

26 febbraio 2026

RASSEGNA STAMPA



ARIS

ASSOCIAZIONE
RELIGIOSA
ISTITUTI
SOCIO-SANITARI

A.R.I.S.

Associazione Religiosa Istituti Socio-Sanitari
Largo della Sanità Militare, 60
00184 Roma
Tel. 06.7726931 - Fax 06.77269343

la Repubblica



Fondatore
EUGENIO SCALFARI

Direttore
MARIO ORFEO

R50

il venerdì

DOMANI IN EDICOLA

il venerdì
Murphy: "Il tormento
è il mio mestiere"

R sport

Impresa Atalanta
Juve beffata in 10

di CURRÒ, GAMBA e MARCHESE
alle pagine 38 e 39



Giovedì
26 febbraio 2026

Anno 51 - N° 46

Oggi con

Salute e U

In Italia € 2,50

Trump: l'Iran può colpire anche l'Europa

dal nostro inviato **PAOLO MASTROLILLI**

WASHINGTON
Economia, patriottismo e accuse ai democratici. Il presidente Trump ha tracciato la linea per le elezioni midterm nel discorso sullo stato dell'Unione tenuto martedì, 108 minuti, il più lungo nella storia del Paese.

alle pagine 10 e 11

La parabola del presidente

di **MAURIZIO MOLINARI**

Con un discorso fiume, il presidente Donald Trump sfrutta lo Stato dell'Unione per un duplice fine: lanciare l'assalto ai democratici in vista del voto di midterm e porre le basi per l'attacco all'Iran.

a pagina 10



Washington
il presidente
Trump prima
del discorso
sullo Stato
dell'Unione, fra
le proteste dei
democratici

LE IDEE
di **MICHELE SERRA**

La droga e quelle vite dimenticate

Che fine hanno fatto i drogati? Nell'accezione civilizzata del termine, i tossicodipendenti? Se ne parla molto poco, o addirittura affatto. Sono quasi spariti dalla scena mediatica, che pure di droga si occupa accanitamente, per evidenti necessità di cronaca. Vedi la recente, impressionante guerriglia messicana; vedi la pretestuosa deposizione manu militari di Maduro, travestita da "lotta al narcotraffico". La droga come agente primario della geopolitica, dell'economia e del crimine. Ma la droga dei drogati? Le centinaia di milioni di consumatori, la carne da cannone di questa guerra e al tempo stesso il suo motore economico: quanti sono, come stanno, a quali speranze di uscirne possono ancora aggrapparsi? Sono una fetta importante dell'umanità. Approssimativamente, molte decine di milioni di esseri umani la cui vita è catturata, o distrutta, dalla dipendenza da sostanze naturali o sintetiche - ultimamente: soprattutto sintetiche. Continuano a occuparsene, nella quotidianità, medici, psichiatri, personale sanitario, assistenti sociali, preti, comunità, famiglie che si ostinano a trattare la questione della droga come una questione di salute pubblica, prima di tutto. Come una lotta per salvare vite, per liberare vite (il contrario di dipendenza è indipendenza).

continua a pagina 13

"I rider come schiavi"

Dopo Glovo la procura di Milano commissaria Deliveroo per lo sfruttamento dei fattorini
"L'algoritmo come datore di lavoro, non garantita un'esistenza dignitosa con 4 euro all'ora"

Deliveroo commissariata per lo sfruttamento di migliaia di rider, che prendono al massimo quattro euro all'ora e lavorano dodici ore al giorno per mille euro al mese. La nuova inchiesta sul mondo dei rider della procura di Milano porta a un decreto urgente di controllo giudiziario per Deliveroo Italy, 240 milioni di euro di fatturato nel 2024, ventimila fattorini in tutta Italia. Il leader della Cgil Landini non ha dubbi: "È caporalato".

di **AMATO, DI RAIMONDO, GUARINO, SANTELLI e VITALE**

alle pagine 2, 3 e 4

Referendum, Conte a Nordio: "Una riforma criminale"

di **SALVO PALAZZOLO**

a pagina 8



Achille
Lauro durante
l'omaggio ai
ragazzi di Crans

IL FESTIVAL

Sanremo, falsa partenza
Lauro e i ragazzi di Crans

dai nostri inviati **FUMAROLA, MACOR e SILENZI**

alle pagine 34, 35 e 37



EMPORIO ARMANI

COLLEZIONE UOMO E DONNA AUTUNNO/INVERNO 2026/27
GIOVEDÌ 26 FEBBRAIO - ORE 17.00

SEGUI SU @EMPORIOARMANI E ARMANI.COM

LA SENTENZA

Condannato all'ergastolo killer di Sharon



dalla nostra inviata **ILARIA CARRA**

a pagina 23

CORRIERE DELLA SERA

RCS

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02 63821
Roma, Via Campania 59 C - Tel. 06 688281

FONDATA NEL 1876

Servizio Clienti - Tel. 02 63707310
mail: servizioclienti@corriere.itCRAI
Nel cuore dell'ItaliaFestival di Sanremo
L'omaggio di Lauro
per i morti di Crans
di Franco, Laffranchi e Volpe
da pagina 44 a pagina 47Nerazzurri agli ottavi
L'Atalanta è da urlo
Juve, impresa sfiorata
di Belotti, Bocci e Nerozzi
alle pagine 48 e 49CRAI
Nel cuore dell'Italia

Verso il referendum

LE RIFORME
LA SINISTRA
E I VETI

di Antonio Polito

Se ci si vuole astrarre per un attimo dal merito del referendum (cosa che non consigliamo affatto agli elettori, la Costituzione dice che si vota sulla proposta, non sui suoi proponenti), allora si vedrà che le conseguenze politiche possono essere molto rilevanti. La più ovvia riguarda il centrodestra. E perfino scontato segnalare che una vittoria del No rappresenterebbe il primo colpo assestato in questa legislatura all'aura di invincibilità di Giorgio Meloni. Finora l'opposizione si è sempre slegata la spalla, ogni volta che ha tentato la «spallata». Alle regionali, come al referendum di Landini contro il Jobs Act. Colpire al cuore la vice-madre di tutte le riforme (la madre è quella del premierato, ma per ora è nel congelatore) sarebbe uno sfregio per una coalizione che dopo quattro anni di governo vanta un'invidiabile stabilità e sondaggi che la danno ancora vincente alle prossime elezioni: un unicum nella storia della seconda Repubblica. Quindi, anche se il governo Meloni non cadrà, con la vittoria del No diventerà più forte che vuole porgli fine. Ma per il centrodestra il referendum sta segnalando un problema anche più profondo, interno alla sua base. La componente «deghe e ordine», gli elettori che sostengono lo Stato in tutte le sue articolazioni per ottenerne protezione e sicurezza, fanno fatica a mobilitarsi per una campagna contro i magistrati così come l'ha sostanzialmente impostata il ministro Nordio, cui finora è stata delegata la campagna del centrodestra.

continua a pagina 30

Stato dell'Unione Lo scontro con i democratici

Trump, un comizio
(lungo 108 minuti)
tra attacchi e show
L'ultimatum all'Irandi Viviana Mazza
dalla pagina 8 alla pagina 11

Donald Trump al Congresso, alle spalle il vicepresidente JD Vance e lo speaker della Camera Mike Johnson

SALE LA TENSIONE

Armi, nucleare
Il tycoon sfida,
l'ira di Teheran

di Guido Olimpio

a pagina 10

TUTTI I NUMERI DI DONALD

Dalle tasse
all'economia
Dice la verità?

di Guido De Franceschi

a pagina 11

GIANNELLI

LA GIUNGLA



«Cinturino può commettere reati da crimine organizzato»

«Quel poliziotto
resta in carcere»
Le nuove indagini

Il gip convalida l'arresto. Piantandosi a Milano

di Cesare Giuzzi
e Piepaolo Lio

Carmelo Cinturino resta in cella. Per l'assistente capo accusato dell'omicidio volontario di Abderrahim Mansouri (ucciso con un colpo di pistola il 26 gennaio scorso nel bosco di Rogoredo) il gip di Milano ha disposto la custodia cautelare in carcere sia per i gravi indizi sia ritenendo che possa uccidere ancora e inquinare le prove. Il poliziotto contesta la ricostruzione dei colleghi.

alle pagine 2 e 3

LE CRITICHE DELLE OPPOSIZIONI

Ecco il decreto Sicurezza:
le tutele per gli agenti

di Paola Di Caro e Rinaldo Frignani

a pagina 5

LA POLEMICA SULLA GIUSTIZIA

Il duello Nordio-Conte
«Vinciamo». «Criminali»

di Felice Cavallaro

a pagina 6

Il caso Ispettori da sette grandi gruppi che usano i fattorini
I magistrati accusano Deliveroo
«Ai rider paghe non dignitose»

di Luigi Ferrarella

Un mese dopo il concorrente Foodinho-Glovo (40 mila rider), anche Deliveroo (240 milioni di fatturato, 20 mila ciclisti in Italia di cui circa 3 mila a Milano) viene messa in «controllo giudiziario». L'accusa è di caporalato: la società sfrutterebbe i rider con compensi che non garantiscono un'esistenza dignitosa.

alle pagine 20 e 21

Cavalcoli, Di Sauro

LA SENTENZA, «AGI PER NOI»

Uccise Sharon,
si all'ergastolo

di Barbenni e Ubbiali

a pagina 23

IL PAPÀ DEL BIMBO DEL CUORE «BRUCIATO»

«I chirurghi sparirono,
capii che era andata male
Il box usato? Da matti»

di Fabrizio Caccia



Errabbiato il papà di Domenico. «Io faccio il muratore ma non riesco più neanche ad andare a lavorare, sto male dal giorno del ricovero del mio bimbo al Monaldi. Era la sera tra il 22 e il 23 dicembre — racconta — ed è morto mio padre... Non lo voglio più vedere il cardiologo del trapianto, erano fuori di testa quelli partiti da Napoli per andare a Bolzano a prendere il cuore con quel frigo da picnic. Sapevo che sarebbe finita male».

a pagina 22 Currò Dossi, Sautto

IL CAFFÈ

di Massimo Gramellini

La Repupplia del refuso

Il padre di tutti i refusi è apparso proditoriamente sui nostri televisori nel cuore della sera, quasi a interrompere la catalassi digestiva, condizione abituale del telespettatore festivaliero. *Repupplia*. Scritto a caratteri cubitali. Il primo pensiero è andato a un sabotaggio perpetrato da qualche nostalgico della monarchia, per quanto ormai sia difficile trovarne persino a Londra. Il secondo ci ha invece riportati all'infanzia, quando la maestra ci faceva ricopiare sul quaderno a righe una serie interminabile di p e di b, così da imparare a distinguere l'una dall'altra, casomai un giorno a qualcuno di noi fosse capitato di lavorare al festival di Sanremo. Però ogni teoria cozza contro un'incontrovertibile realtà: com'è possibile che l'evento più preparato, accudito

e sponsorizzato della televisione sia incorso in un simile inciampo, oltretutto su una parola tanto sensibile?

Il fatto è che Sanremo, anzi l'Italia, anzi il mondo intero si è trasformato in una gigantesca fabbrica di refusi. Li trovi ovunque: sui giornali, nelle leggi, nei talk, sui cartelloni pubblicitari. Uno lo hanno addirittura riletto alla Casa Bianca: il Refuso in Chief. La fretta è una causa, ma non l'unica. C'è proprio meno cura per i dettagli. Nessuno è più disposto a dar loro l'importanza che meritano. Per la generazione dei nostri padri la sciatteria era un peccato mortale, ma in questa *Repupplia* fondata sull'approssimazione chi osa farlo notare passa ancora per presuntuoso o, peggio, per maleducato.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Futuro
in corso.

Da oltre 140 anni,
siamo impegnati per il progresso
e la sicurezza energetica del Paese.
Anche adesso, anche qui.

EDISON

Diventiamo l'energia che cambia tutto.

la PORTA è di CASA

Giovedì 26 febbraio
2026

ANNO LIX n° 48
1,50 €
San Porfirio
di Giza
revisore



Avvenire

Quotidiano di ispirazione cattolica www.avvenire.it



la PORTA è di CASA



Editoriale

Il divorzio tra potenza e responsabilità EUROPA NEL MONDO POST-EGEMONICO

PASQUALE FERRARA

In questa fase caotica della politica mondiale, è essenziale, per tentare di mantenere un minimo di lucidità, tornare ai fondamentali delle relazioni internazionali. Volendo ridurre la questione al nocciolo, lo snodo centrale è sempre stato costituito dal rapporto, come emerge anticamente già nella tragedia greca, tra violenza (*Bios*) e diritto (*Nomos*), tra la forza e la legge. La miscela più o meno equilibrata di questi due fattori ha caratterizzato anche l'epoca contemporanea, a partire dal 1945, con fasi alterne. Dal duopolio Stati Uniti-Unione Sovietica del confronto bipolare alla "potenza solitaria" americana dopo la fine della Guerra fredda, fino al multipolarismo scomposto del momento attuale. Cosa è accaduto? È venuta meno quella che gli studiosi definiscono "stabilità egemonica", caratterizzata non tanto e non solo dal dominio materiale americano, ma dalla sua componente immateriale: l'egemonia. Il concetto di egemonia, introdotto da Gramsci nell'analisi storico-politica, si basa su due punti essenziali: una spassionata constatazione dei rapporti di forza (economica e militare), su cui si innerva un diverso tipo di prevalenza, quella delle idee, dell'elaborazione simbolica delle fratture sociali che mira ad orientare intellettualmente, ancor prima che politicamente, l'azione sociale. L'egemonia americana ha poi trovato una formulazione più moderna e aggiornata nell'unipresenza e abusata formula del *soft power*, del potere soffice, che nella ideazione originaria di Joseph Nye andava inteso come capacità di influenzare anche senza dominare. Temo che oggi si tratti, al contrario, di dominare senza influenzare.

continua a pagina 7

Editoriale

Progetti contro le fragilità e il disagio LA CURA PARTE DALLE CITTÀ

CARLA COLICELLI

È ormai ampiamente noto che la "salute" non dipende solo dalla genetica e da virus e batteri, su cui peraltro molto si è fatto e si sta facendo, e che lo sviluppo tecnologico e l'azione umana hanno prodotto nuove sfide, che mettono a repentaglio lo stesso destino dell'umanità. Si tratta dei rischi legati all'ambiente di vita, fisico e sociale, alla crisi climatica, al dissesto idro-geologico, alla qualità dell'alimentazione e dell'aria, al degrado urbano, all'inadeguatezza dei servizi sociali ed educativi, alle pecche del mondo della comunicazione. Tutte minacce che dipendono dai nostri comportamenti, dal nostro rapporto con le altre forme di vita e dalle scelte della politica e delle istituzioni. Ma, nonostante le sollecitazioni provenienti dalla scienza e dalla ricerca biomedica, le istituzioni si sono mosse con lentezza, quasi dimenticando i propositi formulati in epoca Covid in merito ad un nuovo modello di prevenzione, da costruire in collaborazione con tutte le forze vitali del pianeta e con le organizzazioni dei cittadini e dei malati, secondo una logica di fratellanza e di impegno per il bene comune. Per cui il dopo-Covid si è presentato molto meno fulgido, i programmi di resilienza e ripresa hanno mostrato difficoltà a dare concretezza ai progetti, gli egotismi si sono riappropriati dell'esistenza umana ed abbiamo la sensazione che la tecnologia ci stia sfuggendo di mano. Secondo i dati recentemente discussi alla Cop 30 di Belem, nel periodo 2012-2021 nel mondo l'inquinamento ha provocato ogni anno tra 2,5 milioni e gli 8 milioni di decessi.

continua a pagina 14

IL FATTO Ieri l'annuncio dei prossimi viaggi del Papa fuori dall'Italia. Nominati quattro vescovi ausiliari per Roma

Il dialogo e gli ultimi

Leone XIV ad aprile in Africa, sulle orme di sant'Agostino e poi tra i poveri di Camerun, Angola e Guinea Equatoriale. A giugno sarà in Spagna, prima la visita lampo a Monaco

COOPERAZIONE

**Amref: dopo UsaId
mezzo Occidente
taglia gli aiuti al Sud**

Non solo UsaId, non solo il passo indietro voluto da Donald Trump. A tagliare gli aiuti all'Africa, denuncia Amref, è quasi tutto l'Occidente: emblematico il caso della Francia, che nel 2025 ha ridotto di oltre un terzo i fondi per la cooperazione.

Lambruschi
a pagina 11



Papa Leone XIV / Ansa

GIACOMO GAMBASSI

Leone XIV "pellegrino" di pace e di dialogo fra l'Europa e l'Africa. Ma anche voce di chi non ha voce: il Papa abbraccia due continenti nei prossimi viaggi apostolici internazionali in agenda da fine marzo a giugno.

Pozzi a pagina 3

STATI UNITI Il Presidente arringa per due ore il Congresso. Dalla Chiesa americana arriva un nuovo segnale



La voce dei vescovi dalle frontiere Usa «Cambiare strada sulle deportazioni»

Palmucci a pagina 7

CAPORALATO Commissariata come Giovo. Tiraboschi: serve un contratto

«Paghe da fame» ai rider fermata anche Deliveroo

Riscontrate «paghe da fame» per 20mila rider, inferiori di oltre il 50% a quanto previsto nei contratti di lavoro. Per questo e altre presunte irregolarità la società di consegna a domicilio Deliveroo è stata commissariata e i suoi vertici indagati. A decidere il provvedimento il pm di Milano Paolo Sonati che ha avviato ispezioni anche in sette società (da McDonald's a Esselunga) per verificare eventuali responsabilità nei contratti di consegna del cibo.

Marcer e Riccardi a pagina 5

TRE ANNI FA IL NAUFRAGIO

Cutro, il dolore e l'appello
«I soccorsi non partirono,
tempo di fare giustizia»

Spagnolo
a pagina 4

IL DISCORSO FIUME

Dazi e immigrati, le priorità di Trump

Molinari e Panalissi di Ferrari alle pagine 6-7

Giorni
Marina Corradi

11 SETTEMBRE 2001 In un giorno come gli altri

Sembrava proprio un giorno come gli altri. Al giornale, al pomeriggio, ero sul pc. Mi passò davanti agli occhi un lancio di agenzia strano. "Sembra che un aereo abbia colpito le Torri Gemelle, a New York". Sembra? Le agenzie non scrivono mai "sembra". Scrivono è, o non è. Mai vista una agenzia così, dissi ai colleghi. E non gli staccai più dallo schermo, ogni minuto più atterrito. Ora si vedeva un gran fumo nero sulle Twin Towers, e l'immagine incredibile di un aereo che ne colpiva una in pieno. I messaggi dei passeggeri

ai loro cari, un minuto prima di morire. E poi, atroce, le orgogliose torri di cristallo diventate prigioni mortali, la gente nel panico giù per le scale o che, già svenando per la caduta, si lanciava nel vuoto, nella terribile voragine di trenta piani. 11 settembre 2001, come una fine del mondo. Del nostro Occidente fiero e padrone. Sentirsi quasi in guerra. Ci avevano dichiarato guerra, e colpiti al cuore. Il giorno dopo iniziava la scuola. I bambini non parlavano d'altro: hai visto l'aereo, e il fumo? Come fosse un video. Ai miei due più grandi feci leggere i messaggi dei passeggeri a casa, prima di morire. Rimasero zitti. L'essenziale è invisibile agli occhi. Bisogna starlo ad ascoltare.

© IMMAGINAZIONE ASSOCIATI

LA GUERRA IN UCRAINA

Trump sente Zelensky
Italia, sì al decreto aiuti

Averaimo, Marcelli e Scavo pag. 8



POPOTUS

Il processo: i social
creano dipendenza

Dodici pagine tabloid

Agorà

INEDITI

Smarrimento dell'uomo
Nel Faust di Cuianu
il dinamismo del mito

Colonna a pagina 16

INTERSEZIONI

Post-esotismo
una letteratura
dall'altrove

Volodine a pagina 17

SPORT

I migliori algoritmi
della nostra vita
agonistica e sportiva

Be a pagina 18

2026
8° CENTENARIO DELLA MORTE
DI SAN FRANCESCO
www.sanfrancescove.it

San Francesco
8° CENTENARIO DELLA MORTE

Le multe, i medici fino a 72 anni: il Milleproroghe diventa legge Resta (per ora) la tassa sui pacchi

Sì al Senato. Confermato il bonus per assumere giovani e donne nelle aree Zes

di **Mario Sensini**

ROMA Via libera definitivo del Senato, con 98 voti favorevoli e 54 contrari alla questione di fiducia posta dal governo, al decreto Milleproroghe. Il provvedimento è giunto in porto con un ultimo strascico di polemiche, senza il passaggio in Commissione Affari Costituzionali di Palazzo Madama.

Di fronte a 378 emendamenti e a 31 ordini del giorno, e data la ristrettezza dei tempi di approvazione, visto che il testo già approvato dalla Camera doveva essere convertito di fatto entro il 27, pena la decadenza, la Commissione ha preso atto di non poter discutere, votare e dare mandato al relatore di riferire sul decreto in Aula, dove è arrivato direttamente, e subito dopo il Go-

verno ha posto la questione di fiducia, la seconda della giornata dopo quella sul decreto Ucraina.

C'è anche stato un ultimo tentativo dell'opposizione, in Commissione, di riaprire la questione dei tagli al finanziamento di Radio Radicale, ma invano. Come nei giorni scorsi era accaduto per il taglio delle agevolazioni fiscali sull'acquisto della carta per gli editori dei giornali. In entrambi i casi il governo ha aperto spiragli per possibili interventi successivi, ma la sforbiciata al momento resta.

Il decreto Milleproroghe, un classico di ogni fine anno, conferma alcune misure che erano in scadenza a fine 2026. I medici ospedalieri in particolare potranno rimanere al lavoro, su base volontaria, o essere richiamati al lavoro se già in pensione, fino al compimento dei 72 anni anche nel 2026, considerata la carenza di personale nella sani-

tà. Prorogata, per due anni, l'esclusione del regime di incompatibilità, al di fuori dell'orario di lavoro, per gli infermieri dipendenti delle Asl, mentre proseguirà anche per quest'anno l'efficacia del cosiddetto «scudo penale» per i medici, e diventa definitivo il formato elettronico delle ricette mediche.

Viene confermato il bonus assunzioni per giovani e donne nelle aree Zes. La decontribuzione è prorogata fino al prossimo 30 aprile e al 70% con assunzioni che non determinano un incremento occupazionale netto. Avanti anche, fino a tutto il 2026, con il bonus donna. Sempre sul fronte del lavoro, proseguiranno le misure di sostegno in deroga ai lavoratori delle aree di crisi industriale complessa e quelle previste per i lavoratori portuali.

Il Milleproroghe, inoltre, conferma la validità dei termini dei permessi edilizi in sca-

denza nel 2026, e congela gli adeguamenti all'inflazione delle multe stradali. Prorogato per il 2026 anche il Fondo di Garanzia per le piccole e medie imprese, con un impegno previsto di 2,9 miliardi di euro.

Niente da fare, invece, per le proposte che puntavano a riaprire i termini per la rottamazione delle cartelle e a sospendere la tassa sui piccoli pacchi. Il Governo, tuttavia, è pronto a reconsiderarle in futuri provvedimenti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Opposizioni

Fallito il tentativo delle opposizioni di riaprire la questione dei tagli a Radio Radicale



Errori di programmazione sanitaria che nessuno paga

Voragine infermieri

di Carlo Gaudio

Una 'bomba a orologeria' ticchetta sul tavolo dei governi europei. L'Organizzazione mondiale della Sanità (Oms) avverte: entro il 2030 potrebbero mancare quasi un milione di infermieri,

con effetti esplosivi su qualità e accessibilità delle cure. In Italia, più che agire per disinnescare l'ordigno, si è spesso giocato a nascondino con la realtà, imputando tutto a una presunta 'mancanza di vocazioni' invece che a una precisa catena di errori di programmazione. È il classico caso in cui, con una massima attribuita ad Einstein, «non possiamo risolvere i problemi con lo stesso tipo di pensiero che usavamo quando li abbiamo creati». Eppure si procede con gli stessi schemi, gli stessi numeri chiusi, la stessa miopia di sistema.

Per decenni la pianificazione degli accessi a Medicina e Chirurgia e, ancor più, a Infermieristica è stata costruita guardando nello specchietto retrovisore dei bilanci e non al parabrezza dei bisogni demografici ed epidemiologici. Si è ragionato per tetti di spesa e non per fabbisogni reali, per sostenibilità a breve termine e non per sicurezza della qualità e, prospetticamente, per continuità dei servizi. Così ci ritroviamo a rincorrere, con bandi straordinari e arruolamenti *last minute*, un *deficit* che l'Oms definisce strutturale e che mina qualità dell'assistenza, benessere degli operatori e tenuta dei sistemi sanitari. È come se avessimo passato anni a svuotare l'acqua dalla nave con un cucchiaino, mentre lo scafo si deteriorava con nuove falle.

Le responsabilità sono chiare. Il Ministero ha sottovalutato l'onda lunga dell'invecchiamento della popolazione, l'aumento della cronicità e la fuga di professionisti verso l'estero o fuori dal Servizio sanitario nazionale. Le Università hanno spesso difeso assetti rigidi, incapaci di ampliare significativamente i corsi di laurea infermieristici, di diversificarne i profili, di valorizzare seriamente la carriera accademica delle professioni sanitarie. Risultato: posti insufficienti, percorsi poco attrattivi, una for-

mazione talvolta distante dai contesti in cui poi gli infermieri lavoreranno, soprattutto sul territorio. È il paradosso di un Paese che si scopre in *shortage*, dopo avere scientemente programmato al ribasso. La crisi degli organici non è una calamità naturale: è il prodotto di persistenti numeri chiusi mal calibrati, di piani di fabbisogno scollegati dai dati reali, di un'ottica di breve periodo che ha relegato l'infermiere da protagonista potenziale, accanto al medico, a comparsa sottofinanziata.

Oggi il *policy brief* dell'Organizzazione mondiale della Sanità è chiarissimo: senza una dotazione infermieristica adeguata non ci saranno qualità dell'assistenza né sicurezza né sostenibilità. Continuare a discutere solo di reparti chiusi o di Pronto soccorso in sofferenza, senza guardare a monte alla filiera formativa, è come lamentarsi per l'alluvione dopo avere costruito case a ridosso del letto del fiume. Come notava Seneca, «non esiste vento favorevole per il marinaio che non sa dove andare»: senza una rotta chiara sulla forza lavoro sanitaria, ogni intervento resterà un ritocco cosmetico.

Invertire la rotta è ancora possibile, ma richiede scelte forti e chiare. Primo: ripensare subito con visione pluriennale la programmazione delle iscrizioni (soprattutto ai corsi di Infermieristica), agganciandola a scenari demografici, piani di assistenza territoriale e tassi reali di pensionamento e migrazione. Secondo: investire seriamente nella qualità dei percorsi, nell'integrazione ospedale-territorio già

in fase formativa, nella possibilità per gli infermieri di accedere a carriere avanzate cliniche, manageriali e di ricerca.



LA RAGIONE

Terzo: riallineare condizioni di lavoro e retribuzioni agli *standard* europei, perché formare professionisti che poi emigrano significa finanziare con risorse italiane i sistemi sanitari di altri Paesi. «Il futuro dipende da ciò che facciamo nel presente» ammoniva Gandhi. Oggi la quotidiana sanità italiana è gravata da turni scoperti, liste d'attesa infinite, professionisti allo stremo, settantenni che si cerca – senza incentivi – di mantenere in servizio. Il futuro dipenderà dalla capacità di trasformare, senza indugi, questo allarme in un vero cambio di paradigma. Possiamo continuare a contare i minuti che mancano all'esplosione della 'bomba a orologeria'

oppure usare quel minaccioso ticchettio come metronomo rigoroso di una riforma coraggiosa. La scelta politica, questa volta, sarà una misura esatta di quanto davvero teniamo alla salute del Paese.

*già Direttore del Dipartimento
Cuore e Grossi Vasi dell'Università
La Sapienza di Roma*



a
n
t
e
ca.



L'ANALISI

La spesa sanitaria paga la frammentarietà

DI FRANCO ADRIANO

Intervenendo, presso Montecitorio, alla presentazione del rapporto annuale della Fondazione per la Sussidiarietà, dedicato quest'anno alla Salute, il Ragioniere generale dello Stato, **Daria Perrotta**, di fronte alle richieste di mettere più risorse statali dedicate a questo settore, dopo aver ricordato che il 59 per cento della spesa della Pubblica amministrazione è già oggi destinata alla spesa sociale, ha lanciato un allarme: «Attenzione: l'aumento delle risorse pubbliche corrisponde a un aumento dei prezzi». Tradotto, significa che ogni volta che lo Stato investe c'è chi si sente in diritto di approfittarne

spostando le risorse impiegate nelle proprie tasche, anziché lasciarle contribuire al benessere generale. Circostanza piuttosto triste, se ormai viene data per scontata ai livelli più alti.

Perché, se è vero che la Germania, per esempio, per la salute spende più dell'Italia, è altrettanto vero che la spesa sanitaria delle famiglie italiane raggiunge il 22 per cento, mentre quella delle famiglie tedesche si ferma all'11. È l'ennesima conferma che lo Stato, o sarebbe meglio dire, le Regioni, cui è delegata la sanità, spendono sicura-

mente male inducendo la necessità di rivolgersi al privato. Peraltro, Perrotta ha fatto notare come nel rapporto pubblico-privato, il rischio sia quasi sempre dalla parte del pubblico (più nelle opere pubbliche che nella ricerca, ha specificato, «dove il rapporto è più equilibrato»).

La questione, dunque, non riguarda soltanto chi ricopre il ruolo di inflessibile guardiano dei

conti, che proprio in questi giorni, a proposito, ha bloccato la legge sul "congedo paritario" perché l'intenzione era buona, ma la spesa era scoperta, ma tutti noi. Il presidente della

Fondazione Sussidiarietà, Giorgio Vittadini, mettendo il dito nella piaga della "frammentarietà", causa dell'inevitabile crisi del sistema sanitario, l'ha sintetizzata in uno slogan piuttosto efficace: «Non c'è democrazia senza cura». Sì, perché, come ha fatto notare Luca Antonini, giurista e giudice della Corte costituzionale, la tutela della salute (sancita dall'art. 32 della Costituzione italiana) è l'unico diritto espressamente qualificato come «fondamentale». Compito arduo per la Conferenza Stato-Regioni.

—© Riproduzione riservata—

***E quindi oltre
che essere
aumentata
va riorganizzata***



Il rapporto di Acli, Caf Acli, NeXt-Nuova Economia per Tutti e Università Tor Vergata

LA SANITÀ DEL SSN È RAZIONATA

Aumenta il divario in Italia per l'accesso alle cure

Il Servizio sanitario nazionale resta universalistico sulla carta, ma nella pratica l'accesso alle cure è sempre più legato al reddito. È il quadro che emerge dal rapporto «Quando i soldi non bastano – Il razionamento sanitario in Italia», realizzato da Acli, Caf Acli, NeXt Nuova Economia per Tutti e Università di Roma Tor Vergata, con il supporto di Comipa, Federcasce Bcc, Federazione Lombarda Bcc e Federazione Toscana Bcc. Un'analisi che, partendo da oltre otto milioni di dichiarazioni dei redditi tra il 2019 e il 2024, fotografa un sistema in cui la capacità economica è diventata il primo fattore di accesso alla salute.

La ricerca documenta l'esistenza di un «razionamento sanitario implicito» (il rapporto è disponibile on line: <https://www.nexteconomia.org/il-razionamento-sanitario-in-italia-primo-evento-il-23-febbraio-a-roma>). Suddividendo la popolazione in cinque scaglioni di reddito, la spesa sanitaria sostenuta direttamente dalle famiglie, al netto dei ticket, mostra un divario netto: i contribuenti con redditi più alti spendono mediamente quattro o cinque volte più di quelli con redditi bassi. Non perché stiano meglio, ma perché riescono ad aggirare i limiti del sistema pubblico, segnato da

tempi di attesa lunghi e carenze nell'offerta di prestazioni non emergenziali, ricorrendo al privato. Chi non può permetterselo, rinuncia.

A parità di condizioni di salute, la differenza annua di spesa tra i contribuenti più poveri e quelli più abbienti arriva fino a duemila euro. Oltre la metà delle persone collocate nello scaglione di reddito più basso non dichiara alcuna spesa sanitaria privata. Il dato è ancora più marcato tra gli anziani, dove la quota di chi non sostiene alcuna spesa supera il 55%, contro percentuali molto più contenute tra i coetanei con redditi elevati. Anche sul fronte dei farmaci il divario è evidente: la spesa media annua cresce con il reddito, segnalando non solo una diversa capacità di acquisto, ma anche bisogni che restano insoddisfatti. E la pandemia ha agito da acceleratore delle disuguaglianze. Il rapporto evidenzia inoltre una forte componente territoriale: dove i livelli essenziali di assistenza funzionano meglio, la prevenzione è più efficace e il ricorso forzato al privato si riduce.

«I dati mostrano una realtà preoccupante. Il nostro Servizio Sanitario sulla carta è universale, ma, fuori dall'emergenza e dai codici rossi, barriere economiche e lunghi tempi d'attesa costringono i più fragili a curarsi meno

perché hanno meno risorse. Parliamo di una spesa sanitaria inferiore fino a duemila euro tra il primo e l'ultimo scaglione di reddito per i più anziani. Miglioramento della sanità pubblica e delle case di comunità, prevenzione, ottimizzazione della spesa, progressività fiscale sono le azioni che servono per rimettere al centro i territori e la comunità, trasformando la salute da bene di mercato a pilastro di una nuova economia civile», ha spiegato Leonardo Becchetti, co-fondatore di NeXt Economia e professore dell'Università di Roma Tor Vergata, curatore della ricerca.

Secondo Sergio Gatti, direttore generale di Federcasce, esistono punti di contatto concreti tra banche di credito cooperativo e sanità: «Moltissime Bcc contribuiscono al potenziamento e all'integrazione del sistema assicurativo complementare, con forme di assicurazione sanitaria integrativa a carattere mutualistico e territoriale». Un impegno che si traduce in un ruolo diffuso e articolato: «Sono attive 65 associazioni mutualistiche costituite o promosse da Bcc, con CreaWelfare le Bcc offrono soluzioni aziendali a micro e piccole imprese socie e clienti e da circa 30 anni opera la Cassa Mutua Nazionale per il personale delle Bcc, che assiste oltre 72mila persone».

Per Gatti, l'azione del credito

cooperativo può contribuire a ridurre il razionamento sanitario legato al reddito e al territorio: «Diamo ogni giorno il nostro contributo. Così come è scientificamente dimostrato che dove operano le Bcc si osserva una riduzione delle disuguaglianze di reddito e delle povertà, penso che tra alcuni anni si potrà osservare anche una riduzione, almeno parziale, del razionamento sanitario». Una prospettiva che, avverte, richiede una strategia integrata: «È indispensabile dotarsi di una molteplicità di strumenti e agire sull'offerta pubblica, sull'integrazione dei sistemi di privato sociale e mutualistico e sulle disuguaglianze territoriali». (riproduzione riservata)

S.G.



Progetti contro le fragilità e il disagio

LA CURA PARTE DALLE CITTÀ

CARLA COLLICELLI

È ormai ampiamente noto che la salute non dipende solo dalla genetica e da virus e batteri, su cui peraltro molto si è fatto e si sta facendo, e che lo sviluppo tecnologico e l'azione umana hanno prodotto nuove sfide, che mettono a repentaglio lo stesso destino dell'umanità. Si tratta dei rischi legati all'ambiente di vita, fisico e sociale, alla crisi climatica, al dissesto idrogeologico, alla qualità dell'alimentazione

e dell'aria, al degrado urbano, all'inadeguatezza dei servizi sociali ed educativi, alle pecche del mondo della comunicazione. Tutte minacce che dipendono dai nostri comportamenti, dal nostro rapporto con le altre forme di vita e dalle scelte della politica e delle istituzioni. Ma, nonostante le sollecitazioni provenienti dalla scienza e dalla ricerca biomedica, le istituzioni si sono mosse con lentezza, quasi dimenticando i proponimenti formulati in epoca Covid in merito ad un nuovo modello di prevenzione, da costruire in collaborazione con tutte le forze vitali del pianeta e con le organizzazioni dei cittadini e dei malati, secondo una logica di fratellanza e di impegno per il

bene comune. Per cui il dopo-Covid si è presentato molto meno fulgido, i programmi di resilienza e ripresa hanno mostrato difficoltà a dare concretezza ai progetti, gli egoismi si sono riappropriati dell'esistenza umana ed abbiamo la sensazione che la tecnologia ci stia sfuggendo di mano.

Secondo i dati recentemente discussi alla Cop 30 di Belem, nel periodo 2012-2021 nel mondo l'inquinamento ha provocato ogni anno tra 2,5 milioni e gli 8 milioni di decessi.

continua a pagina 14

LA CURA PARTE DALLE CITTÀ

Più di 700 mila morti sotto i cinque anni sono collegati all'inquinamento e più del 99% della popolazione respira un'aria che l'Oms considera inquinata, e che ha aumentato i rischi di polmonite, ictus, cardiopatie e tumori polmonari. Ogni anno riversiamo nell'ambiente tra gli 8 e i 12 milioni di tonnellate di plastica. Dal 2000 a oggi le catastrofi climatiche globali hanno prodotto danni stimati nell'ordine dei 27 trilioni di dollari e nel 2024 la perdita di copertura arborea globale ha raggiunto quasi 30 milioni di ettari. In Italia si registrano più di 7 mila decessi all'anno legati all'aumento delle temperature, più del doppio rispetto al periodo precedente e oltre un quarto degli indicatori del BES (il Benessere Equo e Sostenibile misurato dall'Istat) peggiora tra il 2023 e il 2024. Cala la speranza di vita in buona salute, scendendo a 58,1 anni. Crescono il consumo di suolo, che interessa il 7% del territorio nazionale, e la produzione di rifiuti pro capite. Rispetto alla salute psichica, i disturbi mentali colpiscono una persona su 6. Ansia e depressione sono i più diffusi, con un'incidenza che oscilla tra i mille ed i 7 mila casi per 100 mila abitanti.

Segnali di speranza emergono però dalle tante azioni portate avanti, a volte sottotraccia, dalla ricerca scientifica e dalle organizzazioni dei cittadini. con una particolare attenzione per i punti di non ritorno, caratterizzati da situazioni ambientali talmente compromesse da rendere difficili le azioni di risanamento, e da allontanare il raggiungimento degli obiettivi dell'Agenda dell'Onu al 2030; e per i cosiddetti punti di ribaltamento, vale a dire le azioni possibili per invertire la rotta. Ed anche alcune iniziative istituzionali delle ultime settimane sembrano andare nella giusta direzione. La prima a cura del Ministero della Salute, che aveva già mostrato una nuova sensibilità rispetto ai fattori ambientali con l'istituzione del Dipartimento della

Salute Umana e Animale e dell'Ecosistema (One Health) e con altri alcuni atti di indirizzo e piani, tra cui il Piano Prevenzione, la Strategia Nazionale Biodiversità e il Piano di Azioni sulla Salute Mentale 2025-2030. Recentemente il Ministero ha reso pubblico un Programma triennale, dal nome "Salute, ambiente, biodiversità e clima", con il quale intende rafforzare, con opportuni stanziamenti, l'azione di fronteggiamento dei rischi di origine ambientale e climatica. Un primo passo significativo verso la strategia della "Salute in tutte le politiche", che da molto tempo Onu, ASviS e altre importanti istituzioni segnalano come indispensabile per contrastare molte patologie e disagi. Il Programma intende agire sia a livello culturale che a livello strutturale, tecnico-scientifico e della medicina territoriale, e sia sul settore dell'energia che su quelli dei trasporti, della pianificazione urbana e degli altri sistemi economico-produttivi di rilevanza.

Il secondo atto di grande rilevanza rispetto alla possibilità di far valere un nuovo paradigma per la tutela della salute è la pubblicazione, il 2 febbraio 2026, dei primi dati del "Progetto Disagio" dell'Istat, relativamente a un ampio numero di città. Si tratta di un grande sforzo messo in campo con l'obiettivo di descrivere e misurare il disagio di individui e famiglie a livello subcomunale per gli ambiti sociale, economico, lavorativo ed educativo. Con il calcolo di un nuovo Indice di Disagio Socio-Economico (Idise), per la prima volta vengono analizzate le condizioni sociali di contesto che provocano povertà, mancato accesso ai servizi e sofferenza fisica e psicologica, secondo una dimensione territoriale tale da risultare utile a fornire indicazioni concrete agli amministratori locali sulle aree di intervento da privilegiare.

Carla Collicelli



Il cuore di un bimbo e la tecnica, oracolo che ha parlato male

Il dramma di Napoli
rivela la grandezza
del sistema trapianti
e il suo limite
L'errore non
è neutro, è tragedia

GIULIANA RUGGERI

Da oltre vent'anni lavoro nel settore dei trapianti. In Italia il sistema è coordinato dal Centro nazionale trapianti (Cnt), istituito nel 1999, che garantisce qualità e sicurezza attraverso la Rete nazionale trapianti e il Sistema informativo trapianti. È una rete di eccellenza, riconosciuta a livello europeo e internazionale, che governa l'intero percorso dei trapianti con linee guida, protocolli operativi, monitoraggio delle liste d'attesa, analisi degli esiti e promozione della donazione.

Dentro questi percorsi che hanno governato il mio lavoro, porto con me volti e storie: «Dottorressa, ora io festeggio il mio vero compleanno, il giorno in cui ho ricevuto il rene, ricordandomi sempre nelle mie preghiere di chi me l'ha donato, la sua famiglia, i suoi affetti cari. Uno sconosciuto, ma per me diventato ora un familiare». Oppure: «Da quando ho ricevuto il trapianto è cambiato lo sguardo ver-

so tutto e tutti, sostenendo tutte le volte che posso chiunque si trovi nel bisogno e mi passa accanto». Il trapianto è un atto di gratuità che genera solidarietà, riconoscenza e un modo nuovo di guardare sé stessi, la vita e gli altri. La gratuità genera gratuità, e forse un mondo migliore, contro l'individualismo che sembra oggi la nota dominante.

Racconto tutto questo di fronte alla tragica vicenda del piccolo Domenico, che ci lascia senza parole. In lui riconosciamo i nostri figli e nipoti. Un amico scrive: «Come in una tragedia greca, qui il fato si traveste da procedura, e l'errore prende il volto della necessità. Un cuore destinato a salvare diventa strumento di morte: non per malvagità, ma per hybris, la fiducia eccessiva dell'uomo nei propri mezzi. Il bambino è l'innocente sacrificale, i genitori il coro mutto del dolore, la tecnica l'oracolo che ha parlato male. E la lezione tragica resta immutata: non tutto ciò che possiamo fare, sappiamo davvero governarlo».

Le responsabilità dovranno essere accertate, indagate e questo bambino non potrà mai essere ricordato solo per un "errore di percorso". Alla sua mamma va la nostra preghiera e il nostro abbraccio.

«Donna, non piangere!»: questo è il cuore con cui noi siamo messi davanti allo sguardo e davanti alla tristezza, davanti al dolore di tutta la gente con cui entriamo in rapporto, per la strada o nel viaggio, nei nostri viaggi. «Non piangere, perché non è per la morte, ma per la vita che ti ho fatto! Io ti ho messo al mondo e ti ho messo in una compagnia grande di gente! Uomo, donna, ragazzo, ragazza, tu, voi, non piangete! Non piangete! C'è uno sguardo e un cuore che vi penetra fino nel midollo delle ossa e vi ama fin nel vostro destino, uno sguardo e un cuore che nessuno può fuorviare, nessuno può rendere incapace di dire quel che pensa e quel che sente, nessuno può rendere impotente!» (don Luigi Giussani, 2002).

**Dirigente medico Chirurgia generale
e dei Trapianti di Rene
Azienda Ospedaliero-Universitaria
Senese (Aous), presidente
Osservatorio di Bioetica-Siena,
Componente del Comitato
nazionale per la Bioetica**



È VITA

L'Ue al bivio sull'aborto itinerante

GIOVANNI MARIA DEL RE

Oggi sapremo se «l'Erasmus dell'aborto» avrà una chance di diventare realtà. La Commissione Europea dovrà dare il suo responso sull'iniziativa dei cittadini "My Voice, My Choice" che chiede di finanziare con fon-

di Ue la possibilità di spostarsi per effettuare l'aborto in altri Stati membri.

A pagina 13

IL FATTO

Sostenuta da oltre un milione di firme e spinta dal voto favorevole di Strasburgo, la proposta "My Voice My Choice" affronta il giudizio del governo Ue (che bocciò "One of Us" con molte più adesioni di cittadini)

L'Europa decide se vuole più aborti

GIOVANNI MARIA DEL RE

Oggi sapremo se quello che le voci più critiche hanno definito "l'Erasmus dell'aborto" avrà una chance di diventare realtà. Il collegio della Commissione Europea dovrà dare il suo responso sull'iniziativa dei cittadini intitolata "My Voice, My Choice" (La mia voce, la mia scelta) che chiede di finanziare con fondi Ue la possibilità di spostarsi per effettuare l'aborto in Stati membri diversi da quello di residenza. L'iniziativa di cittadini è prevista dal trattato Ue, registrata il 10 aprile 2024 e avviata il 24 successivo. La raccolta di firme si è chiusa il 24 aprile 2025, con firme certificate il primo settembre 2025 per un totale di 1.124.513 (di cui 161.168 in Italia). Ad aderire all'iniziativa oltre 300 organizzazioni (solo in Italia sono 51).

La Commissione aveva tempo sei mesi per dare un suo responso, scadenza il 1° marzo. Tre le opzioni: dare seguito all'iniziativa presentando una proposta legislativa (che poi dovrà essere approvata da Stati membri e Parlamento Europeo); annunciare misure non legislative con studi e semplici linee guida; oppure decidere di non procedere affatto. In questi giorni, a dire il vero, gli organizzatori si sono mostrati pessimisti. «Abbiamo ricevuto brutte notizie sull'accesso sull'aborto sicuro -

scrivono sul social network LinkedIn -, i commissari stanno attuando decisioni a porte chiuse e hanno rifiutato di incontrarci prima di completare la decisione. Abbiamo ricevuto notizie non ufficiali: la Commissione ha già redatto una bozza di risposta con un approccio negativo. Questo manda il messaggio che la Commissione intende mantenere la sua inazione: e cioè che continuerà a voltarsi da un'altra parte mentre le donne soffrono e la loro salute resta a rischio». Gli organizzatori hanno dunque lanciato una petizione per convincere la Commissione «a cambiare idea».

«Raramente - afferma invece la Federazione One of Us (la cui iniziativa a difesa dell'embrione, nel 2014, raccolse più firme, arrivando a 1.721.626, ma fu ignorata dalla Commissione) - una decisione politica è così chiaramente una scelta tra bene e male, solidarietà e crudo egoismo, valori genuini e cinica libertà di scelta». Perché, aggiunge, «se la Commissione decidesse di ascoltare gli 1,1 milioni di cittadini che hanno sostenuto "My Voice My Choice" piuttosto che 1,7 milioni che hanno sostenuto "One of Us", non solo mostrerebbe un atteggiamento decisamente discutibile verso la democrazia ma metterebbe in evidenza che nella Ue i soldi possono comprare

leggi e decisioni amministrative».

Come noto, la richiesta di "My Voice My Choice" è di usare fondi Ue per un sostegno finanziario volto a consentire agli Stati membri, che potranno aderire su base volontaria, di agevolare l'attuazione di interruzioni di gravidanza per cittadini di altri Paesi Ue, ad esempio se le leggi nazionali sono più restrittive. Gli organizzatori sottolineano comunque che l'iniziativa non ha l'obiettivo di armonizzare le disposizioni legislative e regolamentari degli Stati membri o di interferire con le stesse, ma rientra piuttosto nella competenza di sostegno dell'Ue, conformemente alle norme stabilite dai trattati europei».

In base ai trattati Ue, l'accesso all'aborto è materia di competenza nazionale degli Stati membri, con uno scenario piuttosto variegato: dalla piena liberalizzazione in vari



Stati del nord Europa fino al sostanziale divieto a Malta, dove era totale fino al 2023 e poi consentito esclusivamente in caso di rischio di vita per la gestante. Forti limitazioni anche in Polonia. Varia pure il tempo limite per abortire: in quasi tutta la Ue è al massimo di 10-14 settimane di gravidanza, mentre nei Paesi scandinavi e in Olanda si arriva ad almeno 18 settimane. Tanto per fare un esempio: una donna francese alla quindicesima settimana potrebbe scegliere di andare ad abortire in Olanda visto che nel suo Paese sono stati oltrepassati i limiti. Un fenomeno che già esiste, ma la proposta dell'Iniziativa differisce nel fatto che le spese, almeno per i Paesi aderenti, sarebbero coperte con fondi Ue. I promotori si richiamano al divieto di discriminazione dei pazienti in base alla nazionalità, e ricordano il programma EU4Health lanciato

dall'Unione Europea che istituisce un finanziamento di 5,3 miliardi di euro per conseguire gli obiettivi di miglioramento della salute tra cui – citano – «il sostegno alle azioni degli Stati membri volte a promuovere l'accesso ai servizi di salute sessuale e riproduttiva». Una linea seguita anche da una risoluzione del Parlamento Europeo, approvata lo scorso 17 dicembre con 358 sì, 202 no e 79 astensioni con una maggioranza di centro-sinistra, in cui si appoggia l'iniziativa, con l'esortazione a «un'azione europea più incisiva per tutelare l'autonomia corporea e l'accesso universale a tali diritti, inclusi l'informazione sulla pianificazione familiare, la contraccezione accessibile, l'aborto sicuro e legale e l'assistenza materna».

Il Movimento per la Vita italiano, unendosi alle altre associazioni federate in One of Us, invita a firmare la

petizione europea online "No-abortiontourism" «perché i bambini non ancora nati siano protetti e gli venga riconosciuto il diritto alla vita». L'associazione Pro Vita & Famiglia parla di «"Erasmus dell'aborto" pagato con i soldi dei cittadini europei: un incentivo al turismo abortivo che spingerà gli Stati a competere per attirare fondi Ue promuovendo la soppressione di vite innocenti. alle donne, ma senza mai nominare il bambino concepito». L'iniziativa «fa tre "salti di qualità": spinge l'aborto dentro la categoria dei diritti fondamentali, normalizza la spesa europea per l'vg (anche oltreconfine) e colpisce il dissenso pro-life».

*Attesa per la scelta oggi
della Commissione
sulla petizione popolare
per estendere il ricorso
alle interruzioni
di gravidanza aprendo
i confini degli Stati*



Una riunione della Commissione Europea a Bruxelles



SI ALL'ASSEMBLEA NAZIONALE

“Diritto di morire” la Francia riparte Ma i contrari stanno crescendo

DANIELE ZAPPALÀ

Parigi

All'Assemblea nazionale di Parigi, ieri pomeriggio, il controverso progetto di legge francese sul fine vita è passato in seconda lettura. Ma la battaglia parlamentare e nell'opinione pubblica continua, per quella cospicua porzione di Francia che non accetta la breccia potenziale introdotta dall'«aiuto a morire». Una Francia composta non solo dal fronte associativo in difesa dei più fragili e dai rappresentanti religiosi ma anche da ampi settori del mondo ospedaliero. L'articolo chiave prevede cinque condizioni per l'accesso al “far morire”: essere maggiorenni e cittadini francesi, residenti in Francia, capaci d'intendere e volere, soffrire di un'«affezione grave e incurabile» che può condurre alla morte, provare una sofferenza «refrattaria ai trattamenti» o «insopportabile» in caso di volontà di arrestarli. Per Yaël Braun-Pivet, la storica esponente macroniana che presiede questo ramo del Parlamento, si tratterebbe di un testo «estremamente atteso» dai francesi.

Cosciente dell'incertezza del voto, il governo del premier Sébastien Lecornu si è speso fino all'ultimo a favore di un provvedimento che la cerchia più vicina al presidente Emmanuel Macron definisce persino come «la grande riforma» del secondo quinquennio del capo dell'Eliseo. Ma in giornata è risultato lo stesso evi-

dente il muro di perplessità che corre persino all'interno della maggioranza. Sulla principale radio pubblica *all news*, France Info, Maude Bregeon, portavoce

dell'esecutivo, ha ammesso fin dal mattino di essere «contro» a titolo personale, dato che la legge può schiudere il «vaso di pandora» delle derive a ripetizione. Una presa di posizione che ha suscitato imbarazzo nel Go-

vverno, nelle stesse ore in cui piovevano da ogni parte moniti sul «salto nel buio» che la Francia sembra pronta a compiere: una mossa interpretata da alcuni analisti indipendenti come l'estremo “riempitivo” politico di facciata di un secondo mandato privo per Macron di ogni incisività politica interna, fra assenza di una vera maggioranza di deputati e crisi di Governo a ripetizione. La tesi è abbracciata anche da tanti detrattori, pronti a ripetere che un tema tanto delicato, di portata antropologica, meriterebbe molto più di un'eventuale approvazione forzosa in mezzo ai cocci di un Parlamento spaccato.

In proposito, il disegno di legge varato ieri è pronto per tornare in Senato, dov'era

stato già bocciato in prima lettura, pur senza la replica di una bozza alternativa – all'insegna della prudenza – da parte della Camera alta, dopo aver fatto molto sperare in questo senso nel corso di un'intensa settimana di dibattiti in aula. Durante la seconda lettura i senatori sfodereranno quel coraggio che sembravano aver riposto in tasca, in extremis, in prima lettura? È uno degli interrogativi chiave che ormai agitano il dibattito.

Ieri al Palais Bourbon l'«aiuto a morire» è passato con 299 voti a favore, 226 contrari e 37 astenuti. È dunque sensibilmente cresciuto il numero di deputati refrattari, dato che erano stati 199 per il voto in prima lettura nel 2025. Un segnale che potrebbe forse spronare la Camera Alta, fra i cui ranghi sono maggioritari i senatori neogollisti e centristi, generalmente su posizioni ben più ponderate e prudenti del Governo sulle questioni bioetiche. È stata invece approvata all'unanimità la parallela bozza di legge che prevede di accelerare lo sviluppo delle cure palliative. Un provvedimento, nondimeno, additato da tanti fin dall'inizio come uno scaltro “strumento tattico” dell'esecutivo per far inghiottire al Paese la pillola amara del “diritto di morire”.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Nuovo voto
del primo ramo
del Parlamento a
favore della legge
che introduce
l'«aiuto a morire»
Consensi in calo
per una misura che
Macron considera
molto importante



«Volontariato con i malati, una scuola di vita. Insieme a noi di Unitalsi»

GRAZIELLA MELINA

«**C'**è fame di speranza, di stare insieme, di ascoltare parole che diano fiducia, di capire cosa vogliamo fare». Ecco perché, secondo Rocco Palessi, presidente dell'Unitalsi (Unione nazionale italiana trasporto ammalati a Lourdes e santuari internazionali), all'annuale corso di formazione degli animatori appena concluso ad Assisi è dedicato al tema del pellegrinaggio come esperienza spirituale, pastorale e di vita associativa, si è arrivati a contare da tutta Italia oltre 400 adesioni.

Perché ogni anno un corso proprio ad Assisi?

Crediamo sia il posto migliore per vivere un momento di spiritualità importante per gli animatori, un percorso di vicinanza soprattutto ai pellegrini malati e con fragilità. È un appuntamento per approfondire anche il senso della scelta personale ma soprattutto associativa: il volontario infatti non vive per sé ma opera in una comunità, quindi condivide con gli altri un percorso di vicinanza verso i pellegrini.

Quale è stata la peculiarità di questo corso?

Ricorrono gli 800 anni dalla morte di san Francesco, e sabato le sue spoglie sono state traslate in basilica. Per noi è stato un bellissimo incontro, perché abbiamo potuto celebrare la Messa con tutti i partecipanti aggiungendo ulteriore bellezza. I contenuti del corso si sono incentrati sulla figura dell'animatore nell'associazione e nei nostri pellegrinaggi. Un ruolo fondamentale per trasmettere ai pellegrini un messaggio chiave: la tenerezza si fa concreta e la speranza si trasmette a prescindere dallo stato di salute di ciascuno.

Che tipo di formazione serve?

Nei nostri pellegrinaggi a Lourdes

accogliamo una fragilità visibile, con gli ammalati, gli anziani, i bambini. Vogliamo trasmettere un messaggio di speranza per tutti i volontari e i malati. Servono gesti concreti, quando imbocchiamo, laviamo, o spingiamo una carrozzina, ma è anche importante fare festa, perché Lourdes diventa un luogo dove tutte queste persone riescono anche a gioire e sorridere.

Stare accanto a un malato vuol dire fare i conti con la fragilità. Non spaventa questo volontariato?

All'inizio sì, ma è importante avvicinarsi con discrezione. Anche quando siamo a Lourdes ai nuovi volontari non diamo compiti difficili ma cerchiamo di far svolgere attività che aiutano ad accogliere. Ogni anno arrivano anche circa 250 giovani in Servizio civile, molti di sicuro partecipano perché è previsto un compenso di 500 euro circa ma alla fine del percorso è stupendo leggere i loro commenti. Per loro è sempre un'esperienza formativa e di crescita personale, molti continuano a impegnarsi anche dopo. Siamo convinti che solo attraverso le nuove generazioni si può dare continuità al nostro volontariato. Non a caso dal 24 al 26 aprile, sempre ad Assisi faremo il Pellegrinaggio nazionale giovani dai 14 ai 35 anni.

Servono competenze sanitarie?

Un ramo importante dei volontari sono i medici e paramedici. Al pellegrinaggio dei bambini, lo scorso anno, hanno partecipato 15 medici specialisti in pediatria. Ma negli altri pellegrinaggi vengono medici di specialità diverse.

Cosa li spinge a fare i volontari?

Una forza straordinaria è quella di mettersi a disposizione degli altri anche nel tempo libero. Per Unitalsi medici e paramedici sono una componente importante. Sul treno abbiamo anche una vettura ambulanza dove portiamo gli ammalati più gravi, anche qualcuno con la Sla, ma grazie agli operatori sanitari presenti riusciamo a fare tutto. L'anno scorso abbiamo accompagnato due bambini fra-

gili, uno era addirittura intubato, abbiamo avuto la possibilità di farli viaggiare grazie alla collaborazione di un'équipe medica di Bologna.

Tutto gratuito?

Non solo. Oltre a non percepire nulla, ogni volontario paga la quota di partecipazione del pellegrinaggio. La presenza dei volontari è fondamentale. Noi sopperiamo a necessità di ordine sociale, con la riforma del terzo settore abbiamo continuato a svolgere anche attività di accoglienza, disponiamo di case dove offriamo alloggio gratuito alle famiglie che hanno necessità di andare in un centro clinico specialistico lontano da casa. Il nostro impegno è costante dovunque ci sia bisogno di sostegno e aiuto.

Sono tante le richieste che ricevete?

Riscontriamo grandi difficoltà da parte degli anziani, anche malati. Molti iniziano a non farsi curare nella giusta misura perché la struttura pubblica non riesce a dare risposta nei tempi necessari, e rivolgersi alla sanità privata per un pensionato non è la forma migliore per potersi curare in tempo, nessuno di loro riuscirebbe mai a sopportare le spese. Noi cerchiamo di aiutarli, li accompagniamo a fare le visite, se riusciamo li mettiamo in contatto con i medici che prestano volontariato da noi.

Che segnali cogliete nella società?

Il numero dei volontari dopo la pandemia è in calo, lo registrano tutte le strutture associative. Per di più, negli ultimi due-tre anni il Servizio civile non è stato finanziato a sufficienza. E così, non avendo i giovani a disposizione, molte associazioni non hanno potuto svolgere attività importanti. Ma se non facciamo vivere queste esperienze ai nostri giovani si rischia di alimentare l'individualismo.



L'incontro Unitalsi di Assisi



Farmaci, produzione ed export record Ma gli Usa lanciano la sfida dei prezzi

IL CASO

ROMA I dati ufficiali saranno resi noti a marzo. Ma secondo le prime stime la produzione industriale farmaceutica in Italia potrebbe raggiungere un nuovo record: oltre 75 miliardi di euro. Il settore sembra godere di un'ottima salute. Di più. Sembra avere le ali ai piedi. Il 2025 ha chiuso con un export di 69,2 miliardi, con un aumento sull'anno precedente di quasi il 30 per cento (28,5 per l'esattezza). Il saldo con l'estero è stato positivo per 11,5 miliardi. Nell'era dei dazi e dell'incertezza globale, si può dire che la farmaceutica è il vero motore dell'export italiano e europeo. Le esportazioni verso l'America non sono mai state così alte. Gli Usa non hanno filiera e competenze sufficienti per sostituire la produzione europea e Donald Trump non ha potuto fare a meno di esentare il settore dai dazi per non impattare sui costi delle polizze sanitarie e sull'inflazione. Nonostante tutto tra le industrie del settore c'è, per così dire, un senso di paura. «Quando sono stati resi noti i dati

record delle esportazioni», dice Marcello Cattani, presidente di Farindustria, «non ho festeggiato, mi sono preoccupato. Mi chiedo se in futuro riusciremo a mantenere questa crescita». Bisogna alzare lo sguardo e osservare alcune crepe che iniziano a vedersi e intervenire con calce e cemento per tempo. Un senso di urgenza che in Europa non sembra esserci. Più che aiutare il settore, Bruxelles

sembra divertirsi a sgambettarlo. Mentre la Cina ha allungato la durata dei brevetti, l'Europa l'ha ridotta. E, coerentemente con l'ideologia green, ha persino inventato una sorta di «tassa sulla pipì» a carico del settore farmaceutico. Siccome i farmaci sono prodotti chimici e vengono espulsi con le minzioni, il settore deve farsi carico dei costi di depurazione delle acque. Una sovrattassa da 11 miliardi. Non ci si rende conto che in atto un'aperta sfida commerciale, al centro della quale c'è la futura disponibilità dei farmaci più innovativi per curare in modo sempre più efficace i cittadini. E a sfidare l'Europa sono due colossi del calibro di Cina e Stati Uniti. Se è vero che Trump non ha imposto per ora dazi alla farmaceutica, ha messo in atto una strategia di lungo periodo potenzialmente più pericolosa. Con uno dei suoi ordini esecutivi, ha imposto una svolta radicale nella politica dei prezzi dei farmaci negli Usa. Il prezzo di vendita sul mercato americano di un farmaco dovrà essere pari a quello più basso in un panel di otto nazioni avanzate. E l'Italia è tra queste. Questo meccanismo si chiama della «most favourite nation (Mfn)», la nazione più avvantaggiata. L'idea di Trump, che poi non è così lontana dal vero, è che l'America, pagando prezzi più alti per i farmaci, abbia finanziato la ricerca anche a favore dell'Europa. Ora vuole mettere fine a questa «sovvenzione». Per l'Italia può essere un problema, perché oltre ad avere prezzi bassi ha un meccanismo, il payback, che di fatto è uno sconto che le case farmaceutiche italiane sono obbligate ad applicare per legge.

GLI EFFETTI

Qual è la conseguenza? Che le multinazionali americane potrebbero non avere più interesse a introdurre nuovi farmaci, soprattutto quelli innovativi, sul mercato italiano ed europeo, per non essere costrette a ridurre i prezzi di vendita anche sul mercato americano. «L'Mfn», dice Cattani, «sta cambiando completamente le logiche e i paradigmi dell'industria farmaceutica, ma anche le logiche di localizzazione degli investimenti in ricerca e sviluppo, nell'accesso ai nuovi farmaci e di nuovi vaccini». Per ora a difendere il sistema ci sono soprattutto le competenze tecniche e una filiera non facile da riprodurre. Riportare le produzioni in America, insomma, non è semplice. È un po' come gli I-phone, puoi decidere di non produrli più in Cina, ma li puoi spostare al massimo in India, perché negli Stati Uniti non ci sono abbastanza ingegneri specializzati. Questo «saper fare» italiano ed europeo, è un argine che sta reggendo. Ma va rafforzato. Come? «Abbattendo», dice Cattani, «le barriere non tariffarie». Come il payback, appunto. Un invito a non spegnere, come fatto con la siderurgia, uno dei motori trainanti dell'economia europea.

Andrea Bassi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

UN ORDINE ESECUTIVO DI TRUMP POTREBBE PENALIZZARE IL SETTORE MA IN ITALIA C'È UNA FILIERA DIFFICILE DA REPLICARE



 La lettera

La distribuzione dei farmaci e la spesa pubblica

Cosa è stato cambiato

Gentile Direttore, facendo seguito all'articolo apparso lunedì sul suo giornale, a firma di Milena Gabanelli e Simona Ravizza, corre l'obbligo di recapitarle le mie considerazioni sul metodo e sul merito di quanto scritto. Partendo dal merito, l'articolo di «Dataroom» si sofferma sulle novità introdotte da questo governo in materia di distribuzione dei farmaci e della relativa spesa. In Italia i canali per la distribuzione sono sostanzialmente due: quella diretta operata dagli ospedali e quella convenzionata fatta dalle farmacie. La Sanità pubblica in Italia non è in discussione e bisogna intervenire perché le cure offerte ai nostri cittadini siano sempre migliori. Per conseguire questo obiettivo, che rimane la stella polare dell'attività di questo ministero, sono necessari alcuni cambiamenti anche nella distribuzione dei farmaci. Il ministero della Salute, seguendo il principio di vicinanza del farmaco ai cittadini, ha avviato un processo di trasferimento della distribuzione di alcune classi di farmaci dagli ospedali — che sono fatti per curare — alle farmacie. Secondo l'interpretazione di Gabanelli e Ravizza questi cambiamenti avrebbero comportato un aumento della spesa pari a 194 milioni di euro. È un dato diramato da Aifa, ma travisato nella sua sostanza. In primo luogo, questa spesa già era computata nella distribuzione diretta operata dalle Asl, oggi invece viene compresa nel capitolo di spesa per la distribuzione in farmacia. Quindi questi soldi venivano già spesi dallo Stato in passato.

In più, nell'articolo si dice che a fronte di un aumento delle confezioni distribuite, pari allo 0,2%, ci sia un aumento del costo dei farmaci del 3,2%. Questo è vero, ma il motivo è che vengono utilizzati farmaci più moderni ed efficaci che meglio curano i nostri cittadini e non sono imputabili al nuovo sistema di remunerazione. Si dice che non ci siano vantaggi per i cittadini, perché già prima c'era l'opportunità di ritirare il farmaco in farmacia. È vero, oggi le farmacie distribuiscono alcuni farmaci per conto delle Asl, ma non si considera che il medicinale non è immediatamente disponibile; si obbligano i cittadini, nella maggior parte dei casi anziani e fragili, a recarsi più volte in farmacia con

grandissime difficoltà qualora si renda necessario reperirlo a ridosso delle festività. Per questo motivo, l'obiettivo finale del governo è quello di spostare la distribuzione del farmaco dagli ospedali alla farmacia sotto casa, garantendo uniformità di accesso su tutto il territorio nazionale.

Per quanto riguarda le Gliflozine, erroneamente nell'articolo si è scelto un solo farmaco del gruppo, su una platea composta da 29 farmaci che tra loro hanno prezzi molto differenti e sui quali, in occasione del cambiamento di canale distributivo, l'Aifa ha rinegoziato a ribasso. Le percentuali di sconto sono tra l'altro molto diverse tra loro. Nell'articolo è stato riportato il prezzo di vendita al pubblico del farmaco, che poi era il medicinale che tra tutti ha ottenuto lo sconto minore. Così facendo è normale che risulti un aggravio dei costi di 70,6 milioni di euro. In realtà, c'è stato un risparmio di 9,2 milioni di euro nel trimestre considerato e quindi in proiezione un risparmio annuo stimato in circa 36 milioni di euro. Si insinuano dubbi su questi calcoli elaborati dall'Aifa, unico ente che ha l'autorità, i dati e la competenza — fissata per legge — per certificare la spesa farmaceutica, e anche sulla validità del lavoro di certificazione di un Tavolo tecnico composto da ministero dell'Economia e Finanze, ministero della Salute, Aifa e rappresentanti delle Regioni.

Siamo convinti della bontà della nostra riforma, perseguendo l'obiettivo di agevolare l'accesso alle cure, sostenere la rete di assistenza territoriale, ridurre la burocrazia a carico di chi si deve curare e consentire agli ospedali di concentrarsi sulla loro funzione, che è quella di curare.

Vengo adesso alle considerazioni di metodo. È un peccato che due autorevoli firme e una gloriosa testata come il *Corriere della Sera* non abbiano sentito il bisogno di interloquire con chi si occupa quotidianamente di una materia così importante e complessa. Il ministero della Salute è e rimarrà sempre a disposizione.

Marcello Gemmato

Sottosegretario di Stato alla Salute



1) Non è vero che la spesa farmaceutica è cresciuta perché i farmaci costano di più. Lo dimostra il Rapporto OsMed di Aifa a pagina 110.

2) I conti di Pierluigi Russo sugli anti-diabetici gliflozine sono taroccati perché mostrano il risparmio in seguito a uno sconto del 6%, ma non il confronto tra vecchio e nuovo canale di distribuzione. Il tavolo tecnico non li ha certificati, semplicemente gli sono stati presentati.

3) In quanto autorevoli firme di una

gloriosa testata come il Corriere della Sera sentiamo il bisogno di interloquire con chi si occupa quotidianamente di una materia così importante e complessa, ma a nostro parere non con chi è in conflitto di interesse.

Milena Gabanelli
Simona Ravizza

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'obiettivo

«Siamo convinti della bontà della nostra riforma per agevolare l'accesso alle cure»

Uniformità

«Passerà dagli ospedali alle farmacie sotto casa la distribuzione di alcune categorie»



MONTA IL DIBATTITO E L'AIFA INCONTRA LE REGIONI

La spesa farmaceutica è davvero fuori controllo?

di CRISTIANA FLAMINIO

La spesa farmaceutica diventa un dilemma. È (davvero) fuori controllo come dice l'Aifa o non lo è come, invece, giura Farindustria? Il tema non è certo peregrino perché la spesa in medicinali sostenuta dal sistema sanitario nazionale rappresenta una voce di bilancio a dir poco corposa per le casse pubbliche. E, contestualmente, è pur sempre una fonte di entrate a dir poco relevantissima per l'intero comparto. In mezzo, però, c'è (più o meno) di tutto.

C'è, per esempio, un Paese che invecchia. E che, invecchiando, ha sempre più bisogno di pillole, unguenti, sciroppi e medicinali. C'è, poi, la questione degli antibiotici e lo spauracchio che i batteri, di punto in bianco, siano diventati più forti. Anzi, "farmacoresistenti". Ma c'è pure un altro tema, che come al solito, è ancora più rilevante di tutti. Quello delle catene del valore, o se preferite della supply chain. Controllate, ça va sans dire, dalla Cina. Insomma, si dovrebbe iniziare a tirare la cinghia per evitare di spendere troppo e di foraggiare quella che una volta era la "fabbrica del mondo", il posto fantastico per delocalizzare e ritrovarsi sul mercato (e ciò valeva per tutti o quasi i comparti industriali), e che oggi è considerato un rivale economico dell'Europa e, più in generale, dell'Occidente.

L'Aifa, nei giorni scorsi, ha lanciato l'allarme. Spendiamo troppo. E ha avviato diversi studi, pubblicato analisi, chiesto aiuto. In primo luogo alle Regioni. Il presidente Aifa Roberto Nisticò è sfilato in audizione, nei giorni scorsi, alla Commissione Salute della Conferenza Stato-Regioni. Alla fine, a fronte di un confronto all'insegna della "ampia disponibilità alla collaborazione reciproca", ci si è accordati su alcuni punti focali. Il primo riguarda il programma annuale dell'Agenzia che, finalmente, dovrà essere sottoposto ad approvazione delle Regioni dopo che per due anni questo punto è passato bellamente in cavalleria. Il secondo afferisce al prontuario farmaceutico nazionale, alla necessità di rimetterci mano e a dargli efficacia a iniziare dal 1° gennaio di ogni

anno. Last but not least, l'inserimento di quattro tecnici "regionali" al tavolo tecnico Aifa per le note che servirà "a migliorare le decisioni regolatorie, evitando vuoti normativi da un lato e un aumento incontrollato della spesa connessa a prestazioni inappropriate, dall'altro".

Nel dibattito, poi, si è inserito pure il sottosegretario alla Salute Marcello Gemmato. Che, alla Gazzetta del Mezzogiorno, ha smontato le ricostruzioni di chi riteneva che la modifica della distribuzione dei farmaci abbia contribuito a spedire in orbita la spesa pubblica farmaceutica: "Mon c'è un aumento di spesa, questi fondi erano già computati nella distribuzione diretta operata dalle Asl; oggi vengono semplicemente spostati nel capitolo di spesa della distribuzione in farmacia, soldi che lo Stato spendeva già in passato".

Una ricostruzione, questa, che è avvalorata dall'analisi di Federfarma: "L'impatto della nuova remunerazione sulla spesa farmaceutica è stato previsto dal Legislatore, esattamente quantificato dall'Agenzia per il farmaco e certificato dalla Ragioneria Generale dello Stato nei limiti delle previsioni di bilancio: non si è verificato infatti alcuno sfioramento del tetto della spesa farmaceutica convenzionata". E quindi è toccato a Farindustria dire la sua: "Non c'è una spesa farmaceutica fuori controllo".

Il presidente Marcello Cattani ha aggiunto: "La spesa farmaceutica non può che crescere, e questo per l'invecchiamento progressivo della popolazione e l'impatto delle comorbidità, ma anche per la corsa dell'innovazione, che ha un valore diverso e di cui occorre tenere conto". Detto ciò, Cattani sottolinea: "Però questo non vuol dire che la spesa farmaceutica sia fuori controllo. Oggi il mondo va a una velocità diversa da quella del 2023 e del 2024, se consideriamo le dinamiche che guidano la localizzazione degli investimenti". Quindi i conti vanno fatti ma occorre, per Cattani, tenere presenti i "risparmi che riguardano la spesa farmaceutica territoriale, che si stanno gestendo con spostamenti di classe per avvicinare tanti farmaci al cittadino e che dall'altra parte consentono di ottimizzare le risorse da destinare all'investimento in innovazione".



SABATO 28 LA GIORNATA MONDIALE

Malattie rare, più diagnosi con lo screening neonatale

ENRICO NEGROTTI

Oltre 60 eventi caratterizzano la Giornata mondiale delle malattie rare, che si celebra sabato 28 febbraio. In Italia, in realtà, si è esteso a tutto febbraio il periodo dedicato alla sensibilizzazione sulle esigenze di cura e assistenza delle persone colpite da una condizione o patologia che ha una prevalenza inferiore a 5 individui su 10mila. Quest'anno il tema sottolineato da Uniamo-Federazione italiana malattie rare (Firm), che rappresenta oltre 200 associazioni di pazienti e familiari, è l'accesso alle terapie e ai trattamenti anche non farmacologici per tutti i malati rari, specifica la presidente di Uniamo, Annalisa Scopinaro. E se la legge 175/2021 ha rappresentato una svolta per il mondo delle malattie rare, non è ancora stata del tutto implementata, perché, con il Comitato nazionale malattie rare è in corso di rinnovo, mancano ancora due decreti attuativi: sul fondo di solidarietà e sugli incentivi fiscali per i finanziamenti alla ricerca scientifica. Da due settimane, il Centro nazionale malattie rare (Cnmr) ha un nuovo direttore, Maria Luisa Scattoni, che nell'ultimo numero di RaraMente (la

newsletter frutto della cooperazione tra Cnmr e Uniamo), ricorda «le strategie di prevenzione primaria» e osserva che attraverso «l'Archivio nazionale degli screening neonatali estesi, il Cnmr opererà per collegare precocemente diagnosi, percorsi assistenziali e valutazione dell'efficacia dei programmi di sanità pubblica. Un'area di parti-

Decine gli eventi in tutta Italia, centinaia le associazioni di pazienti e familiari, 2 milioni i malati, 100mila dei quali affetti da una patologia ancora senza un nome

colare rilevanza per il futuro è quella delle malattie senza diagnosi e dei casi ad alta complessità».

Infatti la diagnosi resta ancora un mistero per 100mila dei 2 milioni di malati rari in Italia, segnala l'Ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma, che dal 2016 ha attivato un ambulatorio specifico per i pazienti ancora privi di diagnosi. Altro ambito rilevante per l'assistenza ai malati rari sono le attività di riabilitazione, per le quali la Fondazione Don Carlo Gnocchi vanta una lunga esperienza e una serie di centri ad alta specializzazione sparsi su tutto il territorio nazionale, a partire dal centro Santa Maria Nascente a Milano e dal centro Santa Maria della Provvidenza a Roma. Società italiana di neonatologia e Uniamo ricordano che, delle oltre 7mila malattie rare, circa il 70% ha un'origine genetica e una buona fetta riguarda l'età pediatrica. «Lo screening neonatale esteso - osserva Scopinaro - è uno straordinario strumento per individuare fin dalla nascita patologie che possono essere trattate prima che compaiano i sintomi. I trattamenti possono essere non solo farmacologici ma anche, nella nostra visione, abilitativi e riabilitativi. I bambini e le loro famiglie devono essere accompagnati in un percorso di supporto e di cura che non li lasci mai da soli». «Lo screening neonatale deve offrire un beneficio diretto e concreto al neonato - sottolinea il presidente della Società italiana di neonatologia, Massimo Agosti -, limitandosi alle condizioni per le quali esiste un trattamento efficace. Ogni estensione deve essere valutata con rigore scientifico e responsabilità etica». E, assieme a Uniamo, chiede una «cabina di regia» nazionale, per evitare disuguaglianze basate sulla residenza. Accanto a quella di Neonatologia, anche le società scientifiche italiane di Neurologia, Neuropsichiatria, Pediatria e Reumatologia, in occasione della Giornata mondiale, chiedono che i pazienti con malattie rare nei loro percorsi di cura, spesso molto complessi, ottengano quella presa in carico globale di cui hanno bisogno, e in modo omogeneo sul territorio nazionale.





Servizio Studio Cattolica-Gemelli

Spina bifida: un algoritmo anticipa la diagnosi al primo trimestre di gravidanza

L'ecografia tra 11 e 14 settimane integrata con l'IA analizza la regione posteriore del cervello individuando le anomalie fetali del sistema nervoso centrale

di Ernesto Diffidenti

25 febbraio 2026

Un'ecografia effettuata nel primo trimestre di gravidanza può già raccontare molto sulla salute del cervello del feto. Ma oggi, con l'aiuto dell'intelligenza artificiale, lo può fare in modo molto preciso individuando con precisione i casi di spina bifida aperta (OSB) e di malformazione di Dandy–Walker, tra le più impegnative anomalie congenite del sistema nervoso centrale. Il merito va a un team internazionale, guidato dall'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma con il Policlinico Gemelli Irccs, che ha sviluppato un algoritmo di deep learning in grado di analizzare automaticamente la regione posteriore del cervello fetale nelle ecografie effettuate tra 11 e 14 settimane di gravidanza.

I risultati dello studio che ha coinvolto 10 centri di medicina fetale sono stati pubblicati sulla rivista *Radiology Artificial Intelligence*.

Un corretto inquadramento diagnostico

“L'individuazione precoce di queste condizioni – commenta il professor Tullio Ghi, ordinario di Ginecologia e Ostetricia Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma e Direttore UOC Ostetricia e Patologia Ostetrica Fondazione Policlinico Gemelli Irccs - consente di inviare tempestivamente le pazienti presso un centro di riferimento di medicina fetale per offrire loro un più accurato inquadramento diagnostico e un adeguato counseling entro la fine del I trimestre. Questo è di particolare importanza per la spina bifida aperta che oggi è suscettibile di terapia chirurgica prenatale in utero con notevoli miglioramenti degli esiti clinici. Una diagnosi ecografica più precoce consente di pianificare una presa in carico individualizzata del bambino, eseguire esami approfonditi (test genetici e RMN) e selezionare accuratamente i casi che possono beneficiare”.

“Lo studio ha analizzato retrospettivamente 251 immagini ecografiche del cervello fetale al I trimestre: 150 casi normali e 101 con anomalie – ricorda Alessandra Familiari, professore associato di Ginecologia e Ostetricia all'Università Cattolica, UOC di Patologia Ostetrica del Policlinico Gemelli, co-PI e primo nome dello studio -. Le immagini sono state utilizzate per “insegnare” all'algoritmo a riconoscere queste anomalie nella regione cerebrale di interesse. Mai prima d'ora l'intelligenza artificiale era stata impiegata con successo nello studio ecografico dell'anatomia fetale a un'epoca di gravidanza così precoce. In ragione del suo potenziale innovativo di questo progetto lo studio è stato selezionato dal ministero della Salute come meritevole di finanziamento tra i bandi della ricerca finalizzata 2022”.

Raggiunta un'accuratezza dell'88% nelle immagini

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA

“Il nostro algoritmo— afferma Luca Boldrini, ricercatore Diagnostica per Immagini e Radioterapia Università Cattolica del Sacro Cuore e Responsabile UOS Radioterapia a fasci esterni MR guidata del Policlinico Gemelli - ha raggiunto un'accuratezza dell'88% nel distinguere le immagini normali da quelle patologiche, un valore che indica un'elevata capacità diagnostica. La spina bifida aperta è stata identificata con un'accuratezza ancora maggiore (93%) e un'elevata sensibilità. Si tratta di un grande risultato, considerando che utilizza immagini ecografiche di routine, completamente non invasive per il feto e per la madre”. In altre parole, l'algoritmo ben 'addestrato' è stato in grado di riconoscere correttamente la maggior parte dei casi patologici, riducendo il rischio di falsi negativi e falsi positivi. Il plus è che tutto ciò è avvenuto in epoca molto precoce (tra l'11° e la 14° settimana di gravidanza) spostando dunque sensibilmente indietro le lancette della diagnosi precoce (queste anomalie del SNC al momento vengono diagnosticate nel secondo trimestre di gravidanza).

Nuovi scenari per lo screening prenatale

I risultati di questo studio aprono nuovi scenari per lo screening prenatale e la successiva presa in carico del feto. Un sistema di supporto basato su intelligenza artificiale potrebbe aiutare i professionisti a individuare più precocemente anomalie complesse, standardizzare le valutazioni e migliorare l'equità dell'accesso a diagnosi di qualità, anche in contesti con minore esperienza specialistica. “La tecnologia non va a sostituire il medico, ma lo affianca – conclude il professor Ghi - offrendo uno 'sguardo' digitale che può fare la differenza, già nel primo trimestre di gravidanza, fornendo alle famiglie informazioni fondamentali nel momento più delicato del percorso di gravidanza”.

Vaccini, la prevenzione inizia prima della nascita dei bambini



di **Gianluca Dotti**
giornalista
scientifico

Ci sono malattie da cui i neonati non sono protetti e altre, come il morbillo, che non sono coperte a sufficienza. Il clima antiscientifico della pandemia si fa ancora sentire

La copertura vaccinale accompagna già i primi mesi di vita ed è uno degli strumenti principali di tutela della salute infantile: è in questa fase iniziale che si costruisce una protezione decisiva contro malattie infettive potenzialmente gravi, attraverso scelte che coinvolgono i genitori e, in senso più ampio, l'intero sistema sanitario. «Il nostro compito come neonatologi è continuare a fare prevenzione contro le malattie attraverso le vaccinazioni, spiegandone il senso e l'importanza fin dai primi contatti con i genitori», dice **Massimo Agosti, presidente della Società italiana di neonatologia (Sin)**.

La prevenzione non comincia con la prima dose somministrata al bambino, ma prende forma già prima della nascita. «Esistono vaccinazioni che la mamma può effettuare nei mesi prima del parto, con l'obiettivo di proteggere sé stessa

e, allo stesso tempo, il bambino che porta in grembo», osserva Agosti. «In questo modo la madre produce anticorpi che passano attraverso la placenta e permettono al neonato di essere già protetto in una fase in cui il suo sistema immunitario è ancora immaturo».

La protezione trasmessa dalla madre è particolarmente rilevante appena dopo la nascita, quando alcune infezioni possono avere conseguenze più serie, dalla comune influenza fino all'infezione da virus respiratorio sinciziale. «Ci sono malattie per cui il neonato non è protetto, perché la vaccinazione diretta viene effettuata solo dopo alcune settimane», spiega Agosti. «La protezione materna in gravidanza consente di colmare questo intervallo di vulnerabilità». **È una protezione non obbligatoria ma raccomandata, offerta dal Servizio sanitario, eppure oggi ancora lontana dal raggiungere quota 50% di copertura.**

Allargando lo sguardo oltre la gravidanza, resta centrale il tema delle vaccinazioni dell'infanzia, tra cui quella contro il morbillo che solitamente è somministrata come trivalente insieme a parotite e rosolia. «Il morbillo, nello specifico, è una malattia che continuiamo a vedere perché le coperture sono ancora insufficienti, con differenze significative sul territorio», sottolinea il presidente. «In Italia esistono squilibri tra regioni, nell'offerta e nell'organizzazione, e questo contribuisce a rendere la protezione disomogenea».

Anche il periodo della pandemia ha inciso: durante l'emergenza sa-



nitaria molte somministrazioni sono state rimandate e i tassi di copertura si sono abbassati, soprattutto nel secondo anno di vita. La prevenzione vaccinale perde efficacia quando viene percepita solo come una risposta a un'emergenza, mentre funziona davvero quando diventa una pratica stabile, integrata nella quotidianità dei servizi sanitari e nelle abitudini delle famiglie, determinando anche il cosiddetto "effetto gregge".

A pesare nel tempo sono state anche informazioni distorte che hanno lasciato una traccia profonda nell'opinione pubblica. «Il

vaccino contro il morbillo è stato a lungo associato, in modo del tutto infondato, all'autismo a causa di uno studio pubblicato negli anni Novanta e poi ritirato perché basato su dati falsificati», ricorda Agosti. «Dal punto di vista scientifico quella vicenda è stata chiarita da tempo, ma sul piano culturale il messaggio ha continuato a circolare, rendendo necessario ribadire con chiarezza che non esiste alcun legame con l'autismo».

In un contesto di infodemia, cioè di circolazione di grandi quantità di informazioni in cui le affermazioni false o in-

certe si confondono con quelle verificate, il ruolo degli operatori sanitari diventa ancora più delicato. «I genitori ricevono informazioni da fonti molto diverse tra loro», osserva Agosti. «Per questo è importante che ostetriche, ginecologi, neonatologi e pediatri siano coerenti e non esitino nel promuovere la cultura delle vaccinazioni, spiegando alle famiglie e accompagnandole nelle scelte».



**MASSIMO
AGOSTI**
PEDIATRA



CERCO UN BAMBINO QUASI PERFETTO



L'obiettivo dichiarato - anzi, sarebbe più corretto dire trapelato, visto che esiste un patto di massima segretezza tra gli attori della vicenda - è far nascere bambini sani, geneticamente modificati in modo da evitare malattie genetiche ereditarie.

O malattie ossee o cardiache o rischi cardiovascolari e chissà che altro. Ma c'è chi già pensa che le modifiche genetiche rese possibili dalla tecnica Crispr, anche nota come il taglia e cuci del DNA - una forbice molecolare in grado, quindi, di sostituire con altri sani i geni responsabili di malattia - possano consentire di individuare gli embrioni che potenzialmente possono avere un quoziente intellettivo maggiore. O, perché no, magari dar vita a individui più alti e performanti, magari con tendenza al normopeso o di altezza superiore alla media. Perché dal desiderare un bambino sano al pensiero di averne uno perfetto il passo è breve, e il desiderio inconfessabile. Insomma, come titolava il quotidiano cattolico *Avvenire*, si tenta di creare in provetta il bambino perfetto, per fare a gara con Dio.

Ma al di là delle imprescindibili questioni etiche - che non a caso hanno imposto una moratoria quasi in tutto il mondo all'utilizzo della tecnica Crispr nelle cellule riproduttive e negli embrioni - che cosa c'è di fattibile in Preventive, start-up della Silicon Valley fondata dal genetista Lucas Harrington e finanziata con oltre 30 milioni di dollari da alcuni tra i maggiori imprenditori tecnologici americani, come Sam Altman di OpenAI e Brian Armstrong, guru delle criptovalute con Coinbase? E qual è il sogno che davvero inseguono? Davvero quello di un bambino senza malattie genetiche o con minori rischi cardiovascolari, come dichiarano, o piuttosto quello di un essere del quale si possono scegliere preventivamente caratteristiche fisiche o addirittura attitudini? E il termine eugenetica, utilizzato da alcuni per contestare la tecnica, è davvero così fuori luogo? Inoltre, a chi sarebbe davvero accessibile una tecnologia di questo tipo, visto che il trattamento per l'editing genetico dell'anemia falciforme approvato da Fda costa più di 2.2 milioni di dollari?

Tante domande, e la prima è se è un'idea delirante, come sostiene Fyodor Urnov, direttore dell'Innovative Genomics Institute dell'Università della California-Berkeley. Bisogna dire che qualche anno fa uno scienziato cinese, He Jiankui, della Southern University of Science and Technology di Shenzhen, ha praticato editing genetico su embrioni scuotendo il mondo scientifico annunciando di avere fatto nascere tre bambini geneticamente modificati e immuni all'Hiv: è stato punito con tre anni di carcere e multa per pratiche illegali. Il dibattito scientifico ha scosso il mondo della genetica e quello della medicina della riproduzione.

Anche perché non sappiamo ancora tutto quanto del genoma umano o delle interazioni dei geni tra di loro e qualunque cambiamento prodotto modificando con Crispr il patrimonio genetico si tramanda alle generazioni future, nel bene e nel male, errori compresi. Non a caso gran parte della comunità scientifica è contraria e ha chiesto una moratoria internazionale su questo tipo di esperimenti considerati pericolosi.

di ELVIRA NASELLI

illustrazione di GIULIA NERI

«La biologia e la medicina della riproduzione non sono scienze perfette - premette Eleonora Porcu, grande esperta di procreazione assistita in Italia e professoressa all'Università Alma Mater di Bologna - e, sebbene si sia in grado di identificare specifici loci nel DNA che presiedono un certo



tipo di funzioni neuronali, rendendo l'ipotesi di Preventive teoricamente possibile, ci sono troppe variabili e varianti in corso d'opera e il rischio di incorrere in errori non è indifferente, come anche del resto la diagnosi preimpianto non è scevra di errori. E spesso la natura è in grado di arrangiarsi e correggersi da sola. Figuriamoci se si possono programmare bambini con interessi specifici o più intelligenti o più alti o con predisposizioni particolari».

Intanto, però, negli Usa si moltiplicano le offerte di screening poligenici degli embrioni con la selezione di quelli considerati migliori e alcune start-up promettono di riuscire a individuare nel DNA con algoritmi specifici non solo malattie ma, appunto, altezza o probabilità di quoziente intellettivo. O anche probabilità di ammalarsi di disturbo bipolare, schizofrenia, ansia. Al modico prezzo di qualche decina di migliaia di dollari a embrione. E se è vero che le Società scientifiche alzano le mani e avvertono che non c'è niente di certo, queste offerte arrivano anche attraverso enormi cartelloni pubblicitari per strada: "Have your best baby", un invito ad avere il miglior bambino possibile.

Già, ma che cosa è possibile oggi? «In realtà già oggi i progressi ci consentono di fare il profilo degli embrioni per tratti poligenici come altezza, abilità cognitive o quoziente intellettivo, ma - precisa Danilo Cimadomo, professore associato di Biologia della Sviluppo all'Università di Pavia - gli outcome, i risultati, non sono ancora chiari. Il "poligenic risk score" non determina l'insorgenza di malattia, come diabete, malattie cardiovascolari o tumori, ma un minore o maggior rischio di sviluppare malattia. Informazioni che possono servire a modificare il proprio stile di vita personale se si sa, per esempio, che si corre un rischio aumentato del 20 per cento di ammalarsi di diabete. Alcune aziende americane hanno preso questo concetto pensando di applicarlo su: Un figlio, purché mi somigli. Ma non solo. Le richieste di chi chiede la donazione di ovociti sono varie. «Due coppie su 10 chiedono il titolo di studio della donatrice, chiedendo laureate - spiega Francesco Gebbia, ginecologo e direttore Centro Ivi di Roma - ma poi anche la religione, l'orientamento sessuale, l'età, esprimendo preferenze per le ragazze più giovani. E ovviamente i caratteri somatici, come capelli e occhi chiari. Ma la legge è chiara: non si può scegliere, ma si garantisce compatibilità con il fenotipo della ricevente. E quindi con range di altezza, colore della pelle e degli occhi, tipo di capelli. Una donna rossa con occhi verdi non avrà ovociti di una donatrice con capelli e occhi scuri, insomma». La domanda che sempre si fa è: mi somiglierà? E qui soccorre anche la tecnologia con il Biometric Scan, che utilizza un software per individuare la donatrice con il più

alto grado di somiglianza facciale con la donna che riceverà quegli ovociti. «Questa tecnologia riprende e applica in ambito medico soluzioni già in uso, per esempio per sbloccare i nostri telefoni e consente di confrontare in modo analitico i tratti del viso della paziente con quelli delle potenziali donatrici permettendo di selezionare quella con le proporzioni facciali più simili». E poi c'è il fattore gruppo sanguigno: benché a livello clinico non ci siano impatti di alcun tipo, si sceglie la donatrice con un gruppo sanguigno compatibile con la coppia ricevente. «Per non avere la necessità di raccontare al bambino che è nato fuori dalla coppia», conclude Gebbia.

gli embrioni, utilizzando punteggi poligenici per tante mutazioni che possono o meno aumentare rischi specifici. Se si trasla questo ragionamento a fattori non medici come l'altezza o il quoziente intellettivo, per esempio, sappiamo che per il 50 per cento le variabili sono dovute alla genetica, ma questo non vuol dire che puoi selezionare gli embrioni per farli diventare più intelligenti, ma che puoi scegliere tra i tuoi embrioni il migliore. Quindi quello che si può fare, se si hanno tanti embrioni, è trasferire quello che ha un punteggio migliore, ma questo presuppone di avere un gran numero di embrioni tra cui scegliere e che tutti si impiantino, entrambe cose possibili ma raramente vere. L'idea della start-up è definire i rischi poligenici e andare a modificare quei geni con Crispr-Cas 9, con rischi potenziali non accettabili. Io non sono contrario alla ricerca e, anzi, avremmo bisogno di più ricerca sugli embrioni, ma sono contrario al fatto che possa essere utilizzata per modificare il destino genetico. Perché possiamo correggere un gene, ma rischiamo di danneggiarne un altro o di creare una modifica cromosomica».

Già alcune aziende americane mettono in pratica lo score di rischio poligenico sugli embrioni delle coppie per arrivare, appunto, al miglior bambino possibile. Tutto fumo e business? «Oggi è indimostrabile quello che promettono», continua Cimadomo. «Come si fa a sapere come interferisce l'ambiente nell'arco della vita di quell'embrione? E in più consegnano ai genitori una spada di Damocle di possibile malattia. Oggi questa selezione costa all'incirca 10 mila dollari, ma direi che ce ne passa prima che possa essere validata e arrivare alla pratica clinica. Piuttosto pensiamo a come affrontare l'infertilità in aumento: oggi una coppia su cinque ha problemi di fertilità».



E prendono posizione anche le società scientifiche italiane, come Sifes Mr (Società italiana di fertili-

tà e sterilità e medicina della riproduzione) e Sierr (Società italiana embriologia riproduzione e ricerca) che in un documento scrivono come sia affascinante «l'idea di un futuro in cui si possano modificare embrioni per prevenire malattie, e la ricerca scientifica in questo campo rappresenta un'importante frontiera della conoscenza. Tuttavia, è essenziale valutare con attenzione sia le opportunità che i limiti attuali di queste tecnologie, mantenendo un approccio equilibrato che riconosca il valore della ricerca

di base senza alimentare aspettative premature. Il genoma umano è complesso e interconnesso. Modificare un gene può avere effetti imprevedibili su altri aspetti della biologia. Questo non significa che la ricerca debba fermarsi, ma che deve procedere con rigore scientifico e cautela appropriata. Anche la natura irreversibile delle modifiche genetiche germinali merita attenzione, poiché le modifiche vengono trasmesse alle generazioni successive».

Affascinanti e utili le ricerche per una maggiore comprensione dei meccanismi biologici e

dello sviluppo umano. Indipendentemente dalle applicazioni cliniche. Insomma, quei presupposti matematici per «ridurre il rischio di malattie poligeniche tramite editing si basano su dati che, pur essendo teoricamente interessanti, richiedono molti anni di ricerca per essere validati». La scienza procede a piccoli passi e, mai come

in questo caso, devono essere passi rigorosi e responsabili, che devono garantire sicurezza, trasparenza scientifica, dibattito etico approfondito e grande attenzione alle implicazioni sociali. Insito nella scienza vi è un margine d'errore che diventa un errore inaccettabile, se si finisce per modificare parti del genoma o provocare alterazioni cromosomiche in un essere umano, che poi trasmette questi errori ai figli. Insomma, almeno quando parliamo di vita, niente scorciatoie.

**Pesa sempre
il caso di
He Jiankui
e dei tre bimbi
modificati
per essere
immuni all'Hiv**

Liberi da potenziali malattie e in futuro anche generati “su misura”, con look e quoziente intellettuale preordinati: una start-up della Silicon Valley guida il nuovo trend eugenetico del XXI secolo per figli che soddisfino ogni desiderio dei genitori. E scatena una discussione scientifica ed etica: quali sono le attuali possibilità della tecnologia Crispr e quali le illusioni? Fino a quale limite ci si potrà avvicinare? Intanto negli Usa crescono i servizi di screening degli embrioni

Il “Poligenic risk core” non dà certezze ma solo minore o maggiore rischio di malattia

**NON SOLO SANO
PERCHÉ IL FIGLIO
DEVE SOMIGLIARE
AL VISO DI MAMMA**

**“Possiamo
correggere
un gene, ma
correndo
il rischio di
danneggiarne
un altro”**

**“Non è possibile
sapere come
interferirà
l'ambiente
nella vita
dell'embrione
manipolato”**



La svolta arriva dall'editing genetico

Tessuti e organi da animali geneticamente modificati (come i maiali) risolveranno una carenza cronica. Negli Usa e in Cina le prime sperimentazioni sugli umani. Ecco cosa ci aspetta

Si evitano le forme più acute di rigetto, ma
le incompatibilità non sono solo immunologiche.
C'è anche la questione dei retrovirus integrati nel DNA

di GIULIANO ALUFFI

La chimera è insieme un sogno vano e un essere mitologico composto da più animali: una metafora perfetta per la xenotrapiantologia, il trapianto di organi animali nell'uomo, che per oltre un secolo è rimasta ai margini della medicina. Dai grotteschi esperimenti di Serge Voronoff negli anni '20, con ghiandole di scimmia impiantate nel tentativo di ringiovanire l'uomo, fino al cuore di babuino trapiantato nella neonata Baby Fae nel 1984, questa disciplina è stata spesso sinonimo di azzardo, segnata dal rigetto degli organi e dal timore di infezioni virali di origine animale. Negli ultimi anni, però, qualcosa è cambiato. I progressi dell'immunologia e soprattutto dell'editing genetico hanno dato nuovo slancio alla ricerca, culminato in una svolta regolatoria nel 2025, quando la Food and Drug Administration statunitense ha autorizzato il primo vero trial clinico di reni di maiale, superando la fase degli interventi sporadici a uso compassionevole.

A spingere l'agenzia c'è un dato drammatico: negli Stati Uniti, infatti, muoiono ogni giorno 13 persone in attesa di un organo. In Italia, secondo il report del ministero della Salute, i pazienti in lista d'attesa sono 8.560 (dati al 16/2/2026): il 73 per cento per un rene, il 13 per cento per il fegato, il 9 per cento per il cuore, il 3 per cento per un polmone e il 2 per cento per il pancreas. Con tempi d'attesa tra 1,6 e 6,4 anni. In questo contesto si inserisce la speranza - ancora prematura - suscitata da casi recenti, come quelli di Timothy Andrews e Towana Looney, affetti da insufficienza renale terminale e sottoposti a xenotrapianto di rene suino geneticamente modificato. I due sono riusciti a sospendere la dialisi, rispettivamente per 271 e 130 giorni, prima che l'organo cedesse. Risultati ancora insufficienti per poter parlare di alternativa ai trapianti tradizionali, ma impensabili fino a pochi anni fa.

Il vero punto di svolta è arrivato dai model-

li di primati non umani. In diversi laboratori, infatti, cuori e reni di maiale sono stati trapiantati in scimmie dopo la rimozione degli organi originali, ottenendo sopravvivenze superiori all'anno e, in un caso, oltre cinque anni con un rene funzionante. È stato questo salto qualitativo a convincere le autorità che il passaggio all'uomo potesse essere valutato, seppure con estrema cautela.

Il motore di questi progressi è l'ingegneria genetica: i maiali utilizzati come donatori non sono animali qualsiasi, ma organismi profondamente riscritti con tecnologie come Crispr-Cas9, che permettono di eliminare geni che codificano per molecole immediatamente riconosciute come "estrane" dal sistema immunitario del ricevente. Rimuovere con il "taglia e cuci" molecolare alcuni zuccheri che sono presenti sulle cellule del maiale e assenti nell'uomo ha permesso un passo fondamentale: evitare il cosiddetto "rigetto iperacuto", che può distruggere un organo in poche ore.

Ma il problema non è soltanto immunologico: c'è una costellazione di incompatibilità più sottili che devono essere rimediate intervenendo sui geni. Per esempio, le proteine che regolano la coagulazione nel maiale: nell'uomo non funzionano e, quindi, il trapianto di un organo suino potrebbe causare una serie di pericolose emorragie. Esistono poi incompatibilità di tipo fisiologico: un maiale adulto può superare i 250 chilogrammi e, per prevenire il rischio che il suo cuore continui a crescere dopo il trapianto nel ricevente, bisogna silenziare il gene recettore dell'ormone della crescita. Per tutte queste ragioni, si arriva a decine (anche fino a 60) di interventi genetici condotti sullo stesso animale.



L'Italia, anche per la normativa restrittiva, non ha grandi risultati preclinici sugli xenotrapianti ed è indietro rispetto alla Germania, che si autofinanzia per ovviare all'assenza di fondi europei, e con successo: a Monaco, già nel 2018, un babbuino è sopravvissuto sei mesi con un cuore suino. Ma possiamo, comunque, vantare un'eccellenza sulla modifica biotech di organi di maiale da trapiantare: è il laboratorio Avantea di Cesare Galli, che ha diretto due progetti europei (interrotti nel 2017) e ne ha in corso uno insieme con l'azienda ospedaliera di Padova e con l'Istituto Mario Negri.

C'è poi il tema della sicurezza infettiva: i maiali ospitano retrovirus endogeni integrati nel loro DNA e, anche se oggi non esistono prove che questi virus si trasmettano all'uomo attraverso lo xenotrapianto, il rischio teorico è preso molto sul serio e alcuni maiali vengono quindi ulteriormente modificati per disattivare anche queste sequenze e allevati in ambienti altamente controllati. «Una delle sfide maggiori è far sì, quando si inserisce un transgene in un maiale per renderlo più compatibile con l'uomo, che il gene si distribuisca in tutto l'organismo, perché può accadere, per esempio, che un maiale transgenico non abbia abbastanza transgene proprio nel rene che servirebbe per uno xenotrapianto», spiega Raphael Meier, chirurgo e ricercatore alla University of Maryland School of Medicine, membro del team che nel 2022 ha effettuato il primo xenotrapianto di cuore da maiale transgenico. «Ma, anche quando l'intervento genetico ha successo, l'organo trapiantato - continua -

non diventa davvero "invisibile" al sistema immunitario del paziente umano». E, quindi, ancora più che nei trapianti da uomo a uomo, è necessaria un'immunosoppressione a vita, spesso intensa.

Oggi la maggior parte degli studi sugli xenotrapianti utilizza, a questo scopo, un anticorpo

monoclonale che non ha ancora un'approvazione formale per uso clinico da parte della FDA statunitense e che, in studi preclinici, permette sopravvivenze fino a due anni senza un eccessivo rischio di infezioni. E qui emerge uno dei nodi centrali per il prossimo futuro: i regimi utilizzati finora, efficaci nei modelli animali, sono comunque pesanti. Molti esperti ritengono che il successo a lungo termine dello xenotrapianto dipenderà dalla

capacità di ridurre questa intensità, trovando, quindi, modi più selettivi di controllare la risposta immunitaria senza esporre i pazienti a rischi eccessivi di infezioni.

Ed è proprio sul lungo termine che si gioca la partita decisiva, perché finché uno xenotrapianto funziona per mesi non può considerarsi una vera alternativa ai trapianti di organi umani. «Io lo vedo più come un "ponte" per pazienti in lista d'attesa. E un esempio è Timothy Andrews: mi ha raccontato che nei primi tre anni di dialisi aveva rinunciato a tutte le attività sociali perché non si sentiva bene. Ma, due mesi dopo lo xenotrapianto, era tornato così vitale da ricominciare a usare l'auto e a frequentare anche i suoi amici», ricorda Meier. «Dopo il record dei 271 giorni gli è stato trapiantato un rene umano: ma quello di maiale gli ha consentito per nove mesi una vita più gratificante». Un miglioramento con data di scadenza, certo, ma che ha, al tempo stesso, il segno della chimera e quello della concretezza.

Con la
tecnologia
Crispr-Cas9
si eliminano
le molecole
segnalate come
estrane

**Un anticorpo
monoclonale
permette
sopravvivenze
fino a due anni
senza eccessivi
rischi**



Primo passo in Italia: cade il divieto sui test animali

Si rimette in moto la ricerca, che era stata quasi bloccata dal 2014. L'immunologo: diventerà più semplice anche lo studio di nuovi farmaci. Poi sarà la volta degli studi clinici



IL decreto Milleproroghe pubblicato il 31 dicembre ha eliminato il divieto di sperimentazione animale per gli xenotrapianti, introdotto nel 2014 e più volte derogato. Una decisione accolta positivamente da chi opera nel settore, come l'immunologo dei trapianti Emanuele Cozzi, affiliato all'Azienda Ospedale-Università di Padova e al Centro Nazionale Trapianti, in un ambito in cui l'Europa appare in ritardo rispetto a Usa e Cina.

Che cosa pensa di questa abrogazione del divieto sulla sperimentazione animale?

«È una buona notizia. Rimette in moto una ricerca che in Italia era stata fortemente penalizzata dal decreto del 2014, un adattamento anomalo di una normativa europea che aveva portato il Paese in procedura d'infrazione. Le deroghe successive hanno consentito formalmente di lavorare, ma l'attività di ricerca si è drasticamente ridotta, con ricadute negative anche sulla ricerca farmaceutica. Va ricordato che lo xenotrapianto non riguarda solo il trapianto di organi dal maiale all'uomo: si parla di xenotrapianto anche quando si trapiantano cellule tumorali umane in un topo per testare un farmaco».

Perché le deroghe non sono state sufficienti?

«Perché ogni sperimentazione preclinica richiede l'approvazione dei comitati etici, che finora operavano in un quadro normativo ambiguo. Ora sarà più semplice ottenere autorizzazioni. Inoltre, almeno in teoria, il riconoscimento legale dello xenotrapianto preclinico dovrebbe rendere meno difficile il percorso autorizzativo che, in futuro, permetterà l'inizio della sperimentazione clinica. Questo amplia le prospettive di ricerca. Negli ultimi anni, invece, era diventato difficile ottenere finanziamenti e molti ricercatori in Italia hanno dovuto sospendere la ricerca nel settore dello xenotrapianto».

A che punto è la ricerca?

«Esistono almeno cinque centri, soprattutto negli Usa, che hanno sviluppato modelli di xenotrapianto su primati non umani con organi salvati, ottenendo sopravvivenze di almeno un anno. Sono risultati preclinici straordinari, che rendono più agevole per le autorità regolatorie autorizzare i primi studi clinici».

E la ricerca sull'uomo?

«Il passaggio è avvenuto per gradi. Prima i trapianti in riceventi deceduti, cioè persone in morte cerebrale, con sopravvivenze dell'organo fino a due mesi. Poi l'uso compassionevole, riservato a pazienti senza alternative terapeutiche né chance di ricevere un organo umano. Ad oggi negli Usa sono stati autorizzati tre trial clinici: due sul rene e uno sul fegato, che in realtà è un impianto extracorporeo di fegato di maiale. In totale dovrebbero essere coinvolti più di 60 pazienti».

Quali risultati clinici le sembrano più interessanti?

«Nell'uso compassionevole la sopravvivenza più lunga è stata ottenuta a Harvard: uno xenotrapianto di rene di maiale in cui l'organo ha funzionato per 271 giorni prima di dover essere estratto per la reazione del sistema immunitario. Una durata incoraggiante. All'Università del Maryland, invece, hanno eseguito due xenotrapianti di cuore, con una sopravvivenza massima dei pazienti di circa due mesi. Al Congresso mondiale degli xenotrapianti, a Ginevra, si è parlato anche di un xenotrapianto di rene di maiale in Cina con un funzionamento dell'organo che ha superato gli otto mesi e di un fegato ausiliario durato per 38 giorni».

Quanto ci vorrà prima che lo xenotrapianto diventi una strada percorribile in Italia?

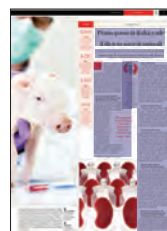
«La donazione di organi umani rimane fondamentale e purtroppo circa un italiano su tre si oppone. Prima di cinque anni è difficile immaginare che lo xenotrapianto diventi una risposta concreta per i pazienti in lista d'attesa». **G. A.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



EMANUELE COZZI

Responsabile dell'Unità Operativa Semplice di Immunologia dei Trapianti dell'Azienda Ospedale-Università di Padova e collaboratore del Centro Nazionale Trapianti



Sclerosi multipla, ecco la molecola che “ripara”

di VALENTINA ARCOVIO



Con l'aiuto dell'Intelligenza Artificiale è possibile ridare una seconda vita ai farmaci, affidando loro uno scopo diverso da quello per i quali sono stati sviluppati, testati e approvati. È con questa ambiziosa missione che è stata messa in piedi una rivoluzionaria piattaforma tecnologica made in Italy, sviluppata nell'ambito del progetto BRAVEinMS, un network internazionale coordinato dall'Università Vita-Salute San Raffaele e dall'Irccs Ospedale San Raffaele di Milano e sostenuto da un finanziamento della International Progressive MS Alliance che vede la Fondazione Italiana Sclerosi Multipla tra i suoi attori principali.

Settata specificatamente sulla sclerosi multipla, la nuova piattaforma è stata in grado di individuare, tra centinaia di molecole diverse, un farmaco che potrebbe essere efficace contro la forma progressiva della malattia per la quale, ancora oggi, non esistono trattamenti efficaci. Si tratta del bavisant, originariamente sviluppato per i disturbi del sonno, e che ora sembrerebbe aver trovato un nuovo impiego. Il lavoro, pubblicato sulla rivista *Science Translational Medicine*, ha visto la collaborazione dei migliori centri internazionali impegnati nella ricerca sulla sclerosi multipla, tra cui il Paris Brain Institute, la University of California San Francisco (Ucsf), la McGill University e l'Università di Münster.

«L'idea alla base di questo studio è quella di promuovere una sorta di economia circolare dei farmaci, in cui non si butta e non si spreca niente», spiega Gianvito Martino, prorettore alla ricerca e alla terza missione dell'Università Vita-Salute San Raffaele, nonché direttore scientifico dell'Irccs Ospedale San Raffaele. «Esistono

migliaia di farmaci già approvati per l'uomo, ma abbandonati per ragioni economiche o perché non hanno funzionato per lo scopo originale. Cercare molecole in questo archivio è più semplice, perché la sicurezza sull'uomo è già stata dimostrata».

L'idea è tanto semplice quanto ingegnosa: invece di spendere 20 anni e qualche miliardo di euro per inventare un nuovo composto da zero, si usa la tecnologia per setacciare ciò che abbiamo già, cercando “poteri” nascosti in farmaci esistenti. Il vantaggio è strategico: poiché queste molecole hanno già superato i test di sicurezza sull'uomo, la strada verso il letto del paziente si accorcia drasticamente. Non dobbiamo più chiederci «farà male?», ma solo «può fare del bene in un altro modo?». Questo approccio riduce drasticamente il rischio di fallimento nelle fasi avanzate della sperimentazione clinica, che è storicamente il collo di bottiglia dello sviluppo farmaceutico tradizionale.

La nuova piattaforma, che combina Intelligenza Artificiale, machine learning e modelli cellulari umani, consente di effettuare una vera e propria selezione tecnologica delle molecole più promettenti. «Siamo partiti da 1500 molecole analizzate “in silico” tramite il database Spoke sviluppato all'Ucsf - spiega Martino - e abbiamo selezionato 273 farmaci per la loro potenziale attività sia sui neuroni sia sulla mielina. Dopo aver eseguito test di tossicità e complessità, il numero è sceso prima a 32 e poi a sei candidati, testati su organoidi e colture 3D. Il “vincitore” è stato il bavisant, un antagonista del recettore istaminico H3, precedentemente studiato per i disturbi del sonno».

Bavisant si è dimostrato in grado di arrivare laddove molti

altri farmaci non sono riusciti. La sclerosi multipla progressiva è, infatti, particolarmente insidiosa, perché causa una degenerazione continua delle fibre nervose e la perdita della mielina. Finora, i farmaci disponibili non riuscivano a fermare questo processo. «Bavisant ha dimostrato di poter esercitare un doppio meccanismo d'azione: proteggere i neuroni dal danno degenerativo e stimolare la riparazione della mielina, favorendo la rimielinizzazione delle fibre danneggiate», sottolinea Martino. Questa doppia valenza è il “Sacro Graal” della neurologia: non solo rallentare la malattia, ma tentare di riparare il danno già esistente. Se i risultati, ad oggi ottenuti utilizzando test preclinici sia in vitro sia in vivo, verranno confermati, potremmo trovarci di fronte a una concreta opportunità per quei pazienti che oggi non hanno opzioni terapeutiche risolutive per la forma progressiva della patologia.

Essendo un farmaco con un profilo di sicurezza già noto, bavisant è pronto per quello che i ricercatori chiamano “l'ultimo miglio”: il passaggio alla clinica. Il consorzio sta ora ottimizzando la formulazione per avviare, anche se non prima di due anni, gli studi di fase 2 sull'uomo. «Inoltre, la nostra piattaforma, oltre a bavisant, ci ha permesso di individuare ulteriori



30 possibili nuovi candidati che, anche se ad oggi in una fase di sviluppo più precoce, potrebbero rivelarsi anch'essi potenzialmente utilizzabili nella sclerosi multipla progressiva», sottolinea Martino.

«La piattaforma da noi sviluppata, efficace nel valutare la potenza neuroprotettiva di qualsivoglia molecola può diventare uno strumento fondamentale a disposizione della ri-

cerca scientifica per trasformare le conoscenze in cure».

In un futuro non lontano, questo metodo potrebbe essere applicato anche ad altre malattie neurodegenerative come l'Alzheimer o il Parkinson, dimostrando che la medicina più avanzata non deve necessariamente guardare solo al "nuovo", ma può trovare risposte straordinarie ridando vita a ciò che è già tra noi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

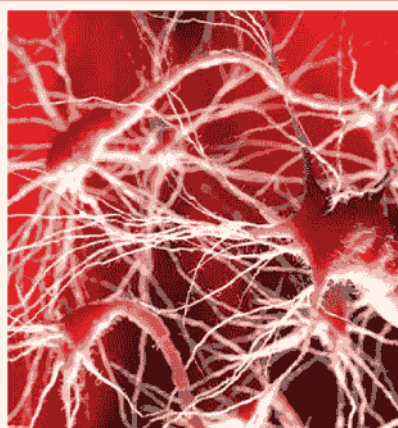
Seconda vita per la sostanza: già studiata in passato per il trattamento di disturbi del sonno e della veglia, ha dimostrato di saper proteggere i neuroni e di favorire la riparazione della mielina nei modelli sperimentali. Il risultato è stato reso possibile grazie a una piattaforma gestita dall'Intelligenza Artificiale



GIANVITO MARTINO
Neurologo,
Direttore
scientifico
dell'Irccs
Ospedale
San Raffaele

COS'È

Una malattia neurodegenerativa



La sclerosi multipla è una malattia infiammatoria cronica che colpisce il sistema nervoso centrale (cervello, midollo spinale e nervi ottici). Si tratta di una malattia autoimmune, in quanto il sistema immunitario attacca per errore alcuni componenti-chiave: in particolare, il processo infiammatorio danneggia la mielina (la guaina che protegge e isola le fibre nervose), gli oligodendrociti (le cellule che producono la mielina) e le stesse fibre nervose. La demielinizzazione, ossia il danno alla mielina, può creare lesioni o placche che si sviluppano in diverse aree del sistema nervoso centrale. In base al punto in cui si verificano le lesioni e alla loro estensione, i sintomi della malattia possono essere diversi e variare molto da persona a persona.

NUMERI

144mila

Prevalenza

Sono all'incirca le persone che in Italia convivono con la Sm. Oltre 3.600 nuovi casi registrati ogni anno

14mila

Gli "invisibili"

Sono all'incirca coloro che vivono senza percorsi di cura e assistenza sociale adeguati. Sono i malati a rischio esclusione

20-40

Anni

La malattia colpisce con un esordio tipico intorno ai 30 anni e viene per lo più diagnosticata tra i 20 e i 40 anni

46.400

Euro

È il costo sociale complessivo medio della Sm all'anno per persona. Si arriva a oltre 63.000 nei casi più gravi

Ora ci si sta preparando a condurre gli studi di fase 2 sull'essere umano. Tempo: due anni



Servizio La ricerca

Alzheimer, così l'esercizio fisico lo previene grazie alla proteina che protegge la memoria

Studio sperimentale aggiunge un tassello alle conoscenze sui benefici dell'attività fisica regolare. Ecco cosa succede in laboratorio

di Federico Mereta

25 febbraio 2026

Oltre all'azione sul metabolismo e sulla perdita di peso. Aldilà della prevenzione di diabete e malattie cardiovascolari, oltre che dell'impatto positivo sulla qualità della vita e sull'umore. L'attività fisica regolare, senza richiedere troppo all'organismo con un eccesso di sforzi, rappresenta anche un salvacondotto per il sistema nervoso centrale, aiutando a prevenire la neurodegenerazione. Ora la ricerca ha scoperto una nuova tessera nel puzzle delle conoscenze che associano il minor rischio di malattia di Alzheimer al mantenimento di una valida attività fisica (oltre ovviamente a quella sociale). In pratica esisterebbe una sorta di percorso tra organismo e cervello che, proprio grazie all'azione del movimento regolare, aiuta a ringiovanire la memoria. Come? Sigillando anche nella terza età (come del resto avviene da giovani) la barriera ematoencefalica ed impedendo quindi l'accesso di composti tossici e di prodotti che favoriscono l'infiammazione all'interno del sistema nervoso. Il tutto grazie all'azione combinata di un enzima, GPLD1, e la proteina TNAP, con il primo che in qualche modo, grazie all'attività fisica, mantiene giovane la “dogana” del cervello.

Dalla barriera all'infiammazione

Lo studio, che apre interessanti prospettive anche sul fronte di meccanismi farmacologici potenzialmente attivi su questo meccanismo, è stato condotto sui topi ad opera dei ricercatori dell'Università della California di San Francisco ed è stato pubblicato su Cell. Sostanzialmente gli scienziati, guidati da Saul Villeda, direttore associato del Bakar Aging Research Institute presso lo stesso ateneo, hanno scoperto un possibile percorso biologico che interviene nel rapporto positivo tra esercizio fisico, pensiero e memoria, passando attraverso una sorta di “ringiovanimento” dei meccanismi di protezione del cervello. Tutto sarebbe da associare all'azione della barriera ematoencefalica, un vero e proprio “confine” che con l'avanzare della senescenza tende ad allargare le maglie e quindi a perdere la sua funzione di cortina non oltrepassabile per le sostanze nocive circolanti nel sangue. Col tempo, la permeabilità eccessiva di questa struttura protettiva favorisce il passaggio di sostanze tossiche che favoriscono l'infiammazione, peraltro osservata in diverse condizioni neurodegenerative come appunto la malattia di Alzheimer.

La pulizia del cervello

Siamo ancora nell'animale, va detto. Ma la ricerca, partendo da osservazioni di qualche tempo fa, dimostra come si possa provare a ringiovanire la barriera ematoencefalica e quindi a proteggere il cervello. Tutto passa attraverso un enzima chiamato GPLD: gli animali che fanno più attività

fisica ne producono di più nel fegato. Attenzione però: la GPLD1, pur con una possibile azione di ringiovanimento cerebrale, non può giungere al cervello. Ed allora? Allora con questo studio si è scoperto che la protezione di GLPD1 favorita dall'esercizio fisico regolare passa attraverso un'azione su un'altra proteina, chiamata TNAP. Con l'invecchiamento dell'animale, la TNAP si accumula nelle cellule che formano la barriera emato-encefalica. Questo accumulo indebolisce la barriera e aumenta la permeabilità. Quando i topi fanno regolare attività fisica il loro fegato rilascia la GPLD1 nel sangue. L'enzima giunge a fare “pulizia” rimuove la TNAP dalla superficie delle cellule della barriera, contribuendo a ripristinarne l'integrità. E quindi a renderla più “giovane”.

L'azione di “taglio” della proteina

La GPLD1 è una sorta di forbice invisibile. E taglia proteine specifiche dalla superficie della cellula. Quindi, una volta scoperto che le cellule della barriera emato-encefalica possono ospitare vari target possibili per GPLD1, gli studiosi hanno visto che solo TNAP è stata eliminata. Attenzione però. Si tratta di una proteina di grande importanza: giovani topi geneticamente modificati per produrre un eccesso di TNAP nella barriera emato-encefalica hanno mostrato problemi di memoria e cognitivi simili a quelli osservati negli animali più anziani. Riducendo i livelli di TNAP nei topi di 2 anni, equivalenti a 70 anni umani, la barriera emato-encefalica è diventata meno permeabile, l'infiammazione è diminuita e gli animali hanno ottenuto risultati migliori nei test di memoria. “Questa scoperta dimostra quanto sia rilevante l'importanza dell'organismo per comprendere il declino del cervello con l'età – è il commento di Villeda, in una nota dell'università americana”. I risultati suggeriscono che lo sviluppo di farmaci in grado di ridurre proteine come il TNAP potrebbe offrire una nuova strategia per ripristinare la barriera ematoencefalica, anche dopo che è stata indebolita dall'invecchiamento.



Servizio Nuove minacce

Genomica, vaccini a Dna e laboratori biosicuri la via italiana contro le pandemie

Dopo il Covid, la parola chiave è preparedness, prevenire e contenere rapidamente le crisi: così il Lazio rafforza il ruolo di hub delle scienze della vita

*di Luigi Aurisicchio, Emanuele Marra e Gennaro Ciliberto**

25 febbraio 2026

Dopo il Covid, la parola chiave è preparedness. Non più gestione tardiva dell'emergenza, ma capacità strutturale di prevenire, individuare e contenere rapidamente nuove minacce infettive. E le minacce non mancano. Dal virus Nipah, inserito dall'OMS tra i patogeni a più alto potenziale pandemico, ai casi di West Nile che ogni estate tornano a colpire anche in Europa, e soprattutto in Italia, fino alla crescente resistenza antimicrobica, il rischio biologico è diventato una variabile permanente dello scenario globale.

In questo contesto si inserisce l'iniziativa promossa dalla Associazione VITARES (<https://www.vitares.org/it/>), che ha riunito recentemente a Castel Romano presso la sede del Tecnopolo Pontino istituzioni, centri di ricerca e industria biotech per delineare insieme una strategia italiana ed europea di sicurezza sanitaria fondata su innovazione tecnologica e infrastrutture avanzate. Il messaggio emerso è chiaro: senza laboratori ad alta biosicurezza (BSL-3), reti diagnostiche integrate e piattaforme vaccinali flessibili, la risposta alle prossime emergenze rischia di essere nuovamente lenta e frammentata.

Il ruolo del Lazio nella ricerca biotech

Il Lazio, prima regione italiana per export farmaceutico con circa il 26% del totale nazionale, punta a rafforzare il proprio ruolo di hub delle Scienze della Vita. La Regione, presente con Roberta Angelilli (Vicepresidente e Assessore dello Sviluppo Economico, Regione Lazio), Francesco Marcolini (Presidente Lazio Innova) ed Edy Palazzi (Consigliera Regionale del Lazio), ha annunciato investimenti per oltre 170 milioni di euro tra fondi STEP e strumenti di venture capital destinati a tecnologie critiche, biotecnologie e startup innovative. È stato inoltre organizzato a Roma il prossimo 10 marzo Life Science Investor Day in cui una selezione di 30 startup e PMI innovative del Lazio incontreranno rappresentanti di Fondi di investimento specializzati nel settore Biotech e Pharma per attivare investimenti produttivi. A maggio è prevista l'apertura dello sportello per l'avviso Step 2 e Filiere tecnologiche che assegnano oltre 100 milioni per ricerca e innovazione. Il settore biotech è tra i quattro ambiti finanziati. Un piano che mira a consolidare un ecosistema che già comprende eccellenze come lo Spallanzani, il Bambino Gesù, il Policlinico Gemelli e l'Istituto Superiore di Sanità.

La minaccia della resistenza antimicrobica

Sul fronte scientifico, la resistenza antimicrobica è stata indicata come la "pandemia silenziosa". L'integrazione tra diagnostica rapida, sequenziamento genomico (Next Generation Sequencing) e

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA

sorveglianza molecolare consente oggi di identificare varianti, ceppi resistenti e nuovi patogeni in tempi drasticamente ridotti rispetto al passato. È la rivoluzione della genomica applicata alla sanità pubblica: un passaggio da un approccio reattivo a uno predittivo.

Accanto alla sorveglianza, la sfida è disporre di piattaforme terapeutiche pronte all'uso. I vaccini a DNA della biotech Takis rappresentano una delle tecnologie emergenti più promettenti: stabilità a temperatura ambiente, rapidità di progettazione e capacità di adattamento a nuovi patogeni li rendono strumenti potenzialmente decisivi in caso di virus emergenti come Nipah o nuove varianti influenzali. Allo stesso modo, gli anticorpi monoclonali e bispecifici offrono una risposta immediata nelle fasi iniziali di un'epidemia, soprattutto per i pazienti fragili.

L'importanza delle reti cliniche e della cooperazione

Ma la tecnologia da sola non basta. La lezione del Covid ha mostrato l'importanza delle reti cliniche, della cooperazione internazionale e della comunicazione pubblica. La vaccine hesitancy, legata ad una serie di fattori tra cui una comunicazione inadeguata così come una scarsa percezione del rischio, resta un ostacolo concreto: senza una adeguata informazione e senza fiducia, anche le migliori innovazioni rischiano di non tradursi in impatto sanitario.

La preparedness, dunque, non è solo un concetto solo sanitario e industriale, ma strategico per un paese avanzato come il nostro. Significa autonomia tecnologica, filiere produttive resilienti, competenze avanzate e investimenti continui in ricerca traslazionale. Significa trasformare l'esperienza della pandemia in una infrastruttura permanente di sicurezza.

Il rischio biologico non è più un'eccezione. È un fattore strutturale del nostro tempo. E la capacità di anticiparlo, più che inseguirlo, sarà la vera misura della competitività e della sicurezza dei sistemi Paese nei prossimi anni.

**Associazione Vitares, Roma*

MORTE DI DOMENICO**Gli ispettori
del Ministero
a Bolzano**

Sono arrivati all'ospedale di Bolzano gli ispettori inviati dal ministero della Salute per acquisire i documenti relativi alla vicenda del cuore danneggiato trapiantato a Domenico, morto al Monaldi di Napoli. Nel mirino tutto l'iter dell'espianto e del trasporto verso Napoli dell'organo. Intanto c'è attesa per la decisione del gip sulla richiesta di incidente probatorio nell'inchiesta sulla morte di Domenico. Un passaggio fondamentale nel merito dell'indagine perché

l'autopsia consentirà di far luce sulle cause della morte del bambino ma anche per liberare la salma e consentire la celebrazione dei funerali. Oggi la Procura di Napoli conferirà inoltre l'incarico ai tecnici per analizzare i cellulari sequestrati ai 7 indagati. Il Nas di Trento si era recato all'ospedale bolzanino per una serie di accertamenti. I militari si sono fatti consegnare l'elenco di tutto il personale, di tutti i livelli professionali, coinvolto nell'intera procedura di espianto e trasporto del

cuore. Lì a Bolzano peraltro è stato fornito il ghiaccio secco per la conservazione del cuore che avrebbe danneggiato l'organo.



«Il Gemelli è il migliore ospedale italiano»

Ancora riconoscimenti per le eccellenze della sanità italiana. Il Policlinico Gemelli si è guadagnato il 33° posto nella classifica internazionale "World's Best Hospitals 2026", pubblicata ieri dalla rivista statunitense Newsweek, che individua i 250 migliori ospedali del mondo. Ma guardando ai confini nazionali, è la prima struttura sanitaria italiana a

comparire in graduatoria, confermando il miglior piazzamento mai ottenuto da un ospedale del nostro Paese nelle otto edizioni del ranking. Ma Roma non si ferma qui. Tra le realtà che entrano nell'élite mondiale figura anche l'Azienda ospedaliera Sant'Andrea, che si piazza 203°.

a pag. 63

Newsweek incorona il Gemelli «È il primo ospedale italiano»

► La classifica internazionale elaborata dal settimanale americano che individua i 250 migliori nosocomi del mondo. Il Policlinico si posiziona al 33esimo posto

SANITÀ

Ancora riconoscimenti per le eccellenze della sanità italiana. Il Policlinico Gemelli si è guadagnato il 33esimo posto nella classifica internazionale "World's Best Hospitals 2026", pubblicata ieri dalla rivista statunitense Newsweek, che individua i 250 migliori ospedali del mondo. Ma guardando ai confini nazionali, quella al Trionfale è la prima struttura sanitaria italiana a comparire in graduatoria, confermando il miglior piazzamento mai ottenuto da un ospedale del nostro Paese nelle otto edizioni del ranking. Ma Roma non si ferma qui. Tra le realtà capitoline che entrano nell'élite mondiale figura anche l'Azienda ospedaliera Sant'Andrea, che si piazza al 203esimo posto.

GLI ALTRI ISTITUTI

Oltre alla realtà capitolina, in classifica compaiono anche altri undici nosocomi del Bel Paese. Ogni ospedale ha ricevuto un punteggio basato su 4 parametri: raccomandazioni di esperti medici; qualità ospedaliera; dati esistenti sull'esperienza dei pazienti e il Patient-Reported Outco-

me Measures Implementation Survey di Statista. Tra questi spiccano cinque strutture lombarde, a partire dall'ospedale Niguarda, finito sotto i riflettori internazionali per le cure prestate ai ragazzi feriti nell'incendio di capodanno di Crans-Montana in Svizzera. Si aggiudica il 43esimo posto nel mondo e la medaglia d'argento in Italia. Scorrendo la classifica si incontra poi l'Istituto Clinico Humanitas (sempre a Milano, come il precedente) 51esimo a livello globale e terzo nazionale, e l'ospedale San Raffaele del Gruppo San Donato, 57esimo nel ranking mondiale e quarto centro italiano. Anche questo milanese. Ci si sposta poi in Emilia Romagna, dove è 76esimo il Policlinico Sant'Orsola-Malpighi, mentre si torna in Lombardia con l'Ospedale Papa Giovanni XXIII, 104esimo nel mondo e quinta struttura italiana. La 127esima posizione è dell'Azienda Ospedaliera di Padova, seguita dal Policlinico San Matteo, di Pavia (134). Il Veneto torna in classifica con l'Ospedale Borgo Trento, 142esimo, mentre in Toscana l'Azienda

Ospedaliero-Universitaria Careggi si colloca al 192esimo posto. Completano la presenza tricolore, la struttura emiliano-romagnola l'Aou Policlinico di Modena, 198esima e l'ospedale piemontese Molinette della Città della Salute e della Scienza, a Torino, che occupa il 222esimo posto nel mondo.

L'OBIETTIVO

Una classifica che nasce con l'obiettivo di orientare i cittadini verso la scelta migliore in ambito sanitario: «Quest'anno il numero di ospedali in tutto il mondo dovrebbe raggiungere quota 216mila - ha commentato Newsweek - Con così tante opzioni da considerare, può essere difficile per pazienti e famiglie avere una visione completa delle proprie possibilità». E il podio? Tutto americano: 1° Mayo Clinic-Rochester (Usa); argento al Toronto General-University Health Network (Canada) e bronzo alla Cleveland Clinic (Usa).

So.Sp.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'INTERVISTA

Il sindaco "Io, in tenda da due mesi resisto per difendere il mio ospedale"

Isernia, la battaglia del primo cittadino: "Mi sento solo e ho la schiena a pezzi. Ministero e Regione mi ignorano ma do fastidio"

dal nostro inviato
CORRADO ZUNINO
ISERNIA

E ancora lì, dopo sessanta notti di freddo e, ieri, di vento. La tenda verde bottiglia di Decathlon, poco più di 200 euro il pezzo, ha le corde tirate sui blocchi di calcestruzzo. Alcuni tronchi di legno sono finiti lontano, ma la struttura è in piedi. All'interno, un lettino da campo a una piazza, anche meno. Una luce da scout, per leggere prima di addormentarsi. Nel primo vano - una sedia, un tavolino, due panettoni sopra. Acqua, Coca. A terra una damigiana di vino, tappata. «È un regalo». Anche un megafono, per richiamare i disattenti, soprattutto i medici che lavorano di fronte.

Dal 26 dicembre il sindaco di Isernia dorme in tenda davanti all'ospedale Ferdinando Venezia, uno dei quattro rimasti in Molise. Piero Castrataro, indipendente di centrosinistra, 52 anni, sposato, un maschio e una femmina, ingegnere nucleare fuggito per studiare a Pisa e poi tornato, non si ferma.

«Ho un forte mal di schiena e mi sento solo, ma la battaglia non è finita».

Ricordiamo perché lei dorme qui sotto?

«Per la sanità della mia città. La Regione ha il settore commissariato da 17 anni e le cose peggiorano ogni giorno. Smantellano servizi, non sostituiscono medici e i miei

concittadini sono sempre meno sicuri. La sanità di Isernia è tornata agli Anni '50».

Lei passa qui la notte e di giorno fa il sindaco, in municipio, in giro per la città.

«Entro in tenda alle 21,30, mi addormento presto. E mi risveglio alle cinque e mezza».

Dorme in pigiama?

«Tropo freddo. Calzamaglia, tuta termica, giaccone in pile con il cappuccio, poi sotto il copertone. Crollo».

Come sono andati i due mesi?

«La gente ha risposto. Mi lasciano il termos con il cappuccino davanti, ho sempre il caffè pagato in uno dei due bar vicini. I bambini mi portano i loro disegni. Guardi lei». Passano due sanitari: «Resisti». Si avvicina una donna: «Io sono isernina...». Un rappresentante della comunità rom locale: «La sanità è anche per noi, sindaco, non siamo una tribù...». Continua Piero Castrataro: «Credo di aver toccato un sentimento profondo, il bisogno di dire basta. Queste non sono terre di ribelli, c'è una lunga tradizione democristiana e io sono circondato dal centrodestra. Il governo, ovviamente, poi la Regione, i due deputati e i due senatori, tra cui Claudio Lotito, il disastro della sanità è tale, però, che la gente, gli operatori, questa volta avevano bisogno di un gesto forte».

Quando l'ha pensato?

«L'ultima volta che mi hanno chiamato al pronto soccorso. Ho visto il lazzaretto, ho sentito la disperazione. L'idea della tenda mi girava in testa da un po'. Sono uscito e ho detto: non si può più rinviare».

Ha ricevuto chiamate da Roma? Il ministro della Sanità, esponenti di maggioranza?

«Zero».

Dalla Regione?

«Il presidente Francesco Roberti mi ha telefonato il primo giorno, poi il silenzio».

L'opposizione?

«Elly Schlein, sabato la incontro a Milano».

Crede che la tenda per gli avversari politici non sia un problema?

«Lo è, lo è. Ogni volta che incontro presidenti e assessori regionali e chiedo dei piani di rientro, mi dicono: ne parliamo, ma smonta la tenda».

Il lazzaretto è qui davanti. Come è all'interno?

«In pronto soccorso servono tredici medici, ce ne sono quattro. Se nello stesso momento hai un infarto e un incidente stradale, fatichi a gestirli. Pezzi del reparto diventano camerate, non c'è posto altrove. Anziani lasciati in barella per ore e ore. Serve altro?».

L'organico del 112?

«In pianta 96 medici, effettivi 24».

Un esempio di malasanità.

«Una persona che conosco. Ha un infarto, non può essere trattato al Venezia, non c'è l'angiografo. Lo portano d'urgenza a Campobasso, quaranta minuti lontano. Ha altri due arresti cardiaci in ambulanza».

Come si attraggono i medici che non vogliono venire in Molise?

«Facendo trovare primari, che oggi non ci sono, e pagandoli di più,



come già si fa nelle aree difficili».

In questi 17 anni quali ospedali sono stati chiusi in regione?

«Larino e Venafrò, riconvertiti in ambulatori e case di comunità».

Il debito regionale?

«In 17 anni è sempre aumentato, a fine 2024 era di 166 milioni. Tagli ai servizi e più debito, un gorgo senza uscita. Il commissario Ulisse Di Giacomo, d'altronde, era assessore alla Sanità quando partì il primo commissariamento».

Chi ci guadagna dal sistema?

«La sanità privata convenzionata»

Qual è il reparto più a rischio?

«Il punto nascite. Se salta, addio a trecento parti a Isernia».

Sindaco, la tenda è stato il gesto della disperazione?

«Sì, ma non mi fermo. Sabato voglio leggere il piano operativo della Regione. Se per il reparto di emodinamica e punto nascite c'è una proroga di tre anni, ringraziamo la tenda».

Qui le cose peggiorano ogni giorno.

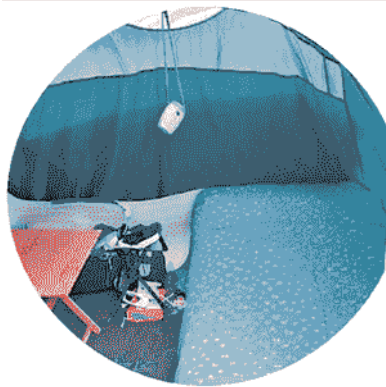
Smantellano servizi, non sostituiscono medici e i miei concittadini sono sempre meno sicuri

Se uno ha un infarto lo portano a Campobasso

“

Credo di aver toccato un sentimento profondo, il bisogno di dire basta. Queste non sono terre di ribelli ma il disastro della sanità è tale che tutti avevano bisogno di un gesto forte

LA PROTESTA



- 1 Il sindaco di Isernia Paolo Castrataro, 52 anni, ingegnere nucleare, è un indipendente di sinistra
- 2 Il 26 dicembre scorso ha installato una tenda di fronte all'ospedale Veneziense della città
- 3 Protesta contro i continui tagli alla sanità. Domani saranno sessanta giorni che dorme in tenda



Qui sopra, l'ingresso del pronto soccorso dell'ospedale. In alto, il sindaco di Isernia Pietro Castrataro e la sua tenda



UNA SITUAZIONE CHE RISCHIA DI PRECIPITARE (E A PAGARE SARANNO I CITTADINI)

La sanità pugliese sprofonda nel deficit

La Regione valuta più tasse e meno servizi

I preconsuntivi parlano di un disavanzo complessivo di 460 milioni (dato da consolidare)
Più della metà è dovuto ai bilanci in rosso delle Asl di Bari, di Brindisi e di Foggia

■ **SIMONE DI MEO**

■ Se va bene, sono 350 milioni di deficit. Se va peggio, sfioriamo il mezzo miliardo. E questa non è una previsione: è il conto, salato, della sanità pugliese nel 2025. I preconsuntivi al quarto trimestre parlano addirittura di 460 milioni di euro di disavanzo complessivo, dato ancora da consolidare, forse al ribasso, in una forbice di 80-100 milioni, ma già sufficiente a certificare una crisi strutturale. Nelle riunioni tecniche di venerdì scorso, tra assessorato, direttori generali e tecnici del Dipartimento, la somma delle perdite delle singole Asl ha gelato tutti. Un disastro. Il baricentro del rosso è politico, prima che contabile. La Asl Bari, regno elettorale degli ultimi due governatori, Michele Emiliano ed Antonio Decaro, chiude con 210 milioni di perdita nell'anno delle ultime elezioni regionali, vinte (guarda caso) dal centrosinistra. Brindisi ne segna 67, Foggia 60. In tre superano i 337 milioni, oltre la metà dell'intero buco.

La dinamica strutturale è pura aritmetica. Il Fondo sanitario nazionale cresce dell'1%. I costi di esercizio aumentano invece del 4%. Solo questo scarto varrebbe circa 250 milioni di squilibrio, ma è tutto il contorno che non funziona. Alla Puglia sono arrivati circa 100 milioni in più dallo Stato, ma sono stati assorbiti dall'esplosione della spesa farmaceutica e dall'incremento del costo del personale. A questo si sommano inefficienze e disfunzioni che ora diventano una zavorra pericolosissima per il diritto alla salute dei cittadini.

PIANO OPERATIVO

Il calendario non consola, anzi mette sul banco degli imputati.

Appena un anno prima, nel 2024, il disavanzo era di 132 milioni, coperto attingendo al bilancio autonomo regionale. Oggi, a urne chiuse e a giunta varata, il buco è tre volte e mezzo superiore. E la Regione è sotto Piano operativo. I ministeri dell'Economia e della Salute hanno chiesto chiarimenti e già a dicembre avevano espresso una prognosi negativa sulle criticità strutturali del sistema pugliese. Non è una nota a margine: significa che ogni scelta verrà monitorata. Addio libertà di spesa, insomma.

Le contromosse sono quelle che incidono sulla vita delle persone. "Razionalizzazione" della rete ospedaliera. Accorpamenti di reparti, revisione dell'assetto, possibile ridimensionamento di presidi di base. L'attuale rete conta cinque hub, 11 ospedali di primo livello e 12 di base. Con 460 milioni da coprire e risorse invariate, nuove assunzioni sono fuori discussione. Nei Pronto soccorso la tensione è già cronica: solo il Policlinico di Bari, che gestisce quasi un decimo degli accessi regionali, ha l'organico completo. In diversi ospedali di base si lavora con due o tre medici. La "fusione" diventa l'unica leva per tenere in piedi i livelli essenziali di assistenza che, di per sé, già non brillano.

ALIQUOTA A RISCHIO

Per capire, però, come davvero funziona il modello-Puglia bisogna guardare al nuovo ospedale Monopoli-Fasano, un gioiellino da 299 posti letto. Per attivarlo servono quasi 100 milioni. Senza assorbire reparti e organici da strutture come Putignano, la nuova struttura rischia di restare a mezzo regime. Insomma, si inaugura un nuovo presidio mentre si discute di tagli altrove. È il cortocircuito di una programmazione

compressa dai conti e dalle inefficienze.

Poi c'è la leva fiscale. L'addizionale Irpef regionale è ferma dal marzo 2022: quattro scaglioni, dall'1,33% per i redditi fino a 15mila euro all'1,85% oltre i 50mila. Ma la soglia massima consentita è il 3,33%. Significa che l'aliquota più alta potrebbe quasi raddoppiare. Più che una ipotesi, una quasi certezza.

E in aula il confronto si accende. Il capogruppo di Fratelli d'Italia, Paolo Pagliaro, annuncia la richiesta di un Consiglio regionale monotematico e richiama la cancellazione degli accantonamenti verso Cassa Depositi e Prestiti decisa dal governo. «Il problema non è la quantità delle risorse ma la qualità della spesa», spiega, «ed è sotto gli occhi di tutti il disastro gestionale della sanità pubblica che i cittadini pugliesi si trovano a subire».

Il crac della sanità, però, non riguarda solo la Puglia. I segnali della crisi gestionale attraversano anche altre Regioni tradizionalmente considerate solide e guidate dal Partito democratico. In Toscana il disavanzo sanitario 2025 si aggira intorno ai 267 milioni di euro. In Emilia-Romagna le stime parlano di un buco superiore ai 600 milioni. E questi sarebbero quelli tradizionalmente considerati "bravi amministratori"...

