti collaterali che scoraggiavano molti pazienti dall'utilizzo dei farmaci non specifici finora disponibili". Prima delle scoperte che hanno portato ai farmaci anti-CGRP, venivano infatti utilizzate molecole già usate per altre patologie, come antipertensivi, vecchi antidepressivi o antiepilettici che, in quanto non specifici per l'emicrania, provocavano numerosi effetti indesiderati e mostravano un'efficacia parziale.

I progressi dagli anni '70 a oggi

Da un confronto con le armi a disposizione contro il mal di testa negli ultimi decenni e quelle utilizzabili oggi, è evidente la differenza di opzioni terapeutiche. Cinquant'anni fa i farmaci specifici per trattare l'emicrania erano solo due ed efficaci nel 20-30% dei casi rispetto ai 15 disponibili oggi, grazie ai quali si possono trattare con successo il 70-80% per cento dei pazienti.

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA

“La possibilità di poter curare una malattia molto invalidante e che dura decenni è di estrema importanza. Bisogna ricordare che nel 70% dei casi si tratta di donne giovani, che soffrono di emicrania dall'infanzia o dall'adolescenza fin verso i 50-60 anni, quando la patologia tende a regredire spontaneamente. Questa però è proprio la parte della vita in cui la paziente deve affrontare i compiti familiari, professionali, sociali ed esistenziali più importanti”, ha ricordato il professor Geppetti. Purtroppo, in molti casi la severità dell'emicrania è tale che ragazzi e bambini a volte smettono di studiare, alcuni pazienti sono costretti a cambiare lavoro o addirittura ad abbandonare l'attività lavorativa.

“Negli anni '90 la scoperta dei triptani ha rappresentato il primo passo verso una terapia specifica - ha spiegato la professoressa Marina De Tommaso, presidente della SISC. Sono molto efficaci, ma possono essere usati solo come trattamento acuto del singolo attacco e talvolta non sono ben tollerati, specie nei pazienti con problemi cardio o cerebro-vascolari. Sebbene, a oggi, nessun farmaco può far guarire dall'emicrania, che ha una base genetica ancora non nota e probabilmente multifattoriale, possiamo però prevenire la malattia con terapie efficaci ma, considerando che i trattamenti possono essere molto prolungati, soprattutto molto sicure”.

Cure sempre più mirate e personalizzate

Dopo cinque anni dall'introduzione dei farmaci anti-CGRP questa rivoluzione è in pieno svolgimento, come si vede dai dati di pratica clinica. “Un tempo, dopo un anno dall'inizio della terapia con antipertensivi, antiepilettici o vecchi antidepressivi solo il 20% dei pazienti rimaneva in trattamento - ha aggiunto il professor Geppetti -, mentre l'80% sospendeva le cure perché non otteneva risultati o lamentava eccessivi effetti collaterali e iniziava la ricerca di una soluzione in altri centri cefalee. Oggi la maggior parte dei pazienti resta in trattamento con soddisfazione. E questo è avvenuto proprio perché è stato scoperto il meccanismo che genera il dolore e gli altri sintomi dell'emicrania. Per quel 20% di pazienti resistenti a queste terapie stanno emergendo nuove opzioni sempre più specifiche e personalizzate come gli anticorpi anti PACAP o l'aumento del blocco della via di segnale del CGRP con la combinazione di anticorpi monoclonali e gepanti”.

Costi e accesso alle cure

Un paziente che per un anno assume un farmaco anti-CGRP costa al sistema sanitario dai mille ai 1.500 euro. “Questo costo dovrebbe essere sostenibile almeno per quei pazienti, soprattutto giovani donne, affetti dalla forma più severa e disabilitante di emicrania, cioè l'emicrania cronica. Un risultato per un limitato gruppo di pazienti, ma dal quale purtroppo siamo ancora molto lontani”, ha sottolineato il professor Geppetti. “Dobbiamo anche tener presente – ha concluso la professoressa De Tommaso – che un paziente che soffre di attacchi molto frequenti andrebbe inviato dal medico di Medicina Generale a un Centro Cefalee per una presa in carico specialistica. Il relativo aumento dei costi per terapie specifiche sarà controbilanciato da un aumento della loro qualità della vita”. L'accesso alle cure, in sostanza, non deve rappresentare solo una voce di bilancio, peraltro compensata dalla diminuzione delle assenze dal lavoro e di altri costi sociali, ma un vero imperativo etico.



Servizio RespiVirNet

Influenza: la stagione si avvia al capolinea ma attenzione ai più piccoli

Palamara (Iss): contagi in linea con gli ultimi due anni, picco anticipato ma nessun aggravamento dei sintomi. I vaccini sono risultati efficaci

di Ernesto Diffidenti

6 marzo 2026

Continuano a diminuire le infezioni respiratorie acute che nella settimana dal 23 febbraio al 01 marzo hanno contagiato 7,5 casi persone su 1.000 assistiti. “La stagione influenzale di quest’anno si avvia ad essere di intensità paragonabile alle due precedenti - afferma Anna Teresa Palamara, che dirige il Dipartimento di malattie infettive dell’Istituto superiore di sanità - anche se per alcune settimane avremo ancora un numero significativo di casi soprattutto tra i più piccoli”.

Secondo i dati RespiVirNet, appena pubblicati dall’Iss, sono stimati circa 406mila nuovi casi negli ultimi sette giorni, con un totale dall’inizio della sorveglianza di circa 12,6 milioni di contagi influenzali. In pratica ha preso l’influenza un italiano su cinque. L’incidenza più elevata si osserva nella fascia di età 0-4 anni, con circa 30 casi per 1.000 assistiti, ma anche in questa fascia d’età c’è una lieve diminuzione rispetto alla settimana precedente (31). L’intensità è bassa nelle Provincie di Trento e Bolzano, in Friuli, Emilia Romagna, Marche, Abruzzo, Campania, Puglia, Sardegna e Basilicata e a livello basale in tutte le altre regioni.

Picco anticipato ma nessun sintomo grave

“Dal punto di vista virologico - continua Palamara - l’emergere del subclade K del ceppo H3N2, la cosiddetta ‘variante K’ ha probabilmente portato ad un anticipo del picco, come avvenuto in altri paesi europei, ma al momento non sono emersi segnali che abbia avuto un effetto anche sulla gravità dei sintomi. Lo dimostrano ad esempio i dati del flusso ospedaliero, dove non si è mai registrata una netta preponderanza di ricoveri per questa variante. In generale anche per questa stagione si conferma la validità delle raccomandazioni sulla vaccinazione, con la maggior parte dei casi di influenza grave e complicata che ha riguardato persone non vaccinate, come provato anche dai primi studi appena pubblicati”.

Tra i virus respiratori circolanti, i valori di positività più elevati sono stati rilevati per Rhinovirus, VRS, e Metapneumovirus. Nel flusso ospedaliero, tra i virus respiratori i tassi di positività più elevati sono stati rilevati per Rhinovirus, VRS e Metapneumovirus.

Su Eurosurveillance le prime stime dell’efficacia del vaccino

E cominciano ad arrivare anche i risultati dei primi nove studi preliminari condotti dai ricercatori dell’European IVE group, di cui fa parte anche l’Iss, pubblicati su Eurosurveillance, secondo cui “l’efficacia del vaccino antinfluenzale utilizzato in questa stagione è stata più alta di quanto atteso,

e i dati confermano la validità delle raccomandazioni sulla vaccinazione nelle popolazioni per cui è prevista”.

Le ricerche, i cui risultati sono stati utilizzati per la formulazione del vaccino per la prossima stagione, hanno analizzato complessivamente i dati di 16 paesi europei. In alcuni di questi, Italia compresa, la stagione è iniziata precocemente, con i virus del ceppo A che sono risultati predominanti, con la cosiddetta ‘variante K’ che è risultata la più rappresentata. “Questa variante è molto diversa dal virus incluso nel vaccino – si legge nell’articolo - e questo poteva far pensare alla possibilità che potesse aggirare la protezione immunitaria”. I valori di efficacia trovati dagli studi sono stati invece paragonabili a quelli delle stagioni passate. “In una stagione dominata dall’influenza A(H3N2), i risultati dei nove studi europei indicano una efficacia da bassa a moderata – scrivono gli autori - con l’immunizzazione che ha prevenuto da un terzo a metà degli effetti dell’infezione tra le persone vaccinate. L’efficacia in generale è risultata più alta nei bambini che negli adulti”.

Partono i controlli sui conti della sanità Strategia salva-bilancio, pressing sui manager

Lettera dei due assessori Morich e Nicolò ai direttori generali
Il Pd: «Bisogna investire meglio le risorse a disposizione»

Guido Filippi

La Regione alza il livello dei controlli sui conti della sanità ligure e marca stretto i manager per evitare, come accade puntualmente nell'ultimo trimestre, di scoprire che il disavanzo è nettamente superiore alle previsioni come succede da anni, compreso il 2025. Da gennaio ci sono meno aziende, c'è solo una super Asl, ma uno degli obiettivi della riforma è monitorare i conti delle aziende, gestite direttamente o collegate, come il Gaslini e il Galliera che sono autonome ma rientrano nel riparto regionale e ricevono i fondi messi a bilancio.

Così l'altro giorno, su indicazione del presidente Marco Bucci, si è messa in moto la macchina ed è partita la prima lettera ufficiale firmata dai due assessori competenti - Claudia Morich per il Bilancio e Massimo Nicolò per la Sanità - indirizzata alla direttrice generale dell'azienda ospedaliera metropolitana (Aom) Monica Ca-

lamai, al direttore generale dell'Azienda tutela della salute Liguria (Atsl) Marco Damonte Prioli, Francesco Quaglia del Galliera e Renato Botti del Gaslini.

Una decina di righe per spiegare la strategia salva-bilancio che è stata vista con favore anche dal commercialista Santiago Vacca, che nelle ultime settimane si è trovato in disaccordo con il direttore del dipartimento Salute Paolo Bordon. «Su indicazione del presidente della giunta - si legge nella lettera - viene attivato un percorso di monitoraggio periodico dei conti economici finalizzato alla necessità di segnalare eventuali interventi correttivi nella gestione della spesa che, in aggiunta a interventi di natura strutturale e organizzativa, possano consentire il raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario».

La comunicazione, seguita da una nota esplicativa, si conclude con un invito a rispettare i tempi di consegna: i bilanci parziali devono essere inviati entro quin-

dici giorni dalla chiusura del trimestre».

L'assessore regionale alla Sanità parla di un nuovo modello organizzativo e sottolinea: «Abbiamo avviato un percorso di pianificazione delle azioni necessarie per garantire la sostenibilità economica, attraverso una gestione delle risorse. L'obiettivo è quello di continuare a tutelare la qualità e l'efficienza dei servizi sanitari, individuando soluzioni concrete che consentano di coniugare equilibrio di bilancio e piena risposta ai bisogni di salute».

La marcatura stretta dei direttori generali sui conti è criticata da Katia Piccardo, consigliera regionale e responsabile sanità per il Pd. «Si continua ad avere più attenzione a fare cassa rispetto a cercare di risolvere i bisogni e i problemi concreti con cui i liguri ogni giorno sono costretti a fare i conti. Anziché minacciare maggiori controlli, la regia politica dovrebbe finalmente investire meglio le risorse a disposizione». —



Quando l'arte diventa una medicina

di **MADDALENA MESSERI**

Dopo la seduta di chemioterapia il signor Giulio ha messo una X sulla faccina che sorride nel questionario del Fatebenefratelli. Lo ha fatto dopo aver indossato per quasi un'ora un visore di

realtà aumentata: mentre nel corpo scorrevano i farmaci antitumorali, lui si è immerso in un tour virtuale, camminando nelle Terme di Caracalla, ricostruite come al tempo degli antichi romani.

➔ a pagina 9



Un paziente con un visore

LA STORIA

Con una passeggiata dentro l'archeologia l'arte diventa medicina

Il progetto condotto da Isola Tiberina-Gemelli e Coopculture: visori durante le chemioterapie e visite nei siti archeologici

di **MADDALENA MESSERI**

Dopo la seduta di chemioterapia il signor Giulio ha messo una X sulla faccina che sorride nel questionario del Fatebenefratelli. Lo ha fatto dopo aver indossato per quasi un'ora un visore di realtà aumentata: mentre nel corpo scorrevano i farmaci antitumorali, lui si è immerso in un tour virtuale, camminando nelle Terme di Caracalla, ricostruite come al tempo de-

gli antichi romani. Sale maestose, statue e pavimenti in marmi policromi: un'evasione nella meraviglia che non solo aiuta il cervello a distrarsi ma addirittura riesce ad abbassare del 15% i livelli di tossicità della chemio rispetto agli altri pazienti.

In sole due settimane questo protocollo sperimentale sta già riscuotendo molte adesioni e punta a confermare un princi-

pio: l'arte aiuta a guarire. Non una velleità ma una teoria scientifica su cui il professor Vincenzo Valentini, direttore del Centro di Oncologia all'Ospedale Isola Tiberina, punta da anni: «I pa-



zienti, dei terremotati esistenziali, ci fermano, ci ringraziano, c'è un impatto relazionale diretto». Con i dieci visori arrivati in reparto, grazie ad un accordo con CoopCulture – la cooperativa che per molti anni ha gestito la biglietteria del Parco del Colosseo – la terapia diventa anche un appuntamento con la storia. «Prendersi cura è anche riattivare nel paziente una relazionalità e una speranza: chi ha la casa crollata, non può fermarsi a guardare le macerie. Deve reagire e l'arte è uno strumento fondamentale, aiuta a credere ancora nella vita».

Il protocollo, oltre ai visori, prevede anche delle gite in luoghi simbolici di Roma, come Castel Sant'Angelo, Galleria Corsini e il Celio, come ci spiega Valentini: «La paura più grande è quella del morire soffrendo. Abbiamo capito che per aiutare i malati a superare la disperazione ci vuole la bellezza e una narrazione che parli del superamento degli ostacoli. Ad esempio al Colosseo le guide interpretavano i gladiatori nell'arena, raccontandone il terrore. Poi ci hanno fatto passare dalla porta di chi aveva vinto i giochi: i pazienti uscivano fuori in lacrime. Alla

sofferenza bisogna sempre dare una direzione, trasformarla».

Anche i dati sulla sopravvivenza dei pazienti con il cancro fanno ben sperare: se prima sopravviveva il 55%, ora il tasso è salito a due pazienti su tre. «È un fiume carsico e la nostra sfida è quella di arrivare alla prescrivibilità dell'arte, con la ricetta bianca per entrare nei musei».

Continua Valentini: «Abbiamo monitorato un gruppo di pazienti operati per glioblastoma – e ci mostra un grafico desolante sul tumore al cervello – In 24 mesi ne sono morti il 63%, ma un gruppo, il 25%, ha vissuto il doppio. Erano gli stessi che nel test internazionale "di spiritualità e resilienza" – che non è legato alla religione ma a quanto una persona sia coerente con i propri valori, a chi dà un

senso alla propria vita – avevano un punteggio più alto». Quindi chi ha un atteggiamento unitario anche con una malattia terribile ha più probabilità di sopravvivere.

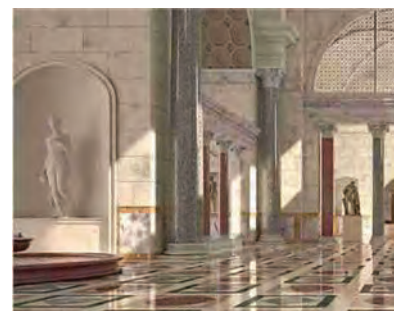
A questo si unisce la resilienza, il trasformare le cose negative in positive. «Non sapete in quanti mi dicono "questa malattia mi ha fatto capire quello che conta davvero" e questo approccio lo possiamo riattivare anche in chi non ce l'ha grazie alla meraviglia».

E saluta raccontando che di tutte le canzoni al festival di Sanremo ha

apprezzato quella di Angelica Bove, "Mattoni", citandone una frase: «Dicono che porto un peso, che per me è un mattone, ma un mattone serve a costruire». Proprio come insegna ai suoi pazienti.



Vincenzo Valentini, direttore del centro di Oncologia. A destra, Caracalla



OSTETRICIA

**Intervento record su una neonata
rimossa malformazione alla testa**

Le è stata asportata una massa grande quasi quanto la testa: era attaccata alla parte sinistra della fronte e rischiava di deturpare, con il volto della neonata, la sua stessa vita. Ora, dopo un intervento mirato eseguito sulla mamma durante la nascita e un altro post partum per la piccola, l'escrescenza è stata asportata donando alla bambina un avvio all'esistenza nelle condizioni migliori. È accaduto al

policlinico Gemelli, dove il consulto e l'affiatamento tra specialisti di aree diverse, dall'Ostericia alla Patologia ostetrica, dalla Terapia intensiva neonatale, alla Psicologia, hanno permesso la buona riuscita dei trattamenti, non solo chirurgici.

— **C. P.**



LA TRAGEDIA DEL PICCOLO DOMENICO

«Clima insostenibile nei reparti»

Il Monaldi respinge le accuse dei medici e degli infermieri

*Nelle lettere gli operatori sanitari denunciavano le difficoltà lavorative
L'azienda ospedaliera: «Adottati provvedimenti dopo le segnalazioni»*

... «Uno stillicidio di notizie che rischia di delegittimare l'operato di un intero ospedale». È il rischio che evidenzia la Direzione generale dell'Azienda Ospedaliera dei Colli, alla quale affrisce l'ospedale Monaldi di Napoli, il nosocomio in cui è stato eseguito il trapianto di un cuore danneggiato al piccolo Domenico, il bambino di due anni morto il 21 febbraio scorso.

La nota è stata diffusa a seguito delle due lettere-denuncia firmate a gennaio scorso da infermieri, operatori e tecnici, che denunciavano il clima «insostenibile» all'interno del reparto di cardiocirurgia dell'ospedale partenopeo. La Direzione generale chiarisce che le segnalazioni del personale sono state trasmesse alla Medicina del Lavoro e all'ufficio procedimenti disciplinari, che ha adottato «provvedimenti cautelari di sospensione dal servizio e dall'incarico differenziando le posizioni dei medici coinvolti». «A seguito del tragico evento del 23 dicembre 2025, so-

no pervenute diverse comunicazioni da parte del personale del comparto impegnato nelle attività di sala operatoria dell'Unità Operativa Complessa di Cardiocirurgia pediatrica e delle Cardiopatie congenite. Tutte le segnalazioni, unitamente alle richieste di trasferimento presentate da alcuni operatori, sono state immediatamente trasmesse alla Medicina del Lavoro e al responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione affinché venisse valutata la possibile correlazione con situazioni di stress lavorativo, anche in relazione al tragico evento verificatosi», si legge nella nota dell'Azienda Ospedaliera. Che poi prosegue: «È utile sottolineare che gli stessi atti sono stati contestualmente trasmessi all'Ufficio Procedimenti Disciplinari che, all'esito di una valutazione complessiva dei fatti e dei comportamenti

successivamente tenuti, ha ritenuto di adottare provvedimenti cautelari di sospensione dal servizio e dall'incarico, di particolare gravità, differenziando le posizioni dei medici coinvolti. La documentazione è stata inoltre prontamente trasmessa alla Procura della Repubblica presso il Tribunale di Napoli».

La Procura di Napoli, a febbraio, ha iscritto nel registro degli indagati sette persone alle quali viene contestato il reato di omicidio colposo e, secondo quanto comunicato, ha già ricevuto la documentazione. «Infine - conclude la nota - la Direzione Generale ha richiesto al direttore infermieristico di attestare se, ai suoi atti, risultino eventuali ulteriori comunicazioni che non abbiano seguito l'ordinario iter previsto dall'organigramma aziendale, secondo cui ogni dipendente si riferisce al proprio direttore

di Struttura complessa, il quale si relaziona con il Capo Dipartimento e, successivamente, con il direttore medico di Presidio, il direttore sanitario o amministrativo, fino al direttore generale».

Attenzione a diffondere notizie sulla vicenda del piccolo Domenico è stata suggerita anche dall'ex presidente della Regione Campania, Vincenzo De Luca. «Tutti quanti - ha detto nel corso di una diretta Facebook - abbiamo condiviso come nostro il dolore per la morte di questo bambino, però credo che da oggi in poi dobbiamo evitare derive mediatiche».

PIN. SER.



Ospedale Monaldi
Il nosocomio in cui è stato eseguito il trapianto di un cuore danneggiato al piccolo Domenico

STAMPA LOCALE SUD E ISOLE



La Calabria che resiste al diktat di Trump: «Non rimpatrieremo i nostri medici cubani»

Occhiuto: «Senza di loro gli ospedali chiudono»

dal nostro inviato in Calabria
Carlo Vulpio

Tutto, ma questo le mancava. La Calabria credeva di essere in Italia, al centro del Mediterraneo. Invece ha scoperto di trovarsi in America Latina, nel Mar del Caraibi. Lo ha appreso dal presidente degli Stati Uniti, Donald Trump, e dal segretario di Stato, Marco Antonio Rubio, figlio di cubani. Gli Usa, impegnati a stringere sempre di più il cappio al collo di Cuba, dopo settant'anni di embarghi e sanzioni, hanno dichiarato guerra anche ai medici cubani nel mondo. E quindi anche ai 321 medici che lavorano nella regione simbolo del disastro della Sanità pubblica italiana, la Calabria. Dove, ci dice il presidente della giunta regionale, Roberto Occhiuto, «mosso da disperazione, nel 2022 ho utilizzato le norme sull'emergenza Covid per reclutare 321 medici cubani, anche se in realtà ne occorrerebbero almeno mille».

L'incaricato

La settimana scorsa, però, in Calabria è arrivato l'incaricato di Affari statunitense per Cuba, Michael Hammer. Non per una visita di cortesia, ma per chiedere a Occhiuto di mandar via i medici cubani. Che costoro siano considerati

tra i più preparati al mondo e prestino la loro opera nei Paesi più poveri, o siano stati gli unici ad aver fabbricato autarchicamente un vaccino anti Covid, per il governo degli Stati Uniti è irrilevante. Chi si avvale dell'opera dei medici cubani, se vuol rimanere amico degli Usa, deve cacciarli.

Gli argomenti degli Usa finora devono essere stati convincenti. Uno dopo l'altro, Paraguay, Guyana, Bahamas, Saint Vincent e Grenadine, Antigua e Barbuda, Santa Lucia e, da ultimo, Guatemala e Honduras hanno interrotto i programmi di cooperazione sanitaria con Cuba e hanno rispedito a casa tutti i medici che avevano assunto. Trump e Rubio, in veste di sindacalisti, sostengono che Cuba sfrutti i propri medici all'estero, poiché trattiene i due terzi del loro stipendio. Soldi, dicono, che aiutano il regime cubano a sopravvivere. Mentre, aggiungono in veste di filantropi, sarebbe più giusto che quei medici tornino a Cuba, dove la gente soffre (già, ma per colpa di chi?) e ha tanto bisogno di loro.

Ma la Calabria? Qui, dal 2010, hanno chiuso 18 ospedali. Il debito per la voce Sanità accumulato fino al 2020 è stato di 860 milioni di euro. La Corte dei conti, un mese fa, ha detto che nel 2024 il disavanzo è peggiorato e si è attestato a 118,5 milioni. Sempre per il solo 2024, la spesa per curare altrove i residenti in Calabria è stata di ben 305 milioni di euro. Mentre la Sanità

calabrese è commissariata ininterrottamente dal 2009, e la presidente del Consiglio, Giorgia Meloni, che il 30 settembre scorso in Calabria aveva promesso la fine di questa agonia, non ha mantenuto la parola. Cinque mesi dopo, c'è ancora il commissario. E lo stesso presidente della giunta regionale, commissario dal 2021. «Io sono pronto a lasciare. I conti ora lo consentono. Ma il provvedimento spetta al governo», dice Occhiuto.

Il presidente

E mister Hammer? Occhiuto ostenta tranquillità. «Ogni volta — rivela —, la prima domanda che ogni nuovo ambasciatore americano in Italia mi rivolge è sui medici cubani. Era così anche sotto Biden. Con Trump, lo è di più». Sì, ma lei a Hammer cosa ha risposto? «Gli ho detto che la nostra bussola è la salute dei calabresi — sottolinea Occhiuto —. Se i medici di cui abbiamo bisogno ce li dà l'amministrazione americana, o ci aiuta a trovarli, magari potremmo anche non prendere i cubani. Ma se questi vanno via, qui si chiude».



Non sappiamo come l'abbia presa mister Hammer, e se anche in Calabria gli Usa si muoveranno come nei Caraibi. Ma sappiamo qual è l'umore dei calabresi. Nero. Negli ospedali, più o meno fatiscenti, che abbiamo visitato tra l'Aspromonte, la Costa Viola e la Costa dei Gelsomini — a Locri, a Polistena, a Gioia Tauro, a Melito Porto Salvo —, non abbiamo trovato una sola persona o un solo paziente, giovane o vecchio, donna o uomo, che non benedisse la professionalità, l'umanità e l'umiltà dei medici cubani e al tempo stesso non maledisse lo stato comatoso della Sanità calabrese e la «richiesta di espulsione» dall'Italia dei medici cubani voluta dagli Usa.

«Se vanno via i cubani, i nostri ospedali chiudono». Lo dicono tutti. Ma coloro che lo sanno meglio di tutti, e lo spiegano senza indorare la pillola, sono proprio i medici calabresi. Quelli rimasti qui, naturalmente, perché gli altri hanno fatto le valigie e sono emigrati al Nord o all'estero.

E allora, ecco l'avvocato Pino Mammoliti, di Locri, pre-

sidente del Tribunale dei diritti del Malato e del Cittadino, sensibilizzare la gente attraverso dirette web sulle falle, le magagne e i magheggi della Sanità calabrese. Come l'ultima proposta di legge regionale, che destina ben 4 milioni di euro allo «scouting» per trovare i medici mancanti, quando sarebbe sufficiente un avviso pubblico o, ancor meglio, se davvero si vuol continuare la positiva esperienza con i medici cubani, stipulare altri accordi con la Comercializadora de Servicios Médicos Cubanos, l'Agenzia cubana che ha mandato i medici in Calabria. Ed ecco Marisa Valensise, di Polistena, che con il Comitato Tutela della Salute organizza sit-in, raccoglie migliaia di firme a difesa dei medici cubani, invia esposti al Prefetto, alla procura e al presidente-commissario per scuoterlo circa la sua promessa non mantenuta di destinare 33 milioni di euro alla ristrutturazione dell'ospedale di Polistena.

Le voci

Ed ecco infine anche loro, i medici di Cuba. In patria, so-

no 8,4 ogni mille abitanti, contro i 2,6 degli Stati Uniti (e forse qui scatta l'invidia). Nella Calabria caraibica, dove sono diventati il bersaglio dei gringos, ce ne sono 30 a Locri, 22 a Polistena, 12 a Gioia Tauro e 10 a Melito Porto Salvo. Due di loro si sono sposati qui con donne calabresi. Uno, Domingo Marquez Camayd, è docente all'Università de L'Avana. Tutti sono specializzati: cardiologi, ortopedici, anestesisti, urologi, chirurghi, angiologi, radiologi. Nessuno ha l'atteggiamento da piccolo barone di tanti loro colleghi italiani. «Non concepiamo la medicina e la salute come un'azienda o un mestiere per far soldi — dice Lisandra Cobas Suarez, 38 anni, rianimatore —. Da noi fai il medico se hai passione e attitudine». Lisandra è medico dal 2011 e ha lavorato in Venezuela, in Brasile nelle comunità indigene dell'Amazzonia e in Kuwait. «L'Italia per me era un sogno, e qui mi trovo benissimo. Ma non capisco come mai a Cuba, Paese povero del Terzo Mondo, negli ospedali abbiamo tutto, anche reparti come la neurochirurgia,

mentre qui, mi dispiace dirlo, abbiamo trovato arretratezza e disorganizzazione». Harold Dawkins Tellez, anche lui 38 anni e una robusta esperienza tra Venezuela, Bolivia e Azerbaijan, è di Guantanamo. «Quando siamo arrivati — racconta Harold, al Pronto soccorso —, in tanti dicevano: cosa possiamo aspettarci da medici del Terzo Mondo? Poi ci hanno ricoperto di affetto e gratitudine, e ora ci ritengono indispensabili».

Un paziente arrivato a Locri da San Luca, trenta chilometri di strada stretta, dissestata e piena di buche, chiede a un ortopedico cubano: «Ma è vero che andate via?». Il medico lo rassicura: «Il nostro contratto dovrebbe scadere a dicembre del 2027». L'uomo però insiste: «Se vi mandano via, qua succede la rivoluzione». L'ortopedico sorride. Si chiama Eurys Guevara. E se Trump e Rubio lo confondessero con «l'altro» Guevara?

La dottoressa

Lisandra Suarez:
«A Cuba negli ospedali c'è tutto, qui solo disorganizzazione»

La vicenda

● Sono 321 i medici cubani che lavorano negli ospedali e nei presidi sanitari calabresi

● La Regione iniziò a impiegarli nel 2022 in seguito alle norme che nascevano dall'emergenza Covid sulle carenze nelle coperture sanitarie territoriali

● Il contratto di una buona parte dei medici cubani è in scadenza a fine 2027. Ma l'incaricato di affari statunitense Michael Hammer ha incontrato il presidente della Regione Calabria Roberto Occhiuto per chiedergli di interrompere quanto prima i contratti. Occhiuto al momento ha replicato che i medici cubani sono fondamentali



Sulla costa jonica Tra gli ospedali in cui lavorano i medici cubani c'è quello di Locri, in una delle zone più difficili per la sanità (foto L. Casamassima)





Servizio Accordo

Sardegna: 2mila euro al mese in più ai medici che aprono l'ambulatorio in zone disagiate

L'indennità è prevista per due anni e coprirà un centinaio di sedi: previsto un impatto positivo anche sul Pronto soccorso per i codici minori

di Davide Madeddu

6 marzo 2026

Duemila euro al mese in più ai medici che apriranno gli ambulatori nelle aree disagiate. È quanto prevede l'accordo attuativo siglato tra la Regione (rappresentata dalla presidente Alessandra Todde che svolge anche l'interim dell'assessorato alla Sanità) e le sigle sindacali dei medici di medicina generale della Sardegna con cui si prevede un'indennità economica aggiuntiva per i medici che sceglieranno di operare in sedi disagiate o con grave carenza di assistenza.

Impatto positivo anche sui Pronto soccorso

«Si tratta di una misura lungamente attesa che consente di dare risposte concrete al territorio e che - sottolineano dalla Regione -, insieme all'infrastrutturazione graduale delle Aft e delle Case di Comunità, potrà avere un impatto positivo anche sul fronte dei Pronto Soccorso, in riferimento ai codici minori». Un passaggio importante, come sottolineano anche gli amministratori locali dei piccoli centri, costretti a fare i conti quotidianamente con l'assenza di medici di base. «Abbiamo chiuso un altro passaggio importante con i medici di medicina generale - sottolinea la presidente Todde -. L'accordo siglato con tutte le sigle sindacali di categoria riconosce un incentivo di 2000 euro mensili ai medici che sceglieranno di aprire il proprio ambulatorio nelle zone disagiate della nostra isola». Non è tutto, perché la misura «si unisce ad altri incentivi specifici che verranno istituiti dagli enti locali, quindi dai sindaci, dalle comunità».

L'indennità coprirà i prossimi due anni

«L'indennità è prevista per due anni e coprirà un centinaio di sedi disagiate - argomenta la governatrice —. Certamente il percorso è ancora lungo e questo è un passo del cammino, però la cosa importante è che anche con i medici di medicina generale possiamo lavorare insieme per costruire una risposta omogenea alla richiesta di salute dei cittadini, con le Aft e con nuove Case di comunità che dovranno essere riempite e che dovranno avere carte dei servizi uniformi, diventando un punto di riferimento per il territorio anche attraverso l'implementazione delle dotazioni più avanzate come la telemedicina, per riuscire finalmente a costruire quel tessuto connettivo che ancora manca nei nostri territori».