

16 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

CORRIERE DELLA SERA

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02 682821
Roma, Via Campania 59 C - Tel. 06 688281

DEL LUNEDÌ

Servizio Clienti - Tel. 02 682821
mail: servizioclienti@corriere.it

Il dopo Inter-Juve
Minacce a Bastoni
Elkann chiama Gravina
di Condò, Nerozzi, Passerini
e Tomaselli alle pagine 40 e 41



La riflessione
L'Europa e la Cina
mondi che si cercano
di Carlo Rovelli
alle pagine 34 e 35



Medici e pazienti

TRAPIANTI,
LE SFIDE
DA VINCERE

di Giuseppe Remuzzi

Qualche tempo fa uno dei nostri ospedali arriva un neonato in condizioni disperate, ha una polmonite bilaterale da enterovirus. Il piccolo ha bisogno di supporto respiratorio e non solo, le possibilità di farcela sono poche, pochissime. Medici e infermieri fanno il possibile e l'impossibile, nessuno pensa ad altro che alla vita di quel piccolino. Dopo qualche giorno Luca — non è il suo vero nome — mostra qualche segno di ripresa, poi è sempre meglio, giorno dopo giorno e torna a casa: guarito. Il nostro Servizio Sanitario sa fare quello che ha fatto per Luca e molto d'altro, ma prendersi carico della salute dei cittadini implica una enorme responsabilità. Deve essere un vero e proprio «servizio» ispirato a dedizione, compassione, attenzione ai dettagli e qualità. È possibile fare tutte queste cose insieme? Sì, e lo si deve fare specialmente nel campo dei trapianti e ancora di più per un trapianto di cuore di un bambino. Vediamo qualcosa che è successo poco tempo fa in uno dei nostri ospedali: Andrea è un neonato con un cuore che non si contrae, è una forma genetica, molto grave, di solito si muore. A meno che non si possa fare un trapianto, ma il cuore per un bambino così piccolo non lo si trova, non subito perlopiù.

continua a pagina 32

NAPOLI, IL BIMBO OPERATO

Il cuore in un box di plastica

di Sautto e Russo

alle pagine 20 e 21

ULTIMO BANCO

di Alessandro D'Avenia

Che cosa non manca mai nella bio (grafia) dei nostri profili sociali? Quello che una cultura crede necessario a definire l'io, dargli consistenza, farlo brillare. Il nostro credo è: «sono ciò che faccio»: ruoli, traguardi, hobby... Nel raccontarsi in breve emergono i parametri per essere riconoscibili, considerati e amabili (la scelta della foto mostra molto di noi ma soprattutto della cultura in cui viviamo). 70 anni fa, era il 1956, il sociologo Erving Goffman pubblicava il brillante *Presentation of self in everyday life* (La vita quotidiana come rappresentazione in Italia) nel quale mostrava che le relazioni sociali (e oggi anche sociali) sono una messa in scena in cui ci dividiamo in attori e pubblico. Lo diceva già lo stendardo sul teatro di Shakespeare: «Tutto il mondo recita» (*Totus mundus*



agit histrionem, letteralmente tutto il mondo fa l'attore). Noi «agiamo» («do act») in inglese è sia agire sia recitare) uno o più «io» in base ai contesti. I social hanno estremizzato il bisogno dell'io-personaggio spesso a scapito dell'io-persona (in fondo ipocrita in origine significava attore). Con i ragazzi siamo oltre: si iscrivono sul social fingendo un'età che non hanno. Quell'io non è solo rappresentato ma falso. E siamo noi adulti ad aver permesso questo «mento dunque sono». Ma che succede a chi inscena o addirittura mente? Tradisce la vita, si separa da sé, e prima o poi crolla. Per questo distinguiamo tra sé e io: il sé è il centro e la totalità della persona, ciò che integra ogni sua dimensione, l'io è chi so o credo di essere.

In scena

continua a pagina 29

Le donne trascinano la squadra Azzurra: le medaglie sono già 22. Battuto il primato di Lillehammer '94

Olimpiade, Italia da record

Brignone trionfa anche nel gigante: inchino delle rivali. Biathlon, Vittozzi d'oro

IN PRIMO PIANO

LA GIOIA DI FEDERICA

«All'arrivo
ho pregato
Ora? La vita»

di Francesco Battistini

a pagina 3

I SUCCESSI, I VOLTI

Ghiaccio, sci:
sono Giochi
da ragazze

a pagina 5

PARLA BUONFIGLIO (CONI)

«Piani chiari,
tecnici e unità
Così si vince»

di Daniele Dalleria

e Gaia Piccardi a pagina 7



Domenica da incominciare per gli azzurri: un altro oro per Federica Brignone, sul podio più alto anche Lisa Vittozzi nel biathlon, l'argento nello snowboard per Michela Moioli e Lorenzo Sommariva. Bronzo nella staffetta del fondo uomini. da pagina 2 a pagina 9 Bonarrigo, Sparisci, Vanetti



IL TENTATO SEQUESTRO

Il clochard,
la bimba e la lotta
dei genitori
«Terrorizzati»

di Federico Rota

Un uomo entra in un supermercato a Bergamo, incrocia una famiglia: si abbassa di scatto, afferra la bambina per la gamba e la solleva, mentre la mamma cerca di trattenerla. Il padre lo insegue e lo immobilizza. La piccola, un anno e mezzo, ha un femore fratturato. L'aggressore, arrestato, è un romeno di 47 anni, senza fissa dimora. Ignoti i motivi del tentato sequestro. L'uomo non risulta che abbia patologie psichiatriche certificate, o precedenti penali.

a pagina 24

L'ARCO DI MELENDUGNO

Si sbriciola
la roccia simbolo
del Salento

di Paolo Virtuani

L'Arco degli innamorati, uno dei panorami più ammirati e fotografati del Salento, a Melendugno, si è sbriciolato proprio nel giorno di San Valentino.

a pagina 25

TRUMP: «GIÀ RACCOLTI 5 MILIARDI»

Il governo va in Aula
sul Board per Gaza
Lite col centrosinistra

di Canettieri, Guerzoni e Mazza

«Non possiamo restare fuori dalla ricostruzione di Gaza» spiega Tajani. Attacca l'opposizione, da pagina 12 a pagina 15

YULIA NAVALNAYA

«Putin verrà giudicato
e io tornerò in Russia»

di Gordon Repinski

a pagina 19

GIANNELLI

Il caso Le frasi sul Csm: sistema para-mafioso
Nordio, scontro totale
con toghe e opposizioni

di Logroscino e Piccolillo

Referendum sulla giustizia, è polemica per le parole del ministro Carlo Nordio: «Il sorteggio eliminerà il sistema para-mafioso del Csm». Replica l'Anm: «Le sue parole offendono la memoria di chi ha perso la vita per lottare contro la mafia». La segretaria pd Schlein: «Me-loni si disso». alle pagine 10 e 11 Sacchettoni

DATAROOM

Lo strapotere
del dollaro

di Bertolino e Gabanelli

I poteri del dollaro nell'Era dei ricatti. Cosa può fare la Ue per erodere il potere americano. a pagina 17

IL PAPÀ DEL PICCOLO NICHOLAS

Green: un cuore per Tommy
la sua storia spinga a donare

GALLETTA, GIUBILEI — PAGINE 18 E 17



L'ECONOMIA DEL LUNEDÌ

Perché la competitività
è questione di resilienza

GIORGIO BARBA NAVARETTI — PAGINA 26



Imprese, salgono i default
rischi con i dazi americani

GIULIANO BALESTRERI — PAGINA 22

1,90 € II ANNO 160 II N. 46 II IN ITALIA (PREZZI PROMOZIONALI ED ESTERO IN ULTIMA) II SPEDIZIONE ABB. POSTALE II DL 353/03 (CONV. IN L. 27/02/04) II ART. 1, COMMA 1, DCB - TO II WWW.LASTAMPA.IT



LA STAMPA

LUNEDÌ 16 FEBBRAIO 2026

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



GNN

BOARD OF PEACE, L'ITALIA OSSERVATRICE. MELONI INCERTA SE VOLARE A WASHINGTON. KALLAS: LA RUSSIA NON È UNA SUPERPOTENZA

L'Europa gela gli Usa e accelera sulla difesa

L'ANALISI

Bugie e propaganda
dei leader occidentali

MASSIMO CACCIARI

Quale dramma stanno interpretando le leadership politiche occidentali? È possibile individuare i tratti fondamentali, al di là delle parole, propagande, inevitabili menzogne? — PAGINA 6

BRESOLIN, SIMONI, MAFETANO

Bruxelles prepara una nuova Strategia per la sicurezza europea. L'Italia sarà nel Board of Peace. Meloni in dubbio se volare di persona a Washington. DEL GATTO — PAGINE 4-8

LE IDEE

Sotto attacco
i principi nati nel '45

ANNA FOA

Il mondo sta cambiando a una velocità a cui non eravamo abituati. E cancella anche il ricordo di come era quel vecchio mondo che stiamo perdendo, di come è nato, di cosa ha rappresentato. — PAGINA 26

GLI STATI UNITI

Quelle tre crepe
nel potere di Donald

GIOVANNA PANCHERI

Lo confesso: sono tra coloro che scrivono ascoltando la musica e mentre sto mettendo mano a questo pezzo una strofa del brano *Anthem* di Leonard Cohen mi scorre nelle orecchie. — PAGINA 9

MATTARELLA AL CENTENARIO

Zagrebel'sky
"La rivoluzione
di Gobetti
senza zone grigie"

ANDREA MALAGUTI



Piero Gobetti, a un secolo dalla morte. Ma se uno lo prendesse adesso, con i suoi anomali vent'anni, lo mettesse al centro del dibattito pubblico, scoprirebbe quanto avremmo ancora bisogno di lui. Siamo rimasti quelli che siamo sempre stati. — PAGINE 10 E 11

IL MINISTRO: SE VINCE IL NO GUADAGNERANNO LE TOGHE CHE SGUAZZANO NEL VERMINAIO. INTERVISTA A SABELLA: È AGGHIACCIANTE

"Csm paramafioso", ira su Nordio

L'Anm: offende le vittime. Schlein: Meloni prenda le distanze. Ma la maggioranza fa quadrato

IL COMMENTO

A destra la sindrome
da ultima spiaggia

FLAVIA PERINA

La sindrome dell'ultima spiaggia è il rischio vero dell'ultimo tratto di campagna referendaria ed è un problema. La destra, per la prima volta, si rende conto che l'idea di sterilizzare una eventuale sconfitta (il famoso «non ci saranno conseguenze» di Giorgio Meloni) è un'illusione. CAPURSO, DIMATTEO, FAMÀ, MONTICELLI — PAGINE 2, 3 E 27

I DIRITTI

Leggi sullo stupro
battaglia da finire

FABRIZIO GIULIANI

Succedeva trent'anni fa e chi c'era lo racconta, senza enfasi, come una rivoluzione. L'azione trasversale delle parlamentari riesce a cancellare l'articolo del Codice Rocco (1930) che riduceva la violenza sessuale a crimine contro la pubblica moralità e il buon costume. AMABILE — PAGINE 15 E 27

NUOVO TRIONFO DI BRIGNONE IN GIGANTE. STORICA VITTOZZI, PRIMO SUCCESSO NEL BIATHLON



Così è diventata grande l'Italia della neve

GIULIA ZONCA — PAGINA 35

Alle Olimpiadi ancora medaglie d'oro per l'Italia: ieri le hanno vinte Federica Brignone e Lisa Vittozzi

PAGINE 32-34

IL RACCONTO

Quando i valori
finiscono in vendita

MAURIZIO MAGGIANI

Tempo fa, si era all'inaugurazione delle Olimpiadi invernali, mi sono fatto sorprendere da un'affermazione del nostro primo ministro a commento del suo lungo incontro con il vicepresidente Vance; con piglio esclamativo ha esaltato il sistema di valori che tengono insieme Europa e Stati Uniti. — PAGINE 14 E 15

L'INTERVISTA

Zaia: "Fine vita
basta ipocrisie"

FEDERICO CAPURSO

«Questo Paese — dice l'ex governatore Luca Zaia — deve uscire da una grande ipocrisia: non si può far credere ai cittadini che non esista la fine vita. Esiste, in virtù della sentenza del 2019 della Consulta». — PAGINA 13

IL CAMPIONATO

Il Toro cede al Bologna
rivolta tifosi, Baroni resta

GIANLUCA ODDENINO

Contestato all'inizio della partita sotto la sua tribuna e poi assediato fuori dallo stadio dopo l'ennesima sconfitta. Urbano Cairo vede sgretolarsi quel poco che restava del Toro di Baroni, sconfitto meritatamente da un Bologna in piena crisi. Ieri c'erano pochi tifosi, ma si sono fatti sentire. — PAGINA 36



IL CASO

Il calcio dei simulatori
che divora sé stesso

ANTONIO BARILLÀ



Prima dell'errore imperdonabile dell'arbitro, prima d'un regolamento assurdo che impedisce l'intervento del Var per le ammonizioni, nella notte triste di San Siro, pessimo spot del calcio italiano, si staglia la sceneggiata, con annessa esultanza, di Bastoni. RIVA — PAGINA 37

PORTIAMO L'ARTE DELLA PASTA RIPIENA ITALIANA IN TUTTO IL MONDO



Liste d'attesa, la mappa dell'Italia

Sanità

In anteprima i risultati
della Piattaforma nazionale
sulle prestazioni 2025

Il ministro Schillaci: siamo
pronti a gestire il sistema
Regioni e Asl si muovano

Per un ecocolor Doppler alle arterie del collo all'Asl di Teramo ci vogliono 861 giorni. Nell'Asl Barletta-Andria-Trani per una colonoscopia servono 702 giorni. Sono due esempi delle "spie rosse" accese dalla Piattaforma nazionale liste d'attesa, attivata presso Agenas, e pronta a partire. Una maxi centrale di controllo dei tempi di attesa alimentata dal flusso dei dati in arrivo dai Cup.

I primi numeri relativi al 2025 - che Il Sole-24Ore è in grado di anticipare - fotografano la mappa dei ritardi.

Bartoloni e Gobbi — a pag. 3

Liste d'attesa, ecco la mappa: anche 800 giorni per un esame

Sanità. I dati della nuova Piattaforma voluta dal ministero per monitorare i tempi negli ospedali: per otto prestazioni gravi ritardi nelle strutture del Sud. Tra le Regioni male la Puglia e l'Abruzzo, bene il Veneto

**Marzio Bartoloni
Barbara Gobbi**

Per fare un ecocolor Doppler alla carotide all'Asl di Teramo ci vogliono 861 giorni, in pratica quasi due anni e mezzo invece dei 120 giorni di attesa massima prevista per un esame programmabile (in alcune Regioni è a 180 giorni). Fa poco meglio, si fa per dire, l'Asl Barletta-Andria-Trani dove per una colonoscopia programmabile servono 702 giorni in media. La cosa grave è che nella stessa struttura e per lo stesso esame si aspettano 235 giorni anche quando in base alla ricetta del medico se ne dovrebbero aspettare dieci perché si tratta di una prestazione di una certa urgenza (la prescrizione "breve") così come per le visite ortopediche dove si attendono tra 310 e 325 giorni. Sempre per la colonoscopia e sempre in Puglia serve un giorno in più (236) al Policlinico di Bari dove si aspettano in media 195 giorni

anche per una visita cardiologica che dovrebbe avere la priorità. Analoga via crucis a Messina dove in due strutture si aspetta quasi un anno per ecocolor Doppler e colonoscopia e circa 200 giorni per visita oculistica o dermatologica.

Eccole alcune delle "spie rosse" che si accendono nella Piattaforma nazionale liste d'attesa, attivata presso Agenas, e pronta a partire per essere a disposizione, si spera presto, anche dei cittadini. Una maxi centrale di controllo dei tempi di attesa alimentata dal flusso dei dati delle Regioni in arrivo dai Cup (alcune però lo fanno ancora a intermittenza) che è stata fortemente voluta dal ministro della Salute Schillaci, che ha fatto della lotta all'ottovolante delle cure a mille velocità e affidate al Cap di residenza - nonché troppo spesso all'intramoenia pagata dai cittadini - la sua priorità. E proprio la libera professione dei medici (l'intramoenia appunto) è uno degli indicatori monitorati sempre

in giorni di attesa: dai primi dati emerge che proprio dove si aspetta di più quando si bussa alla porta del Servizio sanitario l'attesa si riduce a pochi giorni se il paziente mette mano al portafogli.

I primi numeri relativi alle prestazioni del 2025 - che Il Sole-24Ore può anticipare - sono capaci di fotografare in modo capillare la mappa dei ritardi nella sanità pubblica finora appannaggio delle denunce dei singoli cittadini o di qualche sondaggio delle associazioni



dei pazienti. Sotto la lente, un panel di otto prestazioni (4 esami e 4 visite) particolarmente rappresentative: oltre alla colonscopia totale, la eco(color)dopplergrafia dei tronchi sovraortici, la gastroscopia, le prime visite cardiologica, dermatologica/allergologica, oculistica e ortopedica e la Tc del torace.

Questo cervellone che monitora l'emergenza numero uno dei pazienti italiani - circa 6 milioni di italiani hanno rinunciato a curarsi soprattutto per le liste d'attesa - ha una marcia in più, che fa la differenza: non solo dà conto delle attese ma ne "pesa" il ritardo, assegnando una percentuale. Per la prima volta quindi l'analisi non si limita a distinguere tra rispetto o mancato rispetto dei tempi massimi, ma introduce una valutazione di gravità effettiva del ritardo rispetto ai limiti prescritti, offrendo un quadro più accurato. Nei casi di ritardo particolarmente significativo - spiega il ministero della Salute - è stato attribuito un valore di "alert", che segnala le situazioni di maggiore criticità.

Il quadro generale segna una spaccatura tra Nord con performance mediamente migliori e Sud del paese, sintetizzato plasticamente dalla per-

tuale di "alert", concentrati in due aziende della Regione Puglia: in cima alle classifiche dei ritardi più gravi per prestazioni compare il Policlinico di Bari per la già citata colonscopia (alert all'85%) e per la prima visita cardiologica (85%), mentre la maglia nera va all'Asl Barletta-Andria-Trani per l'eco dei tronchi sovraortici (alert al 77%) e per le prime visite dermatologica (73%), oculistica (80%), ortopedica (86%) e per la Tac torace (82%). Per la gastroscopia, l'alert top (78%) è nella Asl di Teramo. Allargando la visuale a livello macro e cioè alle Regioni, tra quelle con maggiori gravità spicca l'Abruzzo con alert ai massimi valori in Italia per quattro delle otto prestazioni con 68% per la colonscopia, 55% per la gastroscopia, 56% per la prima visita dermatologica e 37% per la Tc torace. Critica la Puglia: 57% di alert per la eco dei tronchi sovraortici, 52% per la prima visita cardiologica e 52% per la prima visita oculistica. Per quella ortopedica, la quota di prestazioni con ritardo grave si ha in Friuli (47%).

Sono concentrate quasi tutte al centro Nord invece le strutture con le attese più brevi, mentre tra le Regioni spicca la performance del Veneto che presenta

"alert" ai minimi per colonscopia (3%), gastroscopia (1%), prima visita cardiologica (1%) e prime visite dermatologica e oculistica (entrambe al 4%) così come per la Tac torace (3%). Infine, la mappa del ministero segna disco verde anche per Trento con alert al 2% sull'ecocolor-doppler dei tronchi sovraortici e per l'Umbria, migliore performance (alert al 2%) per la prima visita ortopedica.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Sotto la lente anche le attese per l'intramoenia per la quale si attendono pochi giorni lì dove la coda è più lunga

I dati del monitoraggio				
QUATTRO ESAMI DIAGNOSTICI				
Attese medie in giorni e pesate per grave ritardo. In percentuale				
COLONSCOPIA TOTALE - CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE				
REGIONE E STRUTTURE PEGGIORI	IN GRAVE RITARDO ⁽¹⁾	ENTRO 10 GG ⁽²⁾	ENTRO 120 GG ⁽³⁾	LIBERA PROFESS.
Abruzzo	68%	35	406	28
Policlinico di Bari	85%	236	411	8
Aou G. Martino di Messina	83%	262	302	9
Asl Bt di Andria	82%	235	702	13
REGIONE E STRUTTURE MIGLIORI	IN GRAVE RITARDO ⁽¹⁾	ENTRO 10 GG ⁽²⁾	ENTRO 120 GG ⁽³⁾	LIBERA PROFESS.
Veneto	3%	9	45	14
Inrca Marche	0%	7	-	13
Ast 1 di Pesaro e Urbino	1%	10	6	46
Ast 2 di Macerata	2%	10	49	31
ECOCOLOR-DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAORTICI				
REGIONE E STRUTTURE PEGGIORI	IN GRAVE RITARDO ⁽¹⁾	ENTRO 10 GG ⁽²⁾	ENTRO 120 GG ⁽³⁾	LIBERA PROFESS.
Puglia	57%	116	256	7
Asl Bt di Andria	77%	168	324	5
Asp Messina	73%	254	307	4
Asl Teramo	72%	45	861	9
REGIONE E STRUTTURE MIGLIORI	IN GRAVE RITARDO ⁽¹⁾	ENTRO 10 GG ⁽²⁾	ENTRO 120 GG ⁽³⁾	LIBERA PROFESS.
Trento	2%	7	80	7
Asst Papa Giovanni XXIII di Bergamo	0%	9	112	7
Usls 8 Berica	0%	9	44	8
Usls 7 Pedemontana	0%	6	32	7
GASTROSCOPIA - ESOFAGOGASTRODUDENOSCOPIA				
REGIONE E STRUTTURE PEGGIORI	IN GRAVE RITARDO ⁽¹⁾	ENTRO 10 GG ⁽²⁾	ENTRO 120 GG ⁽³⁾	LIBERA PROFESS.
Abruzzo	55%	30	260	16
Asl Teramo	78%	91	465	9
Asl Bt di Andria	78%	127	364	10
Asl Avezzano - Sulmona - L'Aquila	71%	25	375	29
REGIONE E STRUTTURE MIGLIORI	IN GRAVE RITARDO ⁽¹⁾	ENTRO 10 GG ⁽²⁾	ENTRO 120 GG ⁽³⁾	LIBERA PROFESS.
Veneto	1%	8	56	11
Azienda Usl Piacenza	1%	7	58	8
Ast di Pesaro e Urbino	1%	10	104	32
Ast di Macerata	1%	9	67	27
TAC DEL TORACE				
REGIONE E STRUTTURE PEGGIORI	IN GRAVE RITARDO ⁽¹⁾	ENTRO 10 GG ⁽²⁾	ENTRO 120 GG ⁽³⁾	LIBERA PROFESS.
Abruzzo	37%	24	163	6
Asl Bt di Andria	82%	145	248	8
Asl Roma 4	58%	30	326	6
Asl Teramo	50%	21	191	6
REGIONE E STRUTTURE MIGLIORI	IN GRAVE RITARDO ⁽¹⁾	ENTRO 10 GG ⁽²⁾	ENTRO 120 GG ⁽³⁾	LIBERA PROFESS.
Veneto	3%	8	49	7
Ast di Pesaro e Urbino	2%	7	14	4
Asl Caserta	2%	4	7	0
Ast 2 di Ancona	2%	9	23	6
QUATTRO VISITE				
Attese medie in giorni e pesate per grave ritardo. In percentuale				
PRIMA VISITA CARDIOLOGICA				
REGIONE E STRUTTURE PEGGIORI	IN GRAVE RITARDO ⁽¹⁾	ENTRO 10 GG ⁽²⁾	ENTRO 120 GG ⁽³⁾	LIBERA PROFESS.
Puglia	52%	62	222	8
Policlinico di Bari	85%	195	311	4
Asl Bt di Andria	80%	181	261	5
Asl Bari	66%	147	207	9
REGIONE E STRUTTURE MIGLIORI	IN GRAVE RITARDO ⁽¹⁾	ENTRO 10 GG ⁽²⁾	ENTRO 120 GG ⁽³⁾	LIBERA PROFESS.
Veneto	2%	8	66	13
Inrca Marche	0%	6	10	13
Usls 8 Scaligera	0%	8	29	11
Usls 7 Pedemontana	0%	8	76	8
PRIMA VISITA DERMATOLOGICA				
REGIONE E STRUTTURE PEGGIORI	IN GRAVE RITARDO ⁽¹⁾	ENTRO 10 GG ⁽²⁾	ENTRO 120 GG ⁽³⁾	LIBERA PROFESS.
Abruzzo	56%	39	190	18
Asl Bt di Andria	73%	161	198	24
Aou G. Martino di Messina	73%	166	196	7
Asst Ovest Milanese	73%	37	309	111
REGIONE E STRUTTURE MIGLIORI	IN GRAVE RITARDO ⁽¹⁾	ENTRO 10 GG ⁽²⁾	ENTRO 120 GG ⁽³⁾	LIBERA PROFESS.
Veneto	4%	9	61	26
Usls 1 Dolomiti	0%	7	59	37
Usls 9 Scaligera	0%	8	72	25
Inrca Marche	0%	8	84	24
PRIMA VISITA OCULISTICA				
REGIONE E STRUTTURE PEGGIORI	IN GRAVE RITARDO ⁽¹⁾	ENTRO 10 GG ⁽²⁾	ENTRO 120 GG ⁽³⁾	LIBERA PROFESS.
Puglia	52%	68	226	9
Asl Bt di Andria	80%	201	300	60
Asl Napoli 2 Nord	79%	71	308	5
Aou G. Martino di Messina	72%	126	212	52
REGIONE E STRUTTURE MIGLIORI	IN GRAVE RITARDO ⁽¹⁾	ENTRO 10 GG ⁽²⁾	ENTRO 120 GG ⁽³⁾	LIBERA PROFESS.
Veneto	4%	7	58	17
Usls 2 Marca Trevigiana	0%	6	34	12
Asp Crotone	0%	8	148	12
Usls 7 Pedemontana	0%	7	41	20
PRIMA VISITA ORTOPEDICA				
REGIONE E STRUTTURE PEGGIORI	IN GRAVE RITARDO ⁽¹⁾	ENTRO 10 GG ⁽²⁾	ENTRO 120 GG ⁽³⁾	LIBERA PROFESS.
Friuli Venezia Giulia	47%	27	155	8
Asl Bt di Andria	86%	310	325	7
Asu Friuli centrale	67%	41	184	8
Policlinico di Bari	65%	113	162	6
REGIONE E STRUTTURE MIGLIORI	IN GRAVE RITARDO ⁽¹⁾	ENTRO 10 GG ⁽²⁾	ENTRO 120 GG ⁽³⁾	LIBERA PROFESS.
Umbria	2%	7	19	4
Asl Vicenza	0%	9	22	7
Asst Valcamonica	0%	8	32	9
Usls 9 Scaligera	0%	9	78	12

(1) Il ritardo grave ("alert") pesa la gravità del ritardo in base non solo ai giorni di ritardo ma alla classe di priorità della prestazione; (2) Prestazione che sulla ricetta ha la priorità B (breve) da erogare entro 10 giorni; (3) Prestazione che sulla ricetta ha priorità P (programmabile) entro 120 giorni e in alcune Regioni a 180 giorni. Fonte: Piattaforma nazionale liste d'attesa e ministero della Salute



«Pronti a gestirle con la Piattaforma, Regioni e Asl devono muoversi»

**L'intervista
Orazio Schillaci**

Ministro della Salute

Marzio Bartoloni

Orazio Schillaci è forse il primo ministro della Salute a prendere di petto l'emergenza delle liste d'attesa. Ora a un anno e mezzo dall'approvazione del suo piano chiama tutti - dalle Regioni a chi dirige Asl e ospedali - a fare la propria parte perché norme, risorse e strumenti, a partire dalla nuova Piattaforma nazionale sulle liste d'attesa, ci sono.

Cosa risponde a chi la critica dicendo che non si vedono effetti?

Ci sono Regioni che applicano la legge, a esempio aprendo gli ambulatori nei fine settimana, e i risultati ci sono. Ci sono realtà in cui i recall sulle prenotazioni hanno recuperato molte prestazioni che si sarebbero perse. Ci sono strutture che si sono riorganizzate per gestire meglio le agende e aumentare le disponibilità. Chi critica in passato semplicemente ha scelto di non occuparsi del problema. Io l'ho fatto. Parliamo di un fenomeno che in decenni si è cronicizzato e che non si risolve in un batti baleno. Ma se mai si comincia, le cose non cambiano. Oggi ci sono regole chiare, stabilite per legge e in questi anni abbiamo dato anche le risorse

La nuova piattaforma, come dimostrano i dati, è in grado di monitorare i tempi di attesa per singola prestazione in ogni ospedale. Prima non era possibile. Come li userete i dati? I dati ci aiutano a capire realmente l'andamento dei tempi d'attesa o se ci sono troppe prestazioni in intramoenia, cioè quelle a pagamento per i cittadini. E questo ci permette di sollecitare in modo mirato le Regioni e anche di attivare controlli specifici come abbiamo fatto con i Nas. I cittadini tramite la piattaforma possono consultare i

dati a livello nazionale, le Regioni ci hanno chiesto di aspettare prima di pubblicare anche quelli a livello di singola azienda e prestazione. Noi siamo pronti.

I dati mostrano che ci sono ancora prestazioni per le quali in una struttura si devono attendere diverse centinaia di giorni. Come interverrete in questi casi?

Il ministero ha un potere di controllo e vigilanza che stiamo esercitando con un confronto costante con i presidenti di Regione che, in diversi territori, sanno bene quanto sia urgente un cambio di passo a livello organizzativo. È davvero inaccettabile che prestazioni negate si recuperino in un baleno non appena compare una telecamera. Noi facciamo la nostra parte ma il controllo più efficace è quello dei direttori delle strutture.

Nei giorni scorsi ha strigliato le Regioni sulle liste d'attesa invitandole a non ritoccare o truccare i dati. Ci sarà bisogno in casi estremi di usare i poteri sostitutivi che sono previsti per legge oppure avere oggi i dati può permettere di lavorare insieme?

Sono convinto che lavorando insieme possiamo imprimere una svolta. I poteri sostitutivi sono una soluzione estrema prevista dalla legge ma è interesse in primo luogo delle Regioni dimostrare ai propri cittadini di essere in grado di migliorare l'efficienza dei servizi. Questo significa che se un'azienda fa troppa intramoenia, mi aspetto che il direttore generale intervenga per far rispettare la legge; se si riscontrano agende chiuse - vietate dalla legge - bisogna che la Regione intervenga sull'azienda

Il cittadino che paga per le prestazioni in libera professione attende pochi giorni: l'intramoenia va cambiata o va controllata meglio per evitare abusi e da chi va controllata?

La legge parla chiaro: l'attività in

intramoenia non deve superare quella garantita dal Servizio sanitario nazionale. E sempre la legge dice che i direttori generali delle aziende devono controllare che questa norma sia rispettata intervenendo anche con la sospensione dell'intramoenia. La legge dà elementi per evitare abusi, sono strumenti che vanno messi in atto se vogliamo dare risposte ai cittadini.

Tra le norme più favorevoli per il cittadino che lei ha voluto è prevista la possibilità, in caso di ritardo, che il Cup faccia avere la prestazione nel privato in intramoenia gratis o pagando solo il ticket. Viene applicata? E il cittadino può difendersi se gli

viene rifiutata questa possibilità?

Alcune Regioni hanno attivato servizi per l'applicazione di questa norma, ma non è ancora sufficiente. È un diritto del cittadino che va garantito e lo deve fare l'azienda. Non è ammissibile che gli venga rifiutato. Se questo accade, è bene che sia segnalato. E le garantisco che riceviamo segnalazioni e ce ne facciamo carico immediatamente con la Regione interessata. A breve, partirà una campagna di comunicazione proprio per aumentare la consapevolezza di ogni cittadino sui propri diritti.

Il piano sulle liste d'attesa prevedeva anche alcuni interventi come l'unificazione dei cup regionali per avere tutte le disponibilità tra pubblico e



privato convenzionato. A che punto sono le Regioni?

Alcune regioni lo hanno già fatto, altre lo stanno facendo. È una sfida che dobbiamo portare a casa: il privato convenzionato deve dare il suo contributo, non è ammissibile che metta a disposizione solo le prestazioni più vantaggiose. Oltre a questo è fondamentale anche formare il personale addetto ai Cup.

Le Regioni secondo il piano hanno anche la possibilità di aprire gli ambulatori nei week end e la sera pagando meglio gli straordinari a medici e infermieri. È una possibilità che stanno usando e funziona?

In Piemonte è stato fatto ed ha

funzionato. Nel 2025, come comunica la Regione, sono state erogate oltre 250mila visite fuori orario e stanno lavorando a un piano anche per il 2026. Un modello che ritengo sia replicabile.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL MONITORAGGIO
I dati ci permettono di sollecitare in modo mirato le autonomie e attivare controlli specifici con i Nas

LIBERA PROFESSIONE
L'intramoenia non deve superare l'attività garantita dal Ssn: tocca a chi dirige gli ospedali evitare che accada





Servizio Dopo l'inchiesta del Sole 24 ore

Liste d'attesa, Ordine dei medici: "Se il cittadino non trova posto il Ssn paghi la fattura dal privato"

Per il presidente Anelli vanno messe a carico del Servizio sanitario nazionale le prestazioni effettuate in intramoenia, laddove il cittadino sia obbligato a servirsene non per scelta, ma perché non trova posto nel pubblico

di Marzio Bartoloni

15 febbraio 2026

Mettere a carico del Servizio sanitario nazionale le prestazioni effettuate in intramoenia, laddove il cittadino sia obbligato a servirsene non per scelta, ma perché non trova posto nel pubblico. A sposare questa proposta - prevista già per legge sulle liste d'attesa approvata un anno e mezzo fa, ma difficilmente applicata finora - è il del Presidente della Fnomceo, la Federazione nazionale degli Ordini dei Medici chirurghi e Odontoiatri, Filippo Anelli, dopo l'inchiesta del Il Sole 24 Ore che anticipa i primi dati, relativi al 2025, della Piattaforma nazionale sulle prestazioni, attivata presso Agenas. "Una maxi centrale di controllo dei tempi di attesa alimentata dal flusso dei dati delle Regioni in arrivo dai Cup" si legge nell'articolo, fortemente voluta dal ministro della salute Orazio Schillaci, che evidenzia ritardi e disuguaglianze territoriali, tra Regione e Regione e tra Asl e Asl.

L'inappropriatezza organizzativa e la carenza di medici

Proprio la libera professione dei medici effettuata all'interno delle strutture, l'intramoenia appunto, è uno degli indicatori monitorati: "Dai primi dati – si legge ancora nell'inchiesta sulle liste d'attesa pubblicata dal Sole 24 ore - emerge che proprio dove si aspetta di più quando si bussa alla porta del Servizio sanitario l'attesa si riduce a pochi giorni se il paziente mette mano al portafogli". Che fare allora? Anelli è lapidario: "Se la responsabilità è del sistema, la fattura ai cittadini dovrebbe pagarla il Servizio sanitario nazionale" afferma. E che la responsabilità sia del sistema lo evidenziano la Corte dei Conti, l'Ufficio parlamentare di Bilancio, la Ragioneria generale dello Stato. "I cittadini italiani amano il loro Servizio sanitario nazionale – esordisce Anelli nel video del nuovo Fnomceo Tg Sanità - però considerano le liste d'attesa il principale problema della sanità italiana. Da tempo l'Ufficio parlamentare di Bilancio ha evidenziato come uno dei mali del nostro sistema sia proprio quello dell'inappropriatezza organizzativa. Che cosa significa? Significa che la carenza di medici, la mancanza di strumenti o di strutture spinge il cittadino molto spesso a rinunciare alle cure".

Anelli (Fnomceo): la fattura dell'intramoenia la paghi il Ssn

"Sono 6 milioni secondo l'Istat – aggiunge - i cittadini che rinunciano alle cure oppure vanno a farsi curare nel privato. Oramai la spesa privata è salita a oltre 43-44 miliardi. Così i cittadini oggi, di fronte alla negazione di una visita o al rinvio in tempi biblici di una prestazione, preferiscono andare o al privato o in intramoenia. Che cos'è l'intramoenia? L'intramoenia è quel tempo libero

messo a disposizione dei medici per effettuare una libera professione all'interno delle strutture sanitarie". "Però i cittadini giustamente – conclude - si lamentano del fatto che, se prenotano secondo la via pubblica hanno percorsi e prenotazioni molto lontane nel tempo. Se chiedono invece una visita in intramoenia la hanno in breve tempo. Che cosa si potrebbe fare? A parte ringraziare i medici che mettono comunque a disposizione il loro tempo negli ospedali per curare i cittadini, è ovvio che se la responsabilità è quella del sistema, la fattura ai cittadini dovrebbe pagarla il Servizio sanitario nazionale".

Il meccanismo del "salta code" previsto nel piano liste d'attesa

La proposta del presidente di Fnomceo è in realtà già prevista con il cosiddetto "salta-code", un percorso di garanzia scritto nero su bianco nel piano liste d'attesa (articolo 3, legge 107/2024) che prevede l'obbligo per l'Asl in caso di tempi non rispettati per le cure di garantirle nel privato accreditato o in libera professione intramoenia nell'ospedale. In pratica con il "salta-code" se a esempio dopo una telefonata al Cup per prenotare una visita o una Tac o una colonoscopia non si rispettano i tempi massimi che variano da pochi giorni a qualche mese in base ai codici inseriti sulla ricetta (da «urgente» a «programmabile») l'azienda sanitaria deve garantire lo stesso la prestazione nei tempi previsti pagando - nel privato o in intramoenia - al posto del suo assistito che al massimo mette mano al portafogli per coprire il costo del ticket. Il problema è che per far scattare questo meccanismo "salta-code" non esiste un automatismo e così la burocrazia come avviene spesso in questi casi libera tutta la sua fantasia. E così nelle Asl è una pioggia di moduli da riempire, certificati e documenti da inviare magari solo attraverso la Pec al posto di una mail ordinaria e addirittura in qualche caso l'onere di dover provare con un pezzo di carta alla Asl che non si è potuti ricevere la visita o l'esame di cui si aveva bisogno perché la stessa Asl non era in grado di garantirla nei tempi.

Trapianti, la rete virtuosa Quasi cinquemila l'anno

Il 66% degli italiani ha dato
il consenso alla donazione di
organi. In attesa 8.560 pazienti
Il cardiocirurgo Rossi: il nostro
sistema tra i più efficienti e sicuri

di **Margherita De Bac**

ROMA Il 1 ottobre del 1994 Nichola Green, 7 anni, viene ucciso da banditi sull'autostrada Salerno-Reggio Calabria mentre dorme sul sedile posteriore dell'auto. I genitori donano i suoi organi. Cittadini, politici, istituzioni scoprono l'esistenza del mondo dei trapianti. La scorsa settimana a Napoli un bimbo di 2 anni e pochi mesi riceve un cuore arrivato da Bolzano in condizioni presumibilmente deteriorate da modalità di trasporto non corrette. In pochi giorni l'Aido, l'associazione donatori organi presieduta dalla veneta Flavia Petrin, rileva un leggero calo di sottoscrizioni, «ci auguriamo passeggero». L'episodio avvenuto al Monaldi, su cui sta indagando la Procura, rischia di allungare ingiuste ombre su un sistema che è probabilmente uno dei migliori offerti dal nostro sistema sanitario pubblico.

Rimonta

Dopo la storia del piccolo Green, l'Italia — a quei tempi fatalino di coda nella graduatoria dei donatori di organi e per numero di trapianti — comincia a risalire la china sullo slancio di una serie di mosse organizzative e legislative confermatesi vincenti. Oggi siamo ai vertici della piramide. «È una delle migliori macchine al mondo, forte di regole chiare e trasparenti», riven-

dica fiero Massimo Rossi, chirurgo al Policlinico Umberto I di Roma. «È un meccanismo trasparente, sicuro, garantista. Gli organi vengono assegnati in modo tracciabile», sgombra il campo da eventuali sospetti il cardiocirurgo Mariano Feccia. La costruzione di questa struttura è partita nel 1993, con la legge sull'accertamento di morte, che è servita a dare certezze sulla cessazione della vita, collegandola al termine dell'attività cerebrale. Nel 1999 è arrivata poi la prima legge italiana sui trapianti, passata con voto bipartisan. E da lì stata tessuta la rete di centri di chirurgia dei trapianti nazionali e regionali, affinata la procedura per dare il consenso alla donazione e migliorato il coordinamento tra rianimazioni ospedaliere e centri di coordinamento.

I numeri dei trapianti

Nel 2024 — ultimi dati ufficiali disponibili — sono stati eseguiti 4.642 trapianti, il 3,9% in più dell'anno precedente: di questi, 179 sono stati classificati come «urgenza nazionale» (75 fegato, 86 cuore, 14 polmone, 4 rene) e 191 hanno riguardato minorenni (79 fegato, 76 rene, 32 cuore, 4 polmone). Prima di essere operati, i pazienti hanno sostato in lista di attesa 20,2 mesi per il rene, 3,7 mesi per il fegato, 10,7 mesi per il cuore, 8,4 mesi per il polmone e 7,8 mesi per il pancreas. I tempi si allungano (fino a 3 anni per il rene) se si considerano i malati che per particolari condi-

zioni devono attendere di più. A metà febbraio — come riportato dal sistema informativo del ministero della Salute — erano in coda 8.560 persone: nell'ordine le richieste riguardano rene, fegato, cuore, polmone, pancreas e intestino.

La pediatria

In campo pediatrico il tempo medio d'attesa per il cuore è di 90 giorni per i casi urgenti e di 11 mesi nel programma ordinario. Per il rene il tempo d'attesa varia da 43 giorni in urgenza a 20 mesi in regime ordinario. Come previsto anche per gli adulti, quando nella piattaforma nazionale non viene segnalata la disponibilità di un donatore compatibile viene allertato il sistema «Foedus», un'organizzazione internazionale europea basata sullo scambio di organi tra i Paesi aderenti. È il risultato di un'azione congiunta partita dall'Italia nel 2013, con la quale vengono scambiati organi in eccedenza non utilizzati all'interno del Paese di provenienza del donatore. Oggi al progetto aderiscono — oltre all'Italia — Francia, Spagna,



Svizzera, Lituania, Repubblica Ceca, Regno Unito, Romania, Slovacchia, Polonia, Portogallo, Cipro, Bulgaria, Grecia, Irlanda, Lettonia e Moldavia. Il nostro Paese ha attuato inoltre accordi bilaterali, in particolare con la *South Alliance for transplant*, network dell'area mediterranea. La guida di «Foedus» è attualmente affidata, in base al sistema di rotazione, al direttore del Centro nazionale trapianti Giuseppe Feltrin. La ricerca di un cuore da dare al bimbo di Napoli sta coinvolgendo tutti i centri della rete internazionale. Se la disponibilità di un donatore dovesse essere segnalata, ci vorrebbero poche ore per compiere i test dovuti, verificare la compatibilità reale dell'organo e procedere al

trasporto.

Il consenso

Oggi in Italia è facile esprimere le proprie volontà sulla donazione di organi. La modalità preferita dai cittadini è la registrazione della propria scelta al momento del rinnovo della carta di identità in Comune: a metà febbraio il 66,1% dei cittadini aveva espresso il consenso. Meno battuta la via degli sportelli presso le Asl. Il terzo canale istituzionalizzato è quello dell'Aido (Associazione nazionale donatori di organo), che ha visto aumentare le sottoscrizioni grazie all'introduzione di Spid e firma digitale per esprimere il consenso. Attraverso i tre canali, hanno manifestato la volontà di donare gli

organi un totale di 25.525.841 cittadini. Tutti i dati vengono inseriti nel sistema informativo del ministero della Salute, che vengono consultati quando nelle rianimazioni si accerta un decesso. Se non esiste alcuna traccia delle volontà espresse, a decidere sono i familiari.

mdebac@rcs.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'Aido

L'associazione donatori di organi



L'associazione italiana per la Donazione di Organi, Tessuti e Cellule (Aido) è stata fondata a Bergamo il 26 febbraio 1973 da Giorgio Brumat. Oggi l'associazione ha sede a Roma.

Il fondatore Brumat nei centri dialisi



Come collaboratore di una casa farmaceutica, Brumat visitava spesso i centri dialisi. Da qui ebbe l'idea di fondare un'associazione per sensibilizzare sulla donazione di organi.

Gli esordi difficili e i primi iscritti



All'inizio l'Aido incontrò forti resistenze di ordine psicologico e morale. «Persi lavoro, famiglia e amici — ha raccontato Brumat — i primi iscritti furono 87 parrocciani di Bergamo».

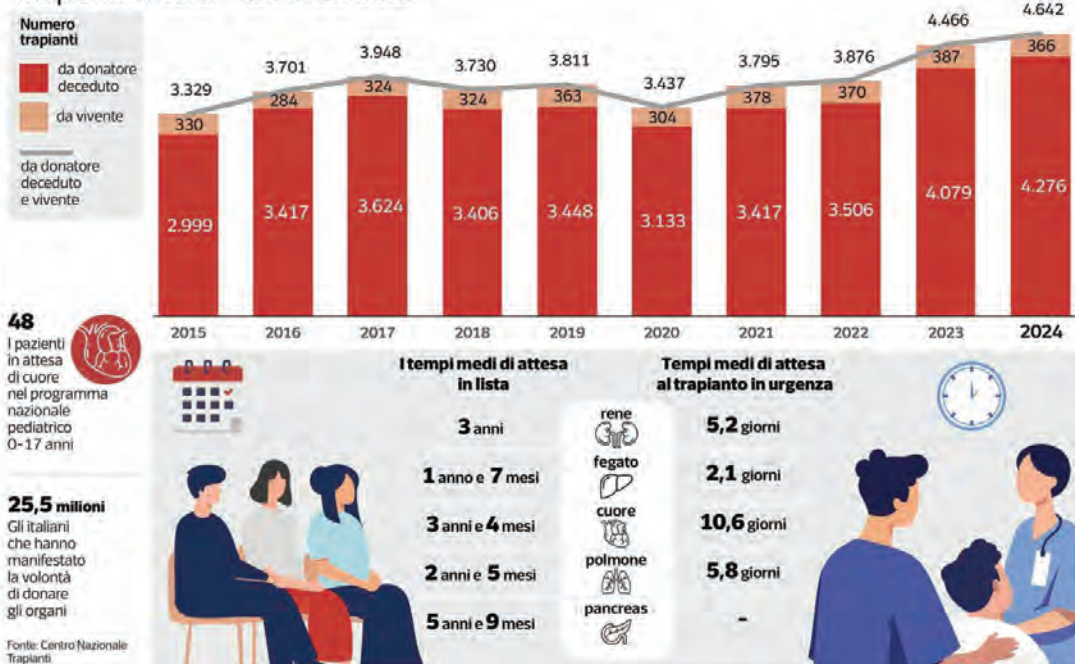
Il boom delle adesioni



L'Aido conta oggi oltre 1,4 milioni di associati in tutta Italia. La fascia di età più rappresentata è quella fra i 46 e i 56 anni con 628 mila iscritti, mentre gli under 25 sono poco più di 29 mila.

I trapianti in Italia

Dati riferiti al 31/12/2024



TRAPIANTI, LE SFIDE DA VINCERE

di **Giuseppe Remuzzi**

Qualche tempo fa a uno dei nostri ospedali arriva un neonato in condizioni disperate, ha una polmonite bilaterale da enterovirus. Il piccolo ha bisogno di supporto respiratorio e non solo, le possibilità di farcela sono poche, pochissime. Medici e infermieri fanno il possibile e l'impossibile, nessuno pensa ad altro che alla vita di quel piccolino. Dopo qualche giorno Luca — non è il suo vero nome — mostra qualche segno di

ripresa, poi e sempre meglio, giorno dopo giorno e torna a casa: guarito. Il nostro Servizio Sanitario sa fare quello che ha fatto per Luca e molto d'altro, ma prendersi carico della salute dei cittadini implica una enorme responsabilità. Deve essere un vero e proprio «servizio» ispirato a dedizione, compassione, attenzione ai dettagli e qualità. È possibile fare tutte queste cose insieme? Sì, e lo si deve fare specialmente nel campo dei trapianti e ancora di più per un trapianto di cuore di un bambino. Vediamo qualcosa che è successo poco tempo fa in uno dei nostri ospedali: Andrea è un neonato con un cuore che non si contrae, è

una forma genetica, molto grave, di solito si muore. A meno che non si possa fare un trapianto, ma il cuore per un bambino così piccolo non lo si trova, non subito perlomeno.

continua a pagina 32

TRAPIANTI, LE SFIDE DA VINCERE

Sanità Il caso del bambino di Napoli e l'attesa di un cuore
La forza del servizio (con i suoi limiti) e il peso dell'errore

di **Giuseppe Remuzzi**

SEGUE DALLA PRIMA

Così per settimane e settimane quel bambino resta in ospedale attaccato a una macchina che fa le funzioni del suo cuore. Con dei tubicini che vanno e vengono dal petto alla macchina, il bambino prende prima il latte, poi le pappe e, stando sempre in ospedale, impara a gattonare, poi a reggersi in piedi, poi qualche parola. Un cuore che potrebbe andar bene per lui arriva solo dopo 490 giorni trasportato da una valigetta, la «valigetta dei sogni». E allora il trapianto si fa. Dopo qualche settimana il bambino lascia l'ospedale, guarito. Tutto questo è costato tantissimo al nostro Servizio Sanitario Nazionale. Ma ne è valsa la pena, non vi pare? E i genitori non hanno speso un euro. Per non parlare di Chiara che viene da un Paese dell'est: ha sette anni. Ha fegato e cuore malati. Il papà è disperato, va in internet e scopre che c'è qualcuno in Italia che potrebbe occuparsi di lei. Detto fatto, quel papà lo ritroviamo in uno dei nostri ospedali, sarà proprio lui il donatore: una parte del suo fegato e uno dei suoi reni potrebbero guarire sua figlia. Si tratta di un intervento estremamente delicato — che al meglio delle

mie conoscenze in Europa non è stato fatto mai e forse nemmeno negli Stati Uniti — invece si fa e tutto va per il meglio. Adesso Chiara è guarita. Come è guarita Anna. Non aveva ancora otto anni quando si è accorta di colpo di respirare male. Si trattava di una grave forma di fibrosi polmonare, una malattia rarissima. Non c'è altro che si possa fare tranne un trapianto. Non solo ma la stessa malattia ha portato a una alterazione della gabbia toracica che va corretta, per fare spazio ai polmoni ammesso di trovarli. Anna è in lista di trapianto da sei mesi. L'ultimo mese lo passa in rianimazione tenuta in vita con la circolazione extracorporea. Finalmente la valigetta con gli organi arriva anche per lei. Anna, che è stata così vicina alla morte in quei lunghissimi giorni di terapia intensiva, torna a vivere. Come potete vedere, c'è il caso che la tua vita dipenda da una valigetta e da chi la traspor-



ta. Lì dentro potrebbe esserci quel cuore che aspetti da mesi e che ti consentirebbe di respirare anche di notte, ma ci potrebbe essere anche un fegato per il tuo bambino, che lo aspetta da anni e che gli consentirebbe di fare quello che fanno tutti i bambini. Oggi in Italia, fra bambini e adulti sono circa ottomila le persone in attesa del trapianto, ciascuno vorrebbe che quella valigetta fosse per lui, ma non sarà così, non per tutti per lo meno. Quelli che aspettano un cuore nuovo sono ottocento ma sono molti di più quelli che vivono nell'attesa di un fegato; per non parlare di chi aspetta un rene, quasi cinquantamila persone che dipendono da una macchina di dialisi per quattro ore al giorno, per tre giorni alla settimana, per tutte le settimane del mese, per tutti i mesi dell'anno. Poi ci sono i 198 in attesa del pancreas, i 247 del polmone — e sarebbero molti di più se ci fossero abbastanza organi per tutti quelli che ne hanno bisogno — e l'elenco non si ferma qui. Ammalati che vivono con il telefono vicino giorno e notte ma non per lavoro o per diletto, solo perché sperano di sentirsi dire «la valigetta con il 'suo' cuore è partita da Bologna (ammettiamo) e arriverà a Torino fra tre ore, lei si prepari, la operiamo stanotte». Di trapianti però in un anno se ne fanno meno di quattromila, così solo uno su cinque di quelli che grazie all'intervento potrebbero tornare a vivere ci arriva davvero; per gli altri la valigetta non arriverà mai. Una volta (dai tempi del trapianto di cuore fatto da Christiaan Barnard in Sud Africa alla fine degli anni '60) era come quelle del picnic con dentro due o tre sacchetti di ghiaccio. Ci si adagiava con grande garbo il cuore che però in questo modo riusciva a resistere per un paio d'ore soltanto. Ma dal momento che non sempre si riusciva a organizzare il trapianto entro le due ore, tre volte su dieci i cuori che si prelevavano finivano per non essere trapiantati. Da allora è cambiato tutto, oggi la valigetta che trasporta gli organi è una sorta di piccola terapia intensiva, capace di conservare gli organi a lungo —

cinque-sei ore ma anche dieci se serve — grazie a soluzioni ossigenate e arricchite di sostanze nutritive che perfondono gli organi anche durante il trasporto. Una valigetta così costa tantissimo e costa anche trasportarla ma in questo modo il cuore, ma vale per qualunque altro organo, non subisce danni e i risultati del trapianto migliorano. Trasporto e sistemi di perfusione sono ancora più complessi per il fegato. Le valigette che trasportano i reni sono le più collaudate. E poi c'è il polmone, l'organo più delicato, che come potete immaginare è anche il più difficile da trasportare e tante, troppe volte deve essere scartato.

Nel caso del bambino di Napoli qualcosa (forse più di qualcosa) non è andato per il verso giusto durante il trasporto di quel piccolo cuore. Questo ormai sembra essere accertato ma si potrà dire di più solo quando si saprà come sono andate davvero le cose. Per ora l'unica cosa che mi sentirei di poter suggerire in questo momento è che quando qualcosa non va per il verso giusto ne dobbiamo parlare apertamente con i parenti a maggior ragione se si tratta di un bambino. È difficile lo so, ma dobbiamo imparare a farlo: «ho sbagliato» oppure «abbiamo sbagliato, soffro quanto voi in questo momento e me ne prendo la responsabilità».



TRAPIANTO AL MONALDI

Cuore “bruciato” Il ministro Schillaci: «È inaccettabile»

Quanto è accaduto «è inaccettabile e attendiamo di verificare le responsabilità». Lo ha detto il ministro della Salute Orazio Schillaci, intervenendo sul caso del bambino di Napoli che ha ricevuto un cuore “bruciato”. Intanto si continua a cercare in Italia e all'estero un cuore nuovo che possa salvare la vita al piccolo.

SERVIZIO a pagina XV

NAPOLI

Trapianto di cuore “bruciato” Il ministro Schillaci «Inaccettabile»

«Quanto è accaduto è inaccettabile e attendiamo di verificare le responsabilità». Lo ha detto il ministro della Salute Orazio Schillaci, intervenendo sul caso del bambino di Napoli che ha ricevuto un cuore “bruciato”. Intanto si continua a cercare in Italia e all'estero un cuore nuovo che possa salvare la vita al piccolo. La madre ha chiesto aiuto al Papa. Il cuore “bruciato”

avrebbe viaggiato da Bolzano a Napoli in un contenitore di plastica “comune”. Questo sarebbe emerso dai primi accertamenti dei carabinieri del Nas. Secondo una prima ipotesi, il problema non sarebbe tanto l'utilizzo del contenitore ma l'applicazione di ghiaccio secco (che raggiunge i -80 gradi) al posto del ghiaccio classico (-4 gradi).



Schillaci “Caso inaccettabile chiariremo le responsabilità ma il nostro sistema funziona”

L'INTERVISTA



di MICHELE BOCCI

Il ministro della Salute: “Quanto è avvenuto non ha precedenti, sono vicino ai genitori per la tragedia che li ha colpiti”

Per il ministro alla Salute Orazio Schillaci «quanto accaduto è inaccettabile» e adesso bisognerà capire se ci sono responsabilità e di chi. Ma la drammatica vicenda del bambino di Nola, spiega ancora, non deve offuscare il lavoro di un sistema dei trapianti considerato tra i migliori in Europa. Il settore è molto delicato, gli errori o comunque i problemi che incontra l'attività possono riflettersi sui rifiuti alla donazione, che rischiano di aumentare.

Ministro, quando ha deciso di mandare gli ispettori e come mai?

«Appena ho appreso la notizia. Ho dato disposizione di inviare gli ispettori perché i controlli sulla sicurezza dei pazienti sono uno dei compiti prioritari del ministero. Ci troviamo di fronte a un caso particolarmente grave e anche noi facciamo la nostra parte per verificare cosa sia accaduto».

In quanto tempo si aspetta di ricevere delle prime indicazioni su quello che è successo?

«È una situazione complessa e delicata, che richiede accuratezza. Ci vorrà il tempo necessario. Le nostre verifiche procedono insieme al Centro nazionale trapianti e nei prossimi giorni gli ispettori

saranno nelle due strutture di Bolzano e di Napoli».

La magistratura indaga sulle eventuali responsabilità penali, il sistema sanitario invece cosa può fare?

«Come ho già detto, il Ministero sta già esercitando i propri poteri ispettivi. Ricordo che le attività di prelievo, conservazione, trasporto e trapianto di organi sono disciplinate da procedure estremamente stringenti e in continuo aggiornamento. L'ultima revisione è stata formalizzata con un accordo in Conferenza Stato-Regioni lo scorso luglio. Dobbiamo accertare che i protocolli siano stati rispettati o se c'è stata qualche mancanza in una o più fasi della donazione e del trapianto in questione».

L'Italia è uno dei paesi che fa più trapianti in Europa, come è possibile che accadano cose del genere?

«Purtroppo, il rischio zero non esiste, in nessun ambito della medicina. I trapianti sembrano quasi diventati interventi chirurgici di routine perché, fortunatamente, se ne realizza un numero più alto rispetto al passato, ma comportano procedure ad elevatissima complessità, nelle quali, nonostante l'alta competenza garantita dai professionisti dei nostri centri, il rischio di insuccesso è da tenere in considerazione».

Quanti interventi vengono fatti in Italia?

«Da quando è stato attivato il Sistema informativo trapianti, cioè dal 2002, sono stati eseguiti e tracciati oltre 84 mila interventi, con una sorveglianza costante su tutti gli eventi avversi, anche minimi, e quello che è avvenuto è senza precedenti.

POLITICA SANITARIA, BIOETICA

Anche davanti a questa tragedia il sistema ha saputo reagire prontamente, attivando subito la ricerca del nuovo organo. La Rete trapianti italiana rimane un'eccellenza riconosciuta a livello internazionale che opera con standard di sicurezza elevatissimi: di questo devono essere sicuri sia gli 8 mila pazienti che sono in attesa di un organo, sia tutti i cittadini che scelgono di dare il proprio consenso alla donazione, senza la quale nessun trapianto è possibile».

Teme che un evento del genere, se saranno confermati gli errori, può generare sfiducia nel sistema sanitario da parte dei cittadini?

«Quanto è accaduto è inaccettabile e attendiamo di verificare le responsabilità. Detto ciò, ribadisco che la sicurezza delle cure è un impegno costante a tutti i livelli, cioè ministero, Regioni, aziende sanitarie e ospedaliere, per garantire che ogni paziente riceva sempre la migliore assistenza con il minimo rischio di danno alla salute».

Lei che è un medico, sente il desiderio di dire qualcosa alla famiglia del bambino?

«Questa vicenda mi ha colpito profondamente e stiamo facendo tutto il possibile. Sono vicino ai genitori che stanno vivendo questa tragedia con grande forza e dignità».



Quando i medici tradiscono la fiducia

di MICHELA MARZANO

C'è una soglia, nella medicina dei trapianti, oltre la quale non si torna indietro. È una soglia fatta di bisturi,

di minuti che precipitano, di decisioni prese mentre una persona è sul tavolo operatorio e si attende l'arrivo di un organo.

→ a pagina 4



IL COMMENTO

di MICHELA MARZANO

Se la medicina tradisce la fiducia

C'è una soglia, nella medicina dei trapianti, oltre la quale non si torna indietro. È una soglia fatta di bisturi, di minuti che precipitano, di decisioni prese mentre una persona è sul tavolo operatorio e si attende l'arrivo di un organo. È la soglia che separa la speranza dall'irreversibile.

All'Ospedale Monaldi di Napoli, però, quella soglia è stata attraversata lo scorso 23 dicembre quando ad aspettare il cuore era un bambino di due anni con una grave malformazione cardiaca, ma ancora capace di giocare, di ridere, di essere - semplicemente - vivo. Prima ancora di verificare l'integrità del cuore arrivato da Bolzano, il suo è stato espantato. Secondo le prime ricostruzioni, l'organo da trapiantare sarebbe stato danneggiato durante il trasporto, "bruciato" dal freddo del ghiaccio secco. E tuttavia impiantato, perché l'espanto è un gesto irreversibile. Il nuovo cuore non parte. Il bambino viene collegato all'Ecmo. Da oltre cinquanta giorni il suo corpo è sostenuto da una macchina che ossigena il sangue al posto suo.

Fin qui la cronaca. Ma c'è un punto in cui la cronaca si spezza e diventa qualcosa d'altro. È la voce della madre: «Abbiamo appreso dell'errore solo qualche giorno fa, dai giornali e dalle tv. Non potevamo neanche immaginare ciò che è stato fatto con il ghiaccio. In ospedale ci avevano semplicemente riferito che il trapianto non aveva

avuto un esito positivo. Invece ora sappiamo che a mio figlio avevano trapiantato un cuore che non funzionava». Non è soltanto una denuncia. È la descrizione di uno smarrimento. Perché quando affidi tuo figlio alla medicina, non conseggi solo un corpo da operare. Conseggi la tua fiducia più radicale. E la fiducia, per esistere, ha bisogno di verità. Anche quando la verità è difficile. Anche quando è dolorosa.

Se davvero sono state commesse leggerezze o errori nelle procedure di trasporto e verifica, siamo di fronte a qualcosa che precede la tragedia della sala operatoria. Ma se i genitori hanno scoperto dai media ciò che era accaduto, la ferita diventa ancora più profonda. Non riguarda soltanto un protocollo. Riguarda la relazione tra chi cura e chi si affida. E quando la relazione si incrina, non è solo un singolo caso a essere colpito: è la credibilità stessa di un sistema che vive della fiducia dei cittadini.

La medicina dei trapianti vive di una tensione drammatica: intervenire prima che sia troppo tardi. Un cuore pediatrico è raro. Quando arriva, si tenta. Si rischia per salvare. In sala operatoria non c'è il tempo lungo della riflessione. C'è la responsabilità di scegliere quando ogni scelta espone alla possibilità del disastro. Ma un conto è l'urgenza, altro conto è la superficialità. Un conto è l'errore umano, altro conto è la rottura di quella catena di attenzione e di scrupolo che dovrebbe essere

assoluta quando in gioco c'è la vita di un bambino. La fragilità non ammette approssimazioni.

Oggi quel bambino è primo in lista per un nuovo cuore. La speranza è appesa a una chiamata. Ma il tempo, in medicina, non è neutro. Più passa, più il corpo si indebolisce. E quando dall'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù arriva il parere secondo cui il piccolo potrebbe non essere più trapiantabile, la speranza si intreccia a un'altra parola che nessuno vorrebbe pronunciare: impotenza.

La giustizia farà il suo corso. È giusto che si accertino le eventuali responsabilità. Ma prima ancora della verità giudiziaria, c'è una domanda etica che ci riguarda tutti: che cosa significa «fare tutto il possibile»? E fino a che punto il possibile coincide con il giusto? Perché non tutto ciò che è tecnicamente possibile è automaticamente moralmente legittimo, e non tutto ciò che è urgente autorizza a trascurare la prudenza.

La medicina contemporanea è potentissima. Può sostituire un organo, può sostenere un corpo per settimane con una macchina. Ma più cresce la potenza tecnica, più aumenta il dovere di custodire la



fragilità. Perché ogni errore non è soltanto un errore clinico. È una crepa nella fiducia collettiva. E senza fiducia non c'è cura

Quando si parla di un bambino, non c'è mai solo un organo. C'è un corpo che non sa difendersi. C'è una madre che aspetta davanti a una porta chiusa. C'è una comunità che affida alla medicina il compito più difficile: proteggere la vita quando è più esposta. E forse la domanda più

radicale non è se la tecnica può fallire. È se sappiamo ancora restare umani mentre la usiamo - e se siamo capaci di assumerci fino in fondo la responsabilità dei nostri errori quando quella umanità viene tradita.



DALL'ISS UN RAPPORTO SULLE REGIONI

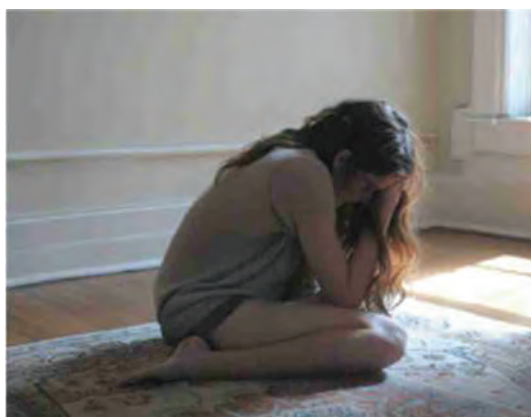
SALUTE MENTALE IL NUOVO PIANO ALLA SFIDA DELL'AZIONE

di GIORGIO BRESCIA

Nel Rapporto sull'equità e salute mentale dell'Istituto Superiore di Sanità emergono con chiarezza le criticità di un sistema da anni sotto pressione. Lunghe liste di attesa per primi colloqui specialistici, disuguaglianze territoriali nell'accesso ai servizi, carenza di personale qualificato e, più in generale, un'articolazione dei servizi territoriali che stenta a garantire una copertura omogenea su tutto il territorio nazionale. In parallelo, nella Legge di Bilancio 2026 finalmente inserito un Piano Nazionale per la Salute Mentale 2025-2030 accompagnato da un pacchetto di finanziamenti strutturato. "Ottanta milioni di euro, primo segnale concreto di attenzione", dice il ministro della Salute Orazio Schillaci - dopo anni di annunci e promesse inevase. Il rapporto — spiega il presidente dell'Iss Rocco Bellantone — "utile strumento per orientare le politiche e gli interventi futuri". Lo stanziamento di 80 milioni di euro per il 2026, destinato in larga parte alla prevenzione e al potenziamento delle reti territoriali, seguiti da 85 milioni nel 2027 e 90 milioni nel 2028. Dal 2029, prevista una dotazione di 30 milioni annui a regime per il rafforzamento strutturale. E Schillaci anticipa che 30 milioni serviranno ad assumere medici impegnati nel contrasto del disagio mentale, soprattutto tra i giovani, con un capitolo dedicato anche ai minori. Il piano — che si concretizza solo ora — rappresenta la prima revisione strategica dopo oltre un decennio. Quello precedente risaliva al 2013. Nel mezzo, una fase di stagnazione, crescita dei bisogni e carenza di strumenti soddisfacenti di risposta. La necessità di revisione, testimoniata anche dalle evidenze epidemiologiche. In Italia la presenza di disturbi mentali è diffusa e in crescita. Nel

nostro Paese la quota di cittadini colpiti da depressione e disagi psicologici è significativa, con un uso di antidepressivi aumentato del 36,7% tra il 2008 e il 2022. Tra i più giovani, l'uso di terapie psicofarmacologiche è più che raddoppiato in un decennio. Eppure la spesa sanitaria dedicata alla salute mentale rimane modesta. Solo una piccola percentuale del Fondo sanitario nazionale è destinata a queste patologie, nonostante stime di organismi indipendenti evidenzino costi sociali ed economici legati ai disturbi psichici pari a decine di miliardi di euro all'anno se si considerano perdita di produttività, assenteismo e impatti indiretti sull'economia. Quale sfida? Il nuovo Piano e gli stanziamenti indubbiamente un passo avanti rispetto a un passato di sottofinanziamento e di scarsa attenzione strutturale. Ma la sfida più grande resta l'attuazione concreta. Occorre rafforzare i servizi territoriali, migliorare l'integrazione tra servizi sociali e sanitari, formare nuovo personale e soprattutto avvicinare la cultura della prevenzione e dell'accesso alle cure al pubblico.

Se il Piano 2025-2030 saprà tradurre risorse e buone intenzioni in interventi sostenibili e diffusi, l'Italia potrà accogliere una svolta storica: fare della salute mentale non più un tabù o un problema residuale, ma una componente integrata e strutturale del sistema sanitario nazionale.



L'INTERVISTA

Zaia: "Fine vita basta ipocrisie"

FEDERICO CAPURSO

«Questo Paese – dice l'ex governatore Luca Zaia – deve uscire da una grande ipocrisia: non si può far credere ai cittadini che non esista il fine vita. Esiste, in virtù della sentenza del 2019 della Consulta». – PAGINA 13

Luca Zaia

"Fine vita, il governo mandi avanti la legge o smetta di impugnare le norme regionali"

Il presidente del Consiglio del Veneto: "Un errore politicizzare il tema. Il problema esiste, uscire dall'ipocrisia"

L'INTERVISTA
FEDERICO CAPURSO
ROMA

La morte di Alberto è stata la prima con suicidio medicalmente assistito in Piemonte. Dal 2019, l'anno in cui la Corte costituzionale ha indicato le condizioni in cui l'aiuto al suicidio non è punibile, 17 malati terminali hanno ottenuto il via libera all'aiuto al suicidio. «Questo Paese – dice quindi l'ex governatore Luca Zaia, oggi alla guida del Consiglio regionale veneto, – deve uscire da una grande ipocrisia: non si può far credere ai cittadini che non esista il fine vita. Esiste, in virtù della sentenza del 2019 della Consulta». E questo, aggiunge, «lo dico soprattutto a chi vuole nascondere la polvere sotto il tappeto, facendo credere che ci siano irresponsabili, come me, che con una sorta di blasfemia ingiustificabile coccolano questa idea dell'aiuto al suicidio».

Il fine vita esiste, ma senza una legge nazionale non è un'esistenza monca?

«Vedo che in Parlamento c'è chi si mostra perplesso di fronte all'idea di approvare una legge, perché teme che possa spingere i malati termi-

nali più fragili al suicidio assistito: ma proprio questa categoria di persone dovrebbe chiedere che ci siano delle regole, e non vivere nell'ipocrisia di lasciar gestire il fine vita a una sentenza della Consulta. Chi è contrario, poi, dovrebbe semplicemente avere il coraggio di chiedere una legge contro il fine vita. Ma nessuno dice niente».

Le uniche leggi approvate finora sono arrivate dalle Regioni. Prima la Toscana, poi la Sardegna. Ci aveva provato anche lei in Veneto.

«Le Regioni cercano solo di colmare due vuoti sui quali la Corte costituzionale non poteva intervenire».

Quali?

«La necessità di fissare i tempi entro i quali le Usl devono dare una risposta al malato terminale e la decisione su chi deve somministrare il farmaco letale».

Così si crea una situazione a macchia di leopardo. Non è un problema?

«È figlia di un Parlamento che non legifera. Le Regioni di certo non spasimano per fare questo genere di leggi. Sono costrette».

E fanno bene a prendere l'iniziativa?

«Fanno benissimo. È una questione di civiltà».

Poi però il governo Meloni si oppone a ogni legge regionale e chiede di annullarle.

«Le impugna di fronte alla Corte costituzionale perché sostiene ci sia un conflitto di attribuzione di competenze, ma nel frattempo le Camere restano immobili, sorde rispetto alle sollecitazioni che per tre volte sono arrivate dalla Consulta. È un cane che si mangia la coda».

Il governo sbaglia, quindi, a mettersi di traverso?

«Lo stesso auspicio ci sia un'iniziativa parlamentare, ma a questo punto ci sono due opzioni: o il governo non impugna più le leggi regionali, oppure, se le impugna, deve



mandare avanti il provvedimento in Parlamento».

Invece il centrodestra ha bloccato la discussione sul testo che era in Senato.

«Ci sono posizioni di ostilità e fondamentalismi a destra come a sinistra. Non c'è una parte politica che può dire di avere unanimità al suo interno. Specie in questi casi, deve imporsi un tema che è quello della libertà di coscienza. Invece ci stiamo incasinando la vita, anche politicamente».

Come si starebbero complicando le cose?

«Mettendo un cappello politico su questa materia. Non solo è irrispettoso, ma rischia di diventare un boomerang per chi pensa di trasformarla in un tema elettorale: le sensibilità dei cittadini sono spesso

più avanti di quelle della politica. E non credo che le posizioni di chi è contrario e di chi è favorevole siano consolidate, a livello politico, lungo delle linee di schieramento. Su un tema come il fine vita l'errore più grande che può fare il governo è ideologizzarlo».

Per questo chiede libertà di coscienza.

«Quando se ne è discusso in Veneto, ho sempre difeso la piena libertà di chi era chiamato a votare la legge. Ripeto l'appello: nessuno si arrochi sulle proprie posizioni. Rispetto ad anni fa, anche la Conferenza dei vescovi italiani ha ammorbidito la propria posizione invitando a muoversi seguendo il modello della Consulta».

Il rischio più concreto, ades-

so, è che la legge resti in un cassetto fino alla fine della legislatura.

«Anche questo si trasformerà in un problema, perché i cittadini daranno una lettura politica alla decisione di attendere oltre misura. Dare un valore politico a questo voto è un errore, vista la trasversalità di pensiero che c'è. Possiamo dire che tutto il centrodestra è contro il fine vita? No. E il centrosinistra? Nemmeno. Ma se una legge verrà approvata in futuro dal centrosinistra, diventerà per noi una sconfitta politica».

Si trova in sintonia, dunque, con le parole di Marina Berlusconi che spinge Forza Italia a impegnarsi sui temi etici?

«Condivido a pieno. Credo che il centrodestra del futuro

debba essere liberale, non liberticida. Essere fondamentalisti e ideologizzati su certi temi è sbagliato. Non lo dico perché cerco facile consenso, quando ho iniziato a parlare di suicidio assistito, nel centrodestra era sconsigliato affrontare l'argomento. Ma Marina Berlusconi ha ragione: non possiamo pensare che il futuro del centrodestra sia nella negazione dei diritti». —



“

Luca Zaia

Marina Berlusconi ha ragione: non possiamo pensare che il futuro del centrodestra sia negare diritti

S Così su La Stampa



L'apertura della Cei

leri sul nostro giornale l'intervista al vice presidente della Conferenza episcopale italiana Francesco Savino, che ha denunciato il rischio del vuoto normativo e ha chiesto regole chiare parlando di legge nazionale «non più rinviabile»



Militanti dell'associazione Luca Coscioni depositano le firme per la legge in Lombardia nel 2024



FINE VITA

«Paletti
non allargabili
per una legge»

GIULIANO AMATO
A pagina 19

L'INTERVENTO Le coordinate tracciate dalla Consulta nel 2019, le difficoltà del Parlamento, l'opzione di atti ministeriali di indirizzo

«Una via che evita l'accanimento per arrivare alla legge sul fine vita»

GIULIANO AMATO

Quando nel 2019 adottammo la decisione della Corte Costituzionale che creò uno spazio di ben circoscritta immunità penale per il suicidio assistito, devo ammettere che provai un sentimento di profonda soddisfazione. Il tema era difficile, il rischio che correavamo era quello di una contrapposizione irrisolta fra principi, e il risultato invece fu tale da lasciare tutti in pace con la propria coscienza.

Ci aiutarono a tal fine le circostanze del caso (è il grande beneficio della giurisdizione, che il diritto lo vede sempre alla luce di un caso). Certo si è che qui c'era un essere umano che aveva davanti una vita comunque breve, una vita fatta di giorni senza speranza e riempita da dolori che neppure le cure palliative potevano sedare, una vita che continuava grazie a un trattamento di sostegno vitale, in assenza del quale sarebbe naturalmente cessata. Si poteva dire di no al gesto di umana pietà che quella persona chiedeva? La nostra risposta fu che non si poteva. E fu una risposta che poté essere data anche dai credenti, perché aver messo fra le condizioni il trattamento di sostegno vitale consentiva, insieme alle altre circostanze, di ricondurre il caso a quell'accanimento terapeutico, al quale anche per la Chiesa si può ragionevolmente porre fine. La decisione zoppicava sotto il profilo organizzativo. Richiedeva il parere di commissioni etiche, che al momento esistevano, ma solo con competenze (e composizione) calibrate sulla spemimen-

«Sette ai
anche sgom
dall'ipotesi
immu:
l'e
presupposti
allargabili: ci
tutto e so

tazione dei farmaci.

Non assicurava quell'uniformità di indirizzi che è essenziale per evitare trattamenti differenziati sul territorio nazionale. Non entrava nelle modalità procedurali ed era inevitabilmente generica sui ruoli rispettivi del pubblico e del privato. Ci avrebbe pensato il Parlamento, questo è quanto scrivemmo.

Sono passati oltre sei anni e ancora ciò non è accaduto. E non perché il Parlamento non se ne sia occupato, al contrario ci sono state al Senato ripetute sedute di Commissione e ripetute udienze. No, è la discussione che ha imboccato la strada dei principi contrapposti, e quei principi, prevedibilmente, non si sono incontrati. Lontano dai fatti, lontani dalle circostanze che offrirebbero loro spazi di flessibilità, sono

Uno dei nodi

più complessi

ancora da

sciogliere

è se vada

coinvolto

o meno

il Servizio

sanitario

nazionale

rimasti fermi, rigidi. Non è un caso che di accanimento terapeutico non si sia seriamente parlato. Non è un caso che, al momento, non abbia provocato alcun avvicinamento neppure l'ultima sentenza della Corte Costituzionale. È la sentenza che ha



sgombrato il campo dall'ipotesi di una distinta immunità penale per l'eutanasia, assorbendo quest'ultima nei limiti del già ammesso suicidio assistito, grazie all'uso di una macchina attivabile anche con il movimento di un dito o di una palpebra. No, neppure a questo si è sinora arrivati, pur di tenere il più possibile fuori dalla vicenda il Servizio sanitario nazionale (al quale dovrebbero essere invece affidate l'acquisizione e la gestione di questo tipo di macchina). Eppure il beneficio che ne conseguirebbe è palese.

Ma il beneficio – qualcuno mi può obiettare – ormai c'è, perché c'è la decisione della Corte e i giudici già la applicano, pretendendo che le Asl si procurino la macchina. E allora che bisogno c'è della legge? Fermi restando i presupposti dell'immunità penale, che sono quelli non allargabili fissati dalla Corte, ciò che manca è tutto e solo sul versante organizzativo. E qui ben si potrebbe provvedere con atti ministeriali di indirizzo, eventualmente integrati e comunque condivisi dalla Conferenza Stato-Regioni.

È un'ipotesi da approfondire, probabilmente praticabile. Ma sarebbe il frutto di una dolorosa sconfitta. La sconfitta del Parlamento, che è certo nato per rappresentare le diverse posizioni, per dare loro l'opportunità di esprimersi e di contrapporsi. Ma non solo per questo. Il Parlamento non è il Cortile dei Gentili. Ma – diciamo la verità – ancor più di esso avrebbe la responsabilità di indicare al

Paese – spesso smarrito davanti a questi morali che penetrano irrisolti nelle coscienze – soluzioni fondate su un solido terreno comune. Qui quel terreno c'è. Che la Repubblica trovi su di esso le soluzioni di cui ha bisogno, mettendo da parte il suo Parlamento, sarebbe comunque una prova di vitalità. Ma sarebbe meglio non doverla vivere.

**Presidente emerito
della Corte Costituzionale**

Il percorso per una soluzione condivisa sul suicidio assistito pare ancora complesso: tra valori in gioco (e la vita umana è di certo quello supremo), interrogativi etici e questioni giuridiche, resta difficile capire come – e se – nascerà una nuova legge sul fine vita dopo quelle su cure palliative (38 del 2010) e Disposizioni anticipate di trattamento (219 del 2017). Il punto centrale resta la sentenza 242 con cui nel 2019 la Consulta aprì a forme circoscritte, e in casi ben definiti, di depenalizzazione dell'aiuto al suicidio. Per questo dall'ottobre scorso Avvenire sta ospitando interventi di giuristi, teologi, bioeticisti e filosofi per aiutare l'opinione pubblica e la politica a mettere a fuoco ciò che è essenziale per tutti, ricordando che non stiamo parlando di astrazioni ma di vita, dignità e sofferenze delle persone. L'intervento del presidente emerito della Corte Costituzionale Giuliano Amato si aggiunge oggi al confronto in corso su queste pagine, con l'autorevolezza di chi guidò la Consulta nell'elaborazione della sentenza di riferimento. Pochi giorni dopo l'intervento nel quale il cardinale Zuppi, presidente della Cei, ha ricordato che «normative che legittimino il suicidio assistito e l'eutanasia rischiano di depotenziare l'impegno pubblico verso i più fragili e vulnerabili, spesso invisibili, che potrebbero convincersi di essere divenuti ormai un peso», le parole del giurista arricchiscono la nostra riflessione.

Giuliano Amato interviene nel dibattito aperto da Avvenire su principi etici e possibili soluzioni giuridiche: sotto la sua guida la Corte Costituzionale adottò la sentenza 242 che ha creato «uno spazio di ben circoscritta immunità penale per il suicidio assistito»



«Sette anni fa abbiamo anche sgombrato il campo dall'ipotesi di una distinta immunità penale per l'eutanasia. Quei presupposti oggi non sono allargabili: ciò che manca è tutto e solo sul versante organizzativo»



Italia senza Legge

Oltre sette italiani su dieci
sono favorevoli al fine vita
ma il Paese resta nel limbo
Solo Toscana e Sardegna
hanno stabilito norme
per l'aiuto alla morte volontaria

IL DOSSIER
FEDERICO GENTA
TORINO

Procedure e tempi certi per un aiuto alla morte volontaria. Lo chiedono sempre più malati. Si dicono favorevoli sette italiani su dieci, ma una legge nazionale ancora non c'è.

Ci stanno provando alcune Regioni, al momento poche, a definire le modalità da adottare per la concessione, e soprattutto l'attuazione, del suicidio medicalmente assistito. L'ultimo caso è datato 17 settembre 2025: la Sardegna è diventata la seconda regione italiana, dopo la Toscana, ad aver approvato una legge specifica. Lo ha fatto non senza difficoltà per l'opposizione dei rappresentanti del centro destra (il governatore è Eugenio Giani, esponente del Pd al suo secondo mandato). Il testo della legge, sostenuta dall'Associazione Luca Coscioni, vuole garantire l'assistenza sanitaria regionale a chi, affetto da patologia irreversibile e dipendente da trattamenti vitali, sceglie il suicidio assistito. Una pro-

cedura che prevede la verifica delle condizioni da parte di una commissione multidisciplinare e del comitato etico. Norme che, peraltro, fanno esplicito riferimento alla sentenza della Corte costituzionale del 2019: il suicidio assistito non è punibile quando sussistono specifiche circostanze. Quali? Il malato deve dimostrare di essere capace di intendere e di volere, la sua patologia deve essere irreversibile, con sofferenze intollerabili e tenuto in vita da trattamenti di sostegno vitale. La risposta del governo non si è fatta attendere: a novembre il Consiglio dei ministri ha annunciato di voler impugnare la legge. Il nodo è la violazione dell'articolo 117 della Costituzione in materia di ordinamento civile e penale, che riguarda anche i Lep, livelli essenziali di prestazione. Tradotto: le norme sul fine vita esulano dalle competenze regionali.

Intanto, a fine 2025, la Corte costituzionale aveva respinto - in parte - il ricor-

so del governo contro la legge sul fine vita approvato dalla Toscana. I giudici hanno salvato l'impianto generale della legge. In sintesi, proprio per l'assenza di una legge statale, le regioni possono definire le procedure per il fine vita. E il servizio sanitario nazionale deve farsi carico di spese e procedure.

Il 17 maggio dello scorso anno il primo caso di suicidio assistito porta il nome dello scrittore Daniele Pieroni. Senese, 63 anni, da quasi vent'anni era affetto da una grave forma di Parkinson. Non aveva più lo stomaco, lo alimentava una macchina. Ad oggi sono 17 le persone che hanno chiesto e ottenuto il via libera per l'accesso al suicidio medicalmente assistito (quattro di loro hanno scelto successivamente di non procedere). L'ultimo caso è storia di questi giorni a Tori-



no. Il primo risale al giugno 2022: Federico Carboni, 44 anni di Senigallia, rimasto tetraplegico dopo un incidente stradale.

In assenza di una legge nazionale che regolamenti l'accesso al suicidio assistito, la scelta è normata dalla sentenza della Corte costituzionale: appunto il numero 242 del 2019 sul caso Cappato-Antoniani (dj Fabio). Lo scorso anno le richieste di informazioni sui diritti del fine vita raccolte dall'associazione Luca Coscioni sono state oltre sedicimila. Il 14% in più rispetto allo scorso anno. Ma il tema non è interesse esclusivo dei malati. Lo dimostra lo studio firmato a dicembre da Emanuela Turillazzi e Naomi Iacoponi dell'Uni-

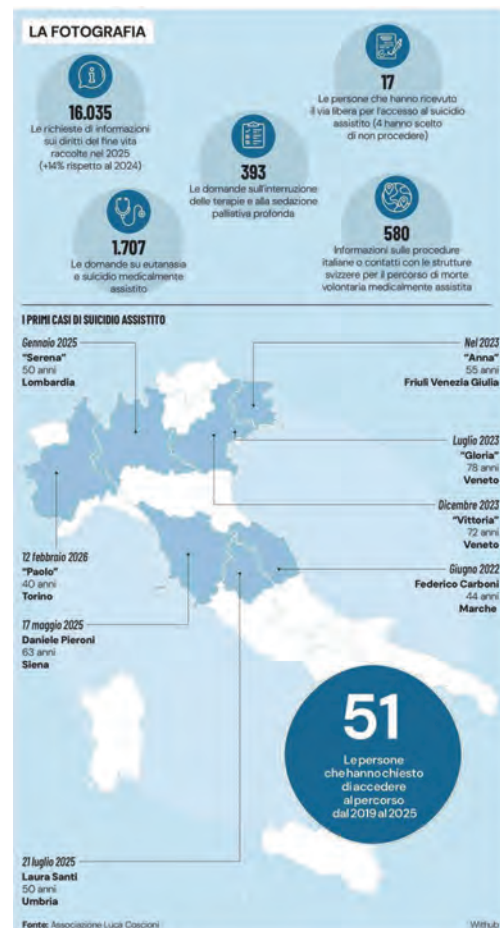
versità di Pisa e pubblicato sulla rivista *Frontiers in Psychiatry*. Dal 2019 le richieste formali registrate in Italia erano già 51. Confrontando i dati Censis, la fotografia del Paese è piuttosto chiara: il 74% degli italiani si dichiara favorevole all'eutanasia o al suicidio assistito, con percentuali ancora più alte se il sondaggio si concentra sui giovani e sui laureati. Così il vuoto legislativo risulta ancora più evidente e, per certi versi, incomprensibile. La posizione del governo è del resto piuttosto chiara e punta più sulle cure palliative piuttosto che a un processo di legalizzazione del suicidio medicalmente assistito. Concetto ribadito dalla

stessa premier a gennaio, durante la consueta conferenza stampa di fine anno. «Compito dello Stato non è favorire il suicidio assistito. Dobbiamo cercare di ridurre al minimo solitudine e difficoltà», ha detto Giorgia Meloni.

Così resta il limbo burocratico. E il ddl approvato in Senato inquadra sì il suicidio assistito, ma lo fa in modo restrittivo. Escludendo ad esempio dai «trattamenti di sostegno vitale» le persone dipendenti da farmaci salvavita. Introducendo la figura di un comitato etico nazionale per valutare le richieste. La priorità, per la maggioranza, resta la terapia del sollievo. —

L'unico riferimento resta la sentenza della Corte costituzionale

Dal governo non arrivano aperture Prioritarie restano le cure palliative



“La maggioranza è divisa” Così il ddl sul fine vita è finito in un vicolo cieco

Il provvedimento, fermo da un anno, è slittato ancora ai primi di aprile
Il relatore Zullo (FI) ammette: “Ci sono sensibilità diverse nella coalizione”

VALENTINA PETRUCCI
ROMA

L'appuntamento è fissato per l'8 e il 9 aprile nell'aula del Senato, ma nei corridoi di palazzo Madama fanno già capire che il provvedimento sul “fine vita” non arriverà alla discussione.

Le commissioni Giustizia e Sanità cui è assegnato il testo sono in stallo da diversi mesi, ma il nodo va ricercato in un'altra commissione, quella Bilancio, dove è richiesta l'approvazione alla relazione tecnica del Mef necessaria a stimare eventuali costi e coperture del provvedimento. Una relazione chiesta che non arriva perché dal ministero dell'Economia fanno sapere che, a stimare i costi per il sistema sanitario nazionale, deve essere in prima battuta il ministero della Salute e, successivamente, la ragioneria di Stato a validarli. Nessuno di questi passaggi burocratici al momento è stato completato, tanto che dal Partito democratico è il senatore Misiani a commentare: «Siamo di fronte – spiega – ad un rimpallo tra maggioranza e Governo che chiediamo finisca: negli ultimi due mesi sono stati inviati due altri solleciti, ma non abbiamo mai ricevuto risposta. L'impressione – conclude Misiani – è che il Governo

non abbia l'interesse a mandare avanti il procedimento per l'approvazione della legge che, per noi, è quantomai necessaria».

Anche dal Movimento 5 Stelle, in effetti, si definisce il testo “annacquato” al punto da non convincere neanche più la stessa maggioranza. «Anche nelle commissioni congiunte Giustizia e Sanità, che hanno in esame il provvedimento, non sono stati votati gli emendamenti – spiega la senatrice Elisa Piro – perché la verità è che nella maggioranza c'è solo un accordo di massima che muove dalle pronunce della Corte costituzionale, ma il testo le disattende tutte».

A rivelare che nel centrodestra ci siano posizioni diverse sulla questione è lo stesso relatore Ignazio Zullo di Forza Italia che non nasconde: «Ci sono sensibilità diverse anche all'interno della nostra coalizione: è normale, ma la volontà di portare in aula la legge c'è, puntiamo molto sull'ampliamento delle cure palliative e ci aspettiamo un passo avanti anche da parte delle opposizioni».

Eppure la legge che era già stata calendarizzata per la metà di febbraio e posticipata al mese di aprile è un argomento che nel centrodestra si affronta con fatica: il senatore di Forza Italia Pierantonio Zanettin, relatore del provve-

dimento in commissione, ammette: «Non siamo nelle condizioni di trattarlo perché non sono stati votati ancora gli emendamenti al testo e sarà dunque rinviato». Alla domanda su quali siano i problemi riscontrati in commissione risponde: «Ci sono tantissimi nodi politici, ma su questo non può rispondere il relatore, devono parlare i capigruppo dei partiti. Non è un mistero che uno dei punti più importanti sia sul ruolo del Sistema sanitario nazionale – e conclude – sono i capigruppo a dover dire se vogliono andare avanti o meno».

Ed è proprio il capogruppo in Senato di Fratelli d'Italia, Lucio Malan, che sollecitato sullo stallo della legge risponde: «Si sta cercando di andare avanti, è calendarizzata per aprile e c'è tempo. È una cosa che riguarda la commissione, è improprio che risponda io».

Il groviglio legislativo che blocca la legge in uno dei rami del Parlamento ha un'interpretazione chiara e univoca per Marco Cappato dell'Associazione Luca Coscioni: «Neanche all'interno della maggioranza c'è il consenso necessario per forzare la ma-



no su una legge che andrebbe contro le prescrizioni della Corte costituzionale e questo riguarda sia la politica nazionale che quella regionale». Infatti in Lombardia, Veneto e Piemonte la sentenza della Consulta ha consentito ad alcune persone di ottenere legalmente l'aiuto medico alla morte volontaria e Cappato ritiene questo un dato significativo: «Il fatto poi che ci sia un nodo politico sul coinvolgimento del sistema sanitario rivela un'altra verità – prosegue – cioè che, sui criteri di accesso al suicidio assi-

stito, vogliono sostituire i medici e le Asl con un comitato di valutazione nazionale di nomina politica in modo da condizionare le scelte».

A ribadire la centralità del servizio sanitario nazionale nella procedura del suicidio assistito è stata, infatti, la Corte costituzionale come ricorda lo stesso Cappato: «A determinare lo stallo della maggioranza è la consapevolezza che se approvassero la legge così com'è adesso, andrebbero incontro all'impugnazione davanti alla Consulta». —

Misiani (Pd): «Sono mesi che si rimpallano le responsabilità. Non vogliono andare avanti»

S La vicenda

1 Prima richiesta
Nel 2018 la Consulta viene investita del caso di Dj Fabo che viene aiutato nel suicidio assistito in Svizzera. La Corte emetterà la prima sentenza nel 2019

2 I criteri individuati
La Consulta: il paziente deve essere capace di intendere e con patologia irreversibile. Deve essere tenuto in vita da trattamenti di sostegno e avere sofferenze fisiche

3 Le richieste
Nel 2025 sono state più di 16 mila le richieste di informazioni sul fine vita. Dal 2019 al 2025 invece sono 51 le persone che hanno chiesto di accedere al suicidio assistito

4 Le leggi regionali
Negli anni soltanto la Sardegna e la Toscana hanno stabilito norme per la morte volontaria. Entrambe però sono state impugnate dal governo

5 Il via libera
Finora sono 17 le persone che hanno ricevuto l'autorizzazione al suicidio assistito. E 1707 quelle che hanno fatto domanda per il suicidio medicalmente assistito



Lucio Malan

Capogruppo FdI al Senato

Si sta cercando di andare avanti. C'è tempo è una cosa che riguarda la Commissione"

S Su La Stampa



Nell'edizione di ieri davamo notizia del via libera del Piemonte al suicidio assistito di Paolo. L'uomo, affetto da una malattia degenerativa dopo dieci mesi dalla richiesta ha ottenuto il farmaco dall'Asl



IL COMMENTO

L'attesa è sofferenza, garantire tempi certi

FILOMENA GALLO*

I diritti costituzionali diventano reali solo quando vengono applicati. E troppo spesso, perché questo accada, c'è qualcuno che chiede di applicarli. Ma non è la persona malata che dovrebbe dimostrare di avere diritti, sono le istituzioni che dovrebbero dimostrare di saperli garantire. A tutti. "Paolo" è un nome di fantasia. Aveva chiesto all'Associazione Luca Coscioni come chiedere la verifica delle sue condizioni da parte del Servizio sanitario per accedere all'aiuto alla morte volontaria. La sua storia è reale, così come lo sono la sua sofferenza e il percorso condiviso con la sua famiglia. Il fine vita non dovrebbe essere un terreno di scontro ideologico ma il luogo e lo spazio in cui le persone chiedono che le istituzioni rispettino decisioni intime e difficili.

La comunicazione dell'Assl torinese sul caso di Paolo conferma un punto ormai chiarito dal giudicato costituzionale: nei casi previsti, il diritto all'aiu-

to al suicidio deve trovare piena attuazione all'interno del Servizio sanitario nazionale. Ma questo risultato non è stato immediato. Inizialmente l'assistenza non veniva garantita ed è stato necessario evidenziare l'illegittimità di tale posizione rispetto ai principi fissati dalla Corte costituzionale. Solo dopo questo passaggio l'atteggiamento è cambiato, rendendo possibile un percorso conforme alle sentenze.

Non avrebbe dovuto essere necessario.

Paolo è morto a casa sua, con l'assistenza di medici liberamente scelti da lui e con un supporto tecnico-logistico pubblico e rappresenta un'applicazione coerente dei principi costituzionali in materia di autodeterminazione e di fine vita.

Dalla sentenza Cappato del 2019 della Corte costituzionale fino alla decisione sulla legge toscana (sentenza n. 204/2025), i giudici hanno chiarito che, quando ricorrono le condizioni stabilite, spetta al Servizio sanitario nazionale verificare i requisiti e garantire i farmaci, la strumentazione

e il personale su base volontaria, senza oneri per la persona malata. A Torino questo è finalmente avvenuto.

Il nodo resta quello del tempo. Paolo aveva presentato la sua richiesta già a giugno 2025 e ci sono voluti mesi tra verifiche e richieste di chiarimenti. Ma il tempo, per chi vive una condizione irreversibile, è sofferenza evitabile e incertezza. Come emerso da un accesso agli atti effettuato dall'Associazione Luca Coscioni nel 2025, almeno tre persone malate in Piemonte sono morte aspettando una risposta. La Corte costituzionale ha sempre richiamato la necessità di una pronta presa in carico: senza tempestività, i diritti restano solo sulla carta.

Ridurre questi diritti a una questione amministrativa o ricondurli a interpretazioni restrittive significa svuotare di contenuto le decisioni della Consulta. Le sentenze della Corte costituzionale vanno applicate. La legge popolare regionale promossa dall'Associazione Coscioni mira pro-

prio a evitare le incertezze applicative e a garantire delle procedure chiare, trasparenti e uniformi. Allo stesso tempo, l'Associazione ha chiesto anche alla Conferenza Stato-Regioni di adottare un atto condiviso che assicuri su tutto il territorio nazionale il rispetto del giudicato costituzionale, superando disuguaglianze territoriali evidenti.

Garantire il diritto all'autodeterminazione nel fine vita significa una cosa semplice: fare in modo che nessuno debba lottare contro lo Stato per vedere riconosciuto ciò che la Costituzione già garantisce. —

*Avvocata e segretaria dell'Associazione Luca Coscioni



LA CEI E IL CASO DI TORINO

Savino: “Basta rimandare la legge sul fine vita”

GIACOMO GALEAZZI

Stop ai rinvii. «La legge sul fine vita non è più rimandabile – dice il vescovo Francesco Savino, vicepresidente Cei, fondatore di hospice per malati terminali, pioniere delle cure palliative –. Quanto accaduto in Piemonte è la conferma della necessità di stabilire regole chiare». GALLO, PETRUCCI – PAGINE 10 E 11

Francesco Savino

“È un Far West, servono regole chiare. Basta con il fai da te delle Regioni”

Il vicepresidente Cei: “C’è un pericoloso vuoto normativo. Il caos danneggia pazienti e familiari”

L'INTERVISTA
GIACOMO GALEAZZI
CITTÀ DEL VATICANO

Stop ai rinvii. «La legge sul fine vita non è più rimandabile – dice il vescovo Francesco Savino, vicepresidente Cei, fondatore di hospice per malati terminali, pioniere delle cure palliative –. Quanto accaduto in Piemonte è la tragica conferma della necessità di stabilire regole chiare e univoche in tutta Italia. Il primo caso di suicidio assistito ribadisce l’urgenza di colmare un pericoloso vuoto legislativo. Il farmaco che ha posto termine alla vita di Paolo non può essere nella disponibilità o meno di un paziente a seconda del luogo in cui risiede. Il dolore per il dramma personale si aggiunge all’allarme per una situazione che è sconfinata nel far west delle decisioni “fai da te” delle singole Regioni». **Cosa insegna questo caso?** «Per evitare le fughe in avanti come c’è bisogno di una legge nazionale. Non per “inseguire” una circolare regionale

ma per assumere una responsabilità che è nazionale. Il fine vita tocca il cuore dei diritti personalissimi, incrocia la coscienza e i profili di diritto penale, responsabilità professionale, livelli essenziali di assistenza e principio di uguaglianza. Il Paese non può permettersi geografie variabili».

Ma la sanità è regionale.

«Sì ma quando l’assenza di una cornice unitaria produce prassi difformi e conflittualità tra territori, si alimentano disuguaglianze e contenziosi. Una legge statale deve chiarire confini, competenze, tempi e garanzie procedurali, evitando che atti amministrativi “suppliscano” al legislatore. Va messo al centro il diritto alla cura: nessun ordinamento serio può rispondere alla sofferenza con una scorciatoia, senza garantire prossimità clinica, sociale e relazionale».

C’è consenso per una legge?

«Vedo due piani. Sul primo – il potenziamento delle cure palliative, la lotta al dolore, la dignità della persona, la pianificazione condivisa delle cure – il consenso dovrebbe essere già largamente acquisito, perché è il terreno comune della ci-

viltà giuridica e sanitaria. Sul secondo (la regolazione dell’assistenza al suicidio) il consenso è più difficile, perché la società è attraversata da polarizzazioni e timori. Ossia la paura dell’accanimento terapeutico, ma anche la paura di una deriva che trasformi la morte in una “prestazione” o in un esito implicitamente atteso. I tempi sono maturi. Non per una soluzione sbrigativa, ma per una discussione alta e non ideologica che unisca ovunque la tutela dei fragili, le garanzie contro gli abusi e il sostegno reale alle persone che ora soffrono».

Una norma bipartisan?

«Se si cerca un ampio consenso lo si costruisce partendo da ciò che unisce: reti palliative funzionanti, assistenza domiciliare, supporto psicologico e



sociale, contrasto alla solitudine e all'isolamento sociale. Parlare di autodeterminazione senza alternative concrete è astrazione. La libertà non è formale, è concreta possibilità di scelta. Se una persona chiede di morire perché è sola, perché non ha accesso a cure palliative appropriate, perché la famiglia è sfinita o non può sostenere i costi dell'assistenza, allora quella scelta è pesantemente condizionata». **E le cure palliative?**

«Ogni decisione si configura come un esito di disuguaglianze di opportunità e di condizioni sociali: la disponibilità di risorse materiali, la distribuzione territoriale dei servizi e la densità delle reti di cura incidono in modo significativo sulla formazione della volontà e sulla percezione delle alternative. Il primo dovere pubblico è rendere esigibile il diritto alla cura e al sollievo: solo così l'autodeterminazione non diventa una parola usata per coprire una rinuncia col-

lettiva alla cura. Il caso Piemonte è l'occasione per riportare il baricentro sulla cura».

Solo questione di risorse?

«Le cure palliative non sono "l'ultima stazione", ma una medicina della dignità: presa in carico precoce, controllo del dolore e dei sintomi, accompagnamento psicologico, sostegno al caregiver, integrazione con i servizi territoriali e sociali. Si applicano a tutte le età, non solo a malattie oncologiche. La pianificazione condivisa delle cure e i progetti assistenziali personalizzati aiutano a evitare sia l'accanimento terapeutico sia l'abbandono. Se la rete territoriale non regge, l'ospedale diventa l'unica risposta e il paziente si ritrova trasferito tra reparti e solitudini. Serve un investimento strutturale: competenze, équipe multiprofessionali, domiciliarità, integrazione socio-sanitaria. Senza una legge dilaga la confusione con la sovrapposizione tra piani penale, sanitario e amministrativo, tra istituti diversi e tra paro-

le suicidio assistito, sospensione delle cure, eutanasia. E questa rischiosa confusione non tutela nessuno: né i pazienti, né le famiglie, né gli operatori».

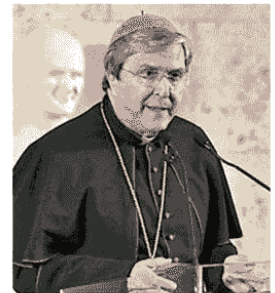
Quali alternative ci sono?

«Per evitare che il vuoto normativo generi prassi territoriali disomogenee servono scelte chiare. Prima: una cornice statale che definisca confini, competenze e garanzie, impedendo che un'eccezione giurisprudenziale scivoli verso una prassi ordinaria o venga percepita come prestazione "dovuta". Seconda: garanzie robuste contro ogni pressione, anche implicita, sui più fragili: costi, solitudine, stanchezza familiare, percezione di essere un peso. Terza: tutela reale della libertà di coscienza e della responsabilità professionale degli operatori, perché la sanità non può ridursi a produrre un esito, ma deve curare e accompagnare dentro regole certe. E la prevenzione, più efficace di qualsiasi deriva, rimane un sistema che non lascia soli: quando la cura è forte

riemerge la domanda vera di sollievo, ascolto, presenza».

Dove sbaglia la Regione?

«La compressione dei tempi, con un termine molto breve burocratizza la decisione con senza spazio per ripensamenti e accompagnamento. L'affidamento a personale "volontario" può tutelare la coscienza dei singoli, ma non può diventare il cardine di un percorso pubblico: altrimenti si creano disuguaglianze territoriali e si sposta tutto sulla disponibilità contingente, non sulla qualità del prendersi cura».



Francesco Savino
Vicepresidente della Cei

Vanno potenziate le cure palliative la lotta al dolore e deve essere tutelata la dignità della persona

Se la rete territoriale non regge, l'ospedale diventa l'unica risposta e il paziente si ritrova diviso tra reparti e solitudini

Sui più fragili pesano anche la stanchezza familiare e la percezione di essere un peso oltre che un costo

IL CENTRO CATTOLICO DI BIOETICA

Zeppegno: «Una dolorosa tragedia e una sconfitta umana e sociale»

«Ora quest'uomo non soffre più, ma la sua vicenda resta una dolorosa tragedia e una sconfitta umana e sociale». Così il presidente del Centro Cattolico di Bioetica (Diocesi di Torino), padre Giuseppe Zeppegno, commentando il primo suicidio assistito in Piemonte, operato con il via libera della Regione in attuazione delle prescrizioni della Corte Costituzionale. «Il via libera dato dalla Regione Piemonte al suicidio assistito - sottolinea Zeppegno - prende atto dell'esistenza di un quadro normativo vincolante anche in assen-

za di leggi: la partita è dunque in mano al governo e al Parlamento, che da troppo tempo non si pronuncia pur avendo i numeri per cambiare, correggere o migliorare». «Mentre accompagniamo con un pensiero affettuoso coloro che stanno soffrendo - aggiunge - non possiamo rassegnarci a constatare che si affronta la sofferenza con l'annientamento della vita. È obiettivamente difficile comprendere perché si faccia ancora così poco nel nostro Paese per incentivare la

medicina palliativa. Questa resta l'opzione preferibile. Credo che la società debba sempre più organizzarsi con una attenta sollecitudine in funzione dei deboli».



Fine vita

La legge, il travaglio cattolico, la linea della Cei, lo stallo dei partiti

di **Marco Ascione**

Quindi, qual è il punto di equilibrio o di rottura dei cattolici e della Chiesa italiana sul fine vita? Ancora una volta, dopo tante apparenti avanzate e repentine ritirate, un progetto di legge «in materia di morte medicalmente assistita» si affaccia in Parlamento: è il ddl 104, in agenda al Senato il 17 febbraio. Relatori Ignazio Zullo di FdI e Pierantonio Zannettin di Forza Italia.

Gli schieramenti

La polvere già si alza, si muovono le truppe. La posizione ufficiale della Cei si è via via affinata. Tanto per cominciare i vescovi chiedono che il Parlamento non resti inerte. Qualcuno ha interpretato come una virata il senso delle ultime parole del cardinale Matteo Zuppi, nella prolusione al Consiglio permanente dei vescovi: «Norme che legittimano suicidio assistito ed eutanasia legittimano i più fragili a togliere il disturbo». La virata, però, non c'è. Affermazioni e contesti diversi si integrano. Sul punto Zuppi (e la linea è nuovamente accreditata da verifiche all'interno della Cei) è stato cristallino: «La politica — ha detto al *Corriere* lo scorso dicembre — agisca, seguendo il modello delle sentenze della Consulta». Questo è. Traduzione: il diritto alla vita sopra ogni cosa, le cure palliative da rendere un fatto reale ovunque in Italia, e l'esclusione della punibilità per il medico che

aiuta il suicidio assistito, ma solo in alcuni casi di malati terminali tassativamente previsti. Nessuna deriva verso la morte di Stato. Ma la comprensione di un fenomeno nella sua complessità, senza per questo accettare in alcun modo che venga codificato un diritto al suicidio.

È appunto pietra angolare della Corte costituzionale, che, esaltando la difesa della vita ad ogni passo dei propri pronunciamenti, ha però scolpito le ipotesi di sofferenza estrema in cui non costituisce reato aiutare chi se ne vuole andare. Un indirizzo (che ha già forza di legge) rivendicato da Augusto Barbera, presidente della Consulta al tempo dei principali interventi in materie di fine vita. «Sono cattolico praticante — ricorda il professore — come molti dei componenti di quella Corte che approvò le sentenze».

Le opposte spinte

Nel momento in cui il dibattito riaffiora dalla *morta gora*, la Chiesa italiana non sembrerebbe voler concedere alibi a un legislatore refrattario. In realtà una certa spinta al Parlamento a intervenire può persino essere dettata «dalla necessità di arginare altre e più permissive incursioni della Consulta». Sono assestati su questa linea diversi gruppi cattolici. Così riflette, ad esempio l'avvocato Domenico Menorello, presidente del network di associazioni cattoliche «Ditelo sui tetti».

La Cei, incardinata su un'ovvia difesa del diritto alla

vita e non alla morte, si ritrova al centro di opposte spinte. Si fanno sentire, con una certa eco anche in Parlamento, i movimenti Pro Vita e i gruppi di cattolici più conservatori, i quali sollevano muri: no a qualunque legge.

In un panorama assai frastagliato c'è persino un gruppo di malati, rappresentati dagli avvocati Mario Esposito e Carmelo Leotta, che ha chiesto di costituirsi davanti alla Consulta per evitare che si allarghino ulteriormente le maglie del suicidio assistito, con il proposito di non essere esposti alla tentazione di avvalersene, in un momento di particolare debolezza. Così come i due legali hanno scritto intervenendo sul quotidiano dei vescovi, il quale è assai attento a restituire «laicamente» tutte le sfumature dei cattolici sul fine vita.

La società

Ma è la società nel suo complesso che si è assestata su una posizione di favore a una legge sul fine vita. Uno spirito del tempo in cui si riconosce la maggioranza di coloro che si dichiarano cattolici. In un sondaggio di Ipsos sulla popolazione over 65 (con un 42 per cento di praticanti, inteso come persone che vanno a messa o tutti i giorni o almeno più volte al mese) pre-



sentato un anno fa in Vaticano e commissionato dalla Fondazione Età grande di monsignor Vincenzo Paglia, il 59 per cento degli intervistati si è detto d'accordo con la pratica dell'eutanasia, il 53 con il suicidio assistito e il 70 con il testamento biologico, ossia la possibilità per ogni persona di esprimere le proprie volontà in tema di trattamenti sanitari (accettarli o rifiutarli), a fronte di una possibile futura incapacità di autodeterminarsi. È la legge nata dopo il caso di Eluana Englaro.

L'arena ideologica

Esistono poi anche altri modi di stare in campo: gruppi di cattolici impegnati in difesa della vita, ma senza farsi impigliare in arene ideologiche. A Calcio, nella Bassa Bergamasca, si ritrova un popolo di malati, molti dei quali piegati da diagnosi complicate da sopportare. A volte intollerabili.

Sono lì con i parenti, con gli amici. Chi può offre al microfono una testimonianza, sciogliendo ognuno il proprio grumo di dolore. Talvolta sul filo del sorriso, in un gospel collettivo che pare voler sfidare la malattia. Si chiamano Quadratini, così come appaiono le loro immagini intagliate in video, tutte insieme sullo schermo, quando i loro raduni avvengono online: tanti piccoli quadrati.

Un gregge di malati dietro a un prete, don Eugenio Nembrini, che accoglie tutti «anche quelli che dicono di volerlo, il suicidio assistito». Nati ai tempi del Covid, i suoi Quadratini hanno via via ingrossato le file, superando quota 2.500: 307 di loro, fino ad oggi, si sono spenti. E non sono mancati i suicidi. La linea di Nembrini è questa: noi crediamo nella vita, chi vuole venga, comunque la pensi. Vale l'esempio, insomma.

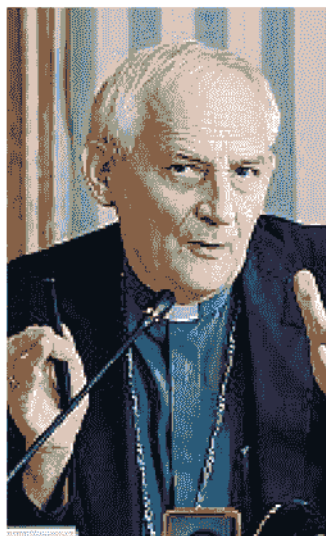
Il pensiero unico

E i cattolici in politica, quelli che poi devono decidere, tenendo le leve della maggioranza?

Lo scorso gennaio, alla conferenza stampa di inizio anno, la premier Giorgia Meloni, che della propria fede ha fatto un tratto distintivo («Sono Giorgia, sono madre, sono cristiana») e che notoriamente teme la prevaricazione del «pensiero unico», ha affermato: «Il compito dello Stato non sia favorire il suicidio assistito. Il governo si rimette al Parlamento e alle sue decisioni». Un percorso al quale presterà sicuramente cura un altro cattolico di prima fila nel governo Meloni, il sottosegretario Alfredo Mantovano. In un recente vertice di maggioranza è stato Maurizio Lupi, leader di Noi moderati e politico di storica militanza ciellina, a schierarsi tra coloro che spingono per l'approvazione di una legge

«evitando scontri ideologici». Che pure sono già scritti nelle stelle: il centrodestra vorrebbe infatti escludere il servizio sanitario nazionale da qualunque coinvolgimento nell'erogazione del suicidio assistito. E qui che si giocherà la vera battaglia. E, probabilmente, anche futuri ricorsi. Senza contare che qualcuno potrebbe anche fare calcoli sui costi elettorali, per quanto minimi. La sensibilità sul tema aumenta qua e là nel centrodestra. A lungo, nella Lega, da presidente del Veneto, si è battuto, anche ricordando il suo essere cattolico, l'ex governatore Luca Zaia. Ma ha perso.

Nessuno pretenderà che il Parlamento risponda alla domanda che tormenta Servillo-presidente della Repubblica nella *Grazia* di Sorrentino: «Di chi sono i nostri giorni?». Basterebbe una buona legge.



Cardinale Matteo Zuppi



L'appello alle Camere
La politica agisca seguendo il modello delle sentenze della Corte costituzionale



Ex governatore Luca Zaia



La riflessione
Anche la Chiesa apre alla discussione. Adesso serve una legge chiara



Deputato Maurizio Lupi



Il centrodestra
Sul fine vita dobbiamo evitare lo scontro ideologico, le tifoserie non fanno bene



La Consulta

LE SENTENZE

La Corte Costituzionale, in più sentenze, ha stabilito i requisiti per l'accesso al suicidio assistito. In particolare, la sentenza 242 del 2019, sul caso Dj Fabo, e la 135 del 2024 hanno fissato i criteri per la non punibilità. La Consulta ha invitato più volte il Parlamento ad approvare una legge sul fine vita che preveda casi e modalità con cui si può accedere al suicidio assistito



SERVE UNA SCUOLA DI UMANIZZAZIONE PER I GIOVANI ONCOLOGI

Un'indagine di *The Lancet* richiama l'importanza degli aspetti relazionali nella cura dei tumori

di **Alberto Scanni** *

In un recente articolo di *Lancet* dal titolo *The human crisis in cancer: a Lancet Oncology Commission* si sottolineava, in modo autorevole da parte di una commissione multinazionale, come nonostante il miglioramento dei risultati in termini di sopravvivenza, l'assistenza ai malati di cancro sia sempre più carente nell'affrontare le dimensioni emotive, relazionali ed esistenziali.

Dall'analisi in varie nazioni, emerge come pazienti e famiglie continuino a riferire di essere inascoltati, non supportati dalle strutture assistenziali, che danno priorità alla tecnica rispetto all'aspetto umano. L'attenzione sull'emotività, la chiarezza nella comunicazione e la continui-

tà nelle relazioni sono citate come fattori di pari importanza rispetto all'efficacia delle cure. Per decenni, nel mondo, secondo la Commissione, si è guardato prevalentemente alla organizzazione, marginalizzando l'aspetto relazionale.

I danni che derivano da tale impostazione sono ampiamente avvertiti dall'utenza e vanno da sensazione di privazione dei diritti, disagio morale, erosione della fiducia verso le istituzioni. La Commissione spinge per un cambiamento del modo in cui l'assistenza oncologica viene concepita, erogata e gestita e auspica azioni concrete. I Ministeri della Salute dovrebbero rivedere le strategie con mandati chiari e finanziamenti specifici per cure psicosociali, formazione e organizzazione in tema di umanizzazione. Sarebbe una risposta a ciò che i pazienti ritengono importante, visto che là dove si è posta particolare attenzio-

ne agli aspetti umani della relazione, i vantaggi per i malati ci sono stati. Ma come risolvere il problema quando le risorse sono limitate? Nel 2026 il Servizio sanitario nazionale per funzionare e risolvere le carenze (medici in fuga, infermieri sottopagati, liste di attesa, tempi lunghi per il ricovero ecc.), avrà a disposizione 6,3 miliardi in più, ma pur essendo l'aumento più alto mai registrato in valore assoluto, non basterà.

Che fare allora per rispondere alle problematiche emotive, relazionali ed esistenziali dei malati? Nell'attesa che le istituzioni abbiano a disposizione risorse specifiche il comportamento dei singoli può fare molto in termini di accoglienza, comunicazione e vicinanza, azioni che non necessitano di grossi investimenti, ma hanno nella generosità e nella oblatività la completezza dell'atto medico.

Questo già accade, in alcu-

ne oncologie del Paese, grazie all'impegno di alcuni, medici, infermieri e associazioni di volontariato. Oltre a ciò, il Collegio italiano dei primari oncologi medici (Cipomo) ha istituito una scuola di umanizzazione per giovani colleghi onde far crescere nella categoria la sensibilità su questi temi. Si cerca così, in attesa di tempi migliori, di dare una risposta, anche se limitata, ai bisogni di malati e famiglie.

**Già Direttore Generale Istituto dei Tumori di Milano*

Il comportamento dei singoli può fare molto in termini di accoglienza, comunicazione e vicinanza, azioni che completano l'atto medico



La scuola che solleva dal cancro «Studiare in ospedale dà forza»

ANDREA CEREDANI

«**M**aestra, perché sto iniziando una nuova lezione se tra poco morirò?». Tra le stanze dell'Associazione ligure del bambino emopatico e oncologico (Abeo) di Genova, Claudio (nome di fantasia) rivolge questa domanda alla sua docente, «senza mai sembrare triste». Ha solo 8 anni, ma è consapevole che il suo tumore sta raggiungendo uno stadio terminale. La maestra Giovanna Astaldi, che da anni insegna ai giovani pazienti dell'ospedale Gaslini, gli risponde con i fatti più che con le parole. «Gli ho detto che finché siamo qua dobbiamo prenderci ogni momento per imparare - racconta ad *Avvenire* -, ma poi abbiamo iniziato a giocare ed è in quel momento che gli è tornato il sorriso». Claudio è solo uno dei circa 2.500 bambini che ogni anno ricevono una diagnosi di tumore in Italia, come segnala la federazione dei genitori di bambini oncologici Fiagop. Circa l'80% di loro oggi può guarire grazie ai progressi della ricerca medica, ma per tutti i pazienti pediatrici oncologici cura è anche sinonimo di allontanamento da casa, dalla propria città e dai propri amici. «Succede qualcosa di molto semplice - spiega la pedagoga Barbara Urdanch, docente all'università di Torino -: il bambino perde i punti fermi. La scuola, gli orari, la classe, la maestra. Quando ritrova una lezione, una voce che spiega con calma in ospedale, si riaccende qualcosa. Non è retorica». Per questo, in occasione della Giornata mondiale contro il cancro infantile di oggi, la casa editrice MyEdu ha donato tablet e accesso

si gratuiti alla propria piattaforma per la didattica digitale ai pazienti pediatrici oncologici dell'Istituto Gaslini di Genova assistiti dall'Abeo Liguria e dell'ospedale Maggiore tramite l'associazione Ugi di Novara. Il portale - già attivo in reparti e associazioni a Roma, Bergamo e Milano - offre materiali per lezioni di ogni disciplina per scuole primarie e secondarie di primo grado. «Con queste tecnologie - continua Urdanch - l'apprendimento torna a essere "a misura di energia", un passo alla volta».

I dispositivi sono già arrivati nei reparti degli ospedali e le maestre hanno iniziato a raccogliere i primi frutti. Secondo Astaldi, le piattaforme digitali sono più utili con gli studenti che non parlano italiano: «Attingo a lezioni per studenti di ogni età - spiega -. Se ho un alunno di 12 anni con un livello linguistico più basso, trovo subito un gioco o un testo da leggere adatto alle sue abilità». Non solo. La piattaforma di MyEdu offre lezioni adatte anche alle disabilità dei pazienti oncologici: alcuni bambini in cura perdono la voce, altri smettono di usare le mani e altri ancora non riescono a camminare. «Sono molti gli impedimenti - continua la maestra - ma la piattaforma consente anche di usare immagini, video e podcast. Insomma, di adattare l'insegnamento a ogni stile di apprendimento». Quella in ospedale, del resto, non è una scuola tradizionale. Alcuni studenti restano in reparto solo una giornata, altri per settimane e altri ancora sono sempre costretti a letto. Per questo, i primi obiettivi dei docenti sono «normalizzare e alleggerire». «Se non posso andare a scuola, la scuola viene da me. Questo è il principio - sintetizza Daniela Gerlo, coordi-

natrice della scuola in ospedale "Marcella Balconi" di Novara -. Solo quando i bambini sono troppo deboli, non ci fanno avvicinare». Negli altri casi, a tutte le età, si cerca di farli giocare. «Puzzle e disegni, tutto è utile - continua la docente -. Con i grandi, facciamo anche i compiti per tenerli legati alla scuola». A questo scopo, vengono in soccorso le piattaforme digitali: «A volte ci colleghiamo in diretta con le loro classi - racconta Patrizia Virtuoso, maestra a Novara -. Tutto serve ad alleggerire dal peso della terapia». La connessione con le scuole di provenienza, permessa a Novara e a Genova anche dai dispositivi MyEdu, consente alle famiglie di «mantenere accesa la speranza». «C'è la prospettiva del ritorno - spiega la pedagoga Urdanch -. Il bambino non deve tornare a scuola ricominciando da zero». Quando invece la malattia ostacola il rientro, l'obiettivo dei maestri è preservare la dignità degli studenti. «Capita che i genitori di studenti con tumori terminali mi chiedano perché fare lezione fino agli ultimi giorni - conclude Astaldi -. Quando vedono sorridere i loro figli, però, si ricredono: finché siamo vivi, dobbiamo continuare».

IL PROGETTO

In occasione della Giornata mondiale contro il cancro infantile di oggi, la casa editrice MyEdu ha donato tablet e piattaforme ai piccoli pazienti oncologici di Genova e Novara. Le maestre: «Ci aiutano a regalare speranza e normalità»



Il trattamento con Sulfavant A ha ridotto in modo marcato le placche di beta-amiloide

Difese naturali contro l'Alzheimer

di Elena Correggia

Cure precoci e più efficaci. È questo l'obiettivo della ricerca per la malattia di Alzheimer, patologia per la quale le opzioni terapeutiche rimangono ancora piuttosto limitate. Ad aprire una nuova possibilità è lo studio coordinato dall'Istituto di chimica biomolecolare del Cnr di Pozzuoli (Cnr-Icb) incentrato sul rafforzamento delle difese naturali del cervello attraverso lo sviluppo di una piccola molecola smart. Si chiama Sulfavant A, composto di sintesi brevettato dal Cnr, già studiato per la capacità di potenziare la difesa naturale dell'organismo nel trattamento dei tumori. La ricerca, condotta in collaborazione con il Dipartimento di biologia dell'Università di Napoli Federico II, l'Università Campus Bio-Medico di Roma e l'Irccs Fondazione Santa Lucia, ha rivelato che nei model-

li preclinici Sulfavant A è stata in grado di modulare selettivamente l'attività della microglia, ovvero le cellule immunitarie del sistema nervoso deputate alla sorveglianza e alla rimozione di detriti cellulari e aggregati proteici. Un aspetto assai rilevante nell'Alzheimer, dove l'accumulo extracellulare del peptide beta-amiloide può aggregare in placche, contribuendo a neurotossicità e perdita neuronale: un tratto patologico distintivo dell'Alzheimer. In questa situazione, il trattamento con Sulfavant A ha ridotto, e in parte prevenuto, la formazione delle placche, con un effetto protettivo sui neuroni e un conseguente miglioramento delle funzioni di memoria.

«Il lavoro suggerisce un vero e proprio cambio di prospettiva nel trattamento della malattia, cioè non concentrarsi esclusivamente sulla rimozio-

ne diretta delle placche amiloide, ma di sostenere e potenziare i meccanismi endogeni di difesa del cervello, con particolare attenzione al ruolo dell'immunità innata», afferma Angelo Fontana, direttore del Cnr-Icb e coordinatore del team di studiosi.

Interessante è inoltre il fatto che la molecola analizzata sia riuscita a modulare l'attività microgliale in modo selettivo incrementandone la capacità fagocitaria in fasi precoci. «Nei modelli preclinici della malattia di Alzheimer, il trattamento con Sulfavant A ha determinato una marcata riduzione delle placche di beta-amiloide, una diminuzione dei segni di degenerazione neuronale e un miglioramento significativo delle prestazioni nei test di memoria e apprendimento», spiega Marcello D'Amelio, responsabile dell'Unità di neuroscien-

ze molecolari dell'Università Campus Bio-Medico di Roma - supportata da Fondazione Roma - e responsabile della sperimentazione preclinica. «I dati suggeriscono che il sostegno alla funzione microgliale, oltre a un intervento diretto sui depositi amiloidei, possa contribuire al ripristino di un equilibrio fisiologico compromesso nelle fasi di malattia».

La ricerca proseguirà ora per la validazione clinica e questi primi risultati indicano che il potenziamento dell'immunità innata cerebrale rappresenta una strategia terapeutica promettente e complementare agli approcci tradizionali. (riproduzione riservata)



CACCIATO DAL RAMAZZINI

Scienziato contro
il glifosato: "Fatto
fuori dalle lobby"

» BORZI
A PAG. 17



SALUTE E LOBBY • L'istituto Ramazzini allontana Mandrioli "Il glifosato causa il cancro": cacciato il capo dello studio

» Nicola Borzi

Uno degli erbicidi più usati nel mondo, il glifosato, è cancerogeno. Lo attestano i dati presentati a giugno da uno studio internazionale coordinato da un ricercatore italiano. Il 10 dicembre, le autorità europee Efsa ed Echa li hanno acquisiti per rivedere la classificazione di rischio del prodotto. Ma il 31 dicembre il ricercatore, che ha un importante curriculum scientifico internazionale, ha visto chiudere il suo rapporto di lavoro con l'istituzione per la quale lavorava sin dal 2012. L'istituto è il Ramazzini di Bologna, Onlus cooperativa con 40 mila soci fondata nel 1987 dall'oncologo di fama mondiale Cesare Maltoni, che valuta l'impatto sulla salute di sostan-

ze chimiche.

Il ricercatore è Daniele Mandrioli, 43 anni, direttore del centro di ricerca dal 2020. L'istituto giura la propria terzietà dalle lobby e dice che la decisione è stata consensuale. Mandrioli invece assicura di esser stato licenziato. Le industrie chimiche forse non hanno avuto un ruolo attivo, come qualcuno sospetta, ma di certo non se ne sono rattristate.

IL GLIFOSATO, sintetizzato negli anni 50, è prodotto dagli anni 70 con il marchio Roundup dal colosso Usa Monsanto, ora controllato dalla tedesca Bayer, e dai primi anni 2000 è venduto insieme a semi transgenici modificati per resistergli. Da decenni genera un enorme fatturato globale, 11 miliardi di dollari solo lo scorso anno. Secondo una ricerca prodotta 25 anni fa con l'apporto di Monsanto, non comporta rischi di cancro né effetti negativi sul sistema riproduttivo ed endocrino. Anche in base a quella pubblicazione molti Paesi ne hanno liberalizzato la vendita. L'Unione europea gli ha concesso la prima autorizzazione nel

2002, poi sottoposta a diverse revisioni e rinnovi, l'ultimo dei quali nel 2023 ha esteso l'autorizzazione fino al 2033. Ma diversi studi già dagli anni 90 attribuivano al glifosato effetti carcinogeni e tossicità cronica. Nel 2020 Bayer, proprietaria di Monsanto, ha pagato 10 miliardi di dollari e ne ha accantonati altri 17 per chiudere 100 mila cause sul Roundup.

Per gettare una luce indipendente, nel 2015 l'Istituto Ramazzini ha lanciato il progetto *Global Glyphosate Study* coinvolgendo scienziati provenienti da Stati Uniti, Sud America ed Europa. Per l'Italia hanno partecipato l'Istituto supe-

riore di Sanità, il Cnr, l'Università di Bologna e l'ospedale San Martino di Genova. Nel 2018 i



primi studi pilota hanno rivelato che il prodotto altera parametri biologici legati allo sviluppo sessuale, a genotossicità e microbioma intestinale. Nel 2019, lo studio ha rilevato che già a dosi che gli Usa considerano sicuri gli erbicidi a base di glifosato impattano su riproduzione e sviluppo dei ratti. A giugno, i dati finali: nei ratti esposti a dosi ritenute innocue per l'uomo il glifosato causa leucemie e tumori a fegato, ovaie, sistema nervoso.

MA IL 31 DICEMBRE il colpo di scena: Mandrioli è uscito dal Ramazzini, ufficialmente per una "riorganizzazione aziendale". Secondo l'istituto, il rapporto tra Mandrioli e la cooperativa "è stato risolto per motivi completamente estranei alla ricerca sul glifosato. Stupisce che Mandrioli effettui una dichiarazione del genere e che cerchi di creare confusione sulla questione: è ben a conoscenza del percorso che ha condotto

alla risoluzione del rapporto. Non è vero che la decisione è stata imposta dall'istituto. Si è valutato, in un tavolo condiviso con Mandrioli, il percorso maggiormente confacente alle esigenze delle parti e si è poi formalizzato un accordo che le parti hanno liberamente sottoscritto e nessuno ha mai messo in discussione. Fa specie i tenti di infangare la reputazione di un istituto che esprime team di ricercatori provenienti da tutti i Paesi del mondo e che da oltre 50 anni effettua ricerche indipendenti. Fa specie che Mandrioli metta la sua persona davanti all'interesse generale e alla credibilità della ricerca".

Al *Corriere di Bologna* lo scienziato però ribatte che non si è trattato di un "percorso concordato": "La risoluzione del rapporto di lavoro è stata decisa dall'istituto. Dopodiché, con l'aiuto dei miei avvocati abbiamo solo potuto definire i dettagli del percorso. Di fronte a una decisione già presa dai vertici

dell'istituto non ho potuto far altro che prenderne atto, collaborando per consentire una transizione ordinata delle attività scientifiche, nel rispetto della straordinaria professionalità dei ricercatori con i quali ho condiviso 15 anni di ricerche indipendenti e che hanno dato tutto per il bene della salute pubblica". Se le versioni sono diverse, resta un fatto: lo scienziato è stato messo alla porta.

2 VERSIONI IL CENTRO: "ACCORDO CONSENSUALE" LUI "È FALSO"



Messo alla porta
Daniele Mandrioli
è diventato
direttore del
centro di ricerca
nel 2020
FOTO ANSA



IL MINISTRO SCHILLACI AI FERRI CORTI CON IL SOTTOSEGRETARIO MELONIANO GEMMATO

Spesa fuori controllo per i farmaci, alta tensione a destra

ANDREA CAPOCCI

■ La convivenza tra il ministro della salute Orazio Schillaci e il suo sottosegretario Marcello Gemmato è sempre più difficile. Schillaci è più in alto nella gerarchia ma è un tecnico. Gemmato gli sta sotto ma è un politico del cerchio magico della premier e su molti dossier conta più del capo. Negli ultimi giorni la tensione tra i due è deflagrata intorno al dossier farmaceutico. Il problema è noto: la spesa per le medicine a carico del Servizio sanitario nazionale è fuori controllo.

Dopo il balzo del 7,7% nel 2024, anche nel 2025 è aumentata di circa il 5%, ben oltre l'inflazione. Il tetto di spesa fissato all'inizio dell'anno è stato di nuovo sfiorato di oltre tre miliardi. A questo ritmo di crescita, l'acquisto dei farmaci costringerà a risparmiare su altre voci della sanità. E Schillaci non ha alcuna voglia di essere ricordato come il ministro che tagliò i servizi per accontentare Big Pharma. Nel mirino del ministro c'è l'Agenzia Italiana del Farmaco (Aifa) vigilata dal ministero, che decide quali farmaci rimborsare ai cit-

tadini e negozia gli sconti con le multinazionali. In una furibonda lettera del 4 febbraio, casualmente girata anche al sito Quotidiano Sanità, Schillaci ha chiesto spiegazioni al presidente Robert Nisticò e al direttore tecnico-scientifico Pierluigi Russo. «La crescente attenzione mediatica sull'andamento della spesa farmaceutica impone una riflessione approfondita sulle dinamiche gestionali e sulle metodologie di monitoraggio adottate da codesta Agenzia» esordisce la missiva, in cui si descrive come «compromessa» la «credibilità complessiva del sistema di governance farmaceutica nazionale». Il ministro ha richiesto chiarimenti «entro 14 giorni» in merito alle procedure di autorizzazione dei farmaci, alle evidenze scientifiche che le supportano e al monitoraggio dell'uso dei farmaci innovativi più costosi, un cronoprogramma di misure correttive. Assomiglia a un commissariamento. La delega sulla materia però spetta al sottosegretario Gemmato (lui stesso titolare di farmacie in provincia di Bari), che mercoledì ha risposto al ministro

con parole ancor più velenose. Dopo aver assicurato «piena vicinanza» al ministro, ha auspicato una «revisione della governance da Te nominata nel 2024» e il maiuscolo non è solo di cortesia. Come dire: caro ministro, assumiti le tue responsabilità. La poltrona del direttore tecnico-scientifico Pierluigi Russo traballa parecchio. Una sua uscita potrebbe segnare una tregua tra Schillaci e Gemmato ma non basterà a sciogliere il nodo venuto al pettine in questi giorni.

L'esplosione della spesa si spiega con la scarsa capacità dell'Aifa di arginare gli appetiti dell'industria farmaceutica. Per limitare gli esborsi l'agenzia dovrebbe rinegoziare i prezzi dei farmaci più vecchi e sfoltire, come prevede peraltro la finanziaria, il prontuario (l'elenco dei farmaci rimborsati dal Ssn), molti obsoleti o di dubbia utilità. Secondo il farmacologo Silvio Garattini basterebbe a risparmiare 5 miliardi. Ma richiederebbe competenze e autorevolezza che l'Aifa ha smarrito e non per caso. La riforma dell'Aifa del 2022, tra i primi atti del governo Meloni, ha cancellato le

due commissioni tecniche (una si occupava dell'efficacia dei farmaci, l'altra dei negoziati sui prezzi) sostituendole con un'unica Commissione Scientifica ed Economica di soli dieci membri. L'obiettivo dichiarato era snellire le procedure.

«La riforma ha indebolito l'agenzia» spiega Giuseppe Traversa, che prima del governo Meloni dirigeva l'area di Strategia ed economia del farmaco di Aifa. «Con quella riduzione di competenze si riduce la capacità tenere testa alle richieste delle multinazionali e alle pressioni lobbistiche». Grazie alle attenzioni di Gemmato, per esempio, le farmacie hanno ottenuto il diritto di vendere farmaci che prima erano distribuiti direttamente dalle Asl. Trasformare un'agenzia di vigilanza in un distributore di favori però ha un costo che mette a rischio il risicato budget sanitario. Conciliare le cure per i cittadini, gli interessi dell'industria e i conti pubblici non sembra più possibile, il governo dovrà scegliere quali sacrificare.



Ma i principi attivi devono contare di più per arginare la dipendenza da Cina e India

Le terre rare della salute, un business da 5,8 miliardi

di **MARGHERITA DE BAC**

Sono le terre rare della salute: i principi attivi. Materie prime necessarie alla produzione di farmaci dal brevetto scaduto. Il 65% del fabbisogno viene importato in Italia da India e Cina. Che si dividono il mercato delle sostanze con efficacia terapeutica, essenziali per ricavarne pillole, supposte, sciroppi. La Cina è più forte nell'esportazione degli ingredienti di base. L'India brilla soprattutto nella sintesi degli intermedi, senza azione terapeutica diretta. I giganti asiatici si stanno sempre più specializzando nella produzione destinata al commercio interno di medicinali completi, ottenuti con l'aggiunta di eccipienti, utilizzati per rendere un composto inalterabile.

E' un problema notevole quello che incombe sul continente europeo, «dipendente» dall'Asia. Una sudditanza che figura tra cause per le quali è diventato all'ordine del giorno il fenomeno della carenza o assenza di medicinali. Nella settimana dal 22 al 28 novembre sono stati segnalati da Aifa, la nostra agenzia del farmaco, 40 «introvabili». Per alcuni non viene indicata la data di presunta ricomparsa. Un medicinale ricorrente nella lista è la metformina, comunemente nota come anti diabete di prima linea. La disponibilità di principi attivi copre il 35% di quelli che servirebbero nel Vecchio Continente. Il resto arriva da lontano.

Il nostro Paese però si distingue come capofila nell'Ue. Oggi 63 aziende chimico farmaceutiche di lunga tradizione provvedono al 60% della produzione europea. Uno studio commissionato da Aschimfarma-Federchimica a Prometeia stima per l'industria italiana dei principi attivi e intermedi un fatturato

di circa 5,8 miliardi.

Il settore è cresciuto costantemente negli ultimi anni, specie negli intermedi, con un giro d'affari aumentato di oltre il 40% rispetto al 2018. Nella classifica dei maggiori produttori siamo al primo posto con una quota pari a oltre un quarto del fatturato complessivo dell'area, seguita da Spagna (17,6%), Irlanda (11,7%) e Germania 8,9%. Grazie a questo mercato l'Europa è tutto sommato messa meglio degli Stati Uniti la cui dipendenza da Cina e India è totale. «Bisogna agire subito per accorciare la distanza tra noi e l'Asia», esclama Michele Uda, direttore di Egualia, l'associazione che rappresenta le imprese di farmaci equivalenti anche conosciuti come generici, stesso principio attivo di quelli «griffati».

Il settore degli equivalenti punta molto sul Critical Act, un documento dell'Ue che, tra l'altro, prevede una serie di incentivi, al fine di incrementare la produzione autoctona di principi attivi, abbandonata a partire dagli anni '80 anche per le difficoltà legate a nuovi vincoli ambientali.

Il monopolio straniero delle terre rare della salute è ormai difficile da fermare. L'iniziativa di Bruxelles è una sorta di ripensamento strategico, finalizzato a non perdere altro terreno. Il rischio che corriamo è apparso chiaro durante la pandemia, come riporta l'Osservatorio Nomsma 2025 sul sistema degli equivalenti in Italia. Nel 2020, durante la prima ondata, l'India annunciò il blocco temporaneo delle esportazioni di 26 principi attivi essenziali tra cui paracetamolo, metronidazolo (un antibatterico) e altri antibiotici. Uda non ha dubbi: «L'ambiente regolatorio dovrebbe cambiare. Il Critical Act deve prevedere incentivi anche a livello di



prezzi di rimborso per gli equivalenti che in Italia sono molto bassi: il 30% hanno un prezzo medio inferiore ai 5 euro. Un mese di terapia a base di metformina, usata da 4 milioni di italiani, costa 1,5 euro. E questo vale per tante altre molecole in cardiologia o oncologia». Siamo in balia delle industrie asiatiche, denuncia Aschimfarma: «Le difficoltà possono derivare da tensioni tra nazioni, crisi economiche, guasti, incidenti o imprevisti sulla qualità. E allora l'intera catena di approvvigionamento si bloccherebbe». L'associazione ritiene che la via di uscita sia «potenziare la produzione di principi attivi in

Europa, almeno quelli critici e gli essenziali, circa 300 molecole, tutte le più comuni».

Il Critical Medicines Act a marzo 25 è stato inviato a Parlamento Europeo e al Consiglio dei capi di governo che dovranno esprimersi. Favorevole il nostro ministro della Salute, Orazio Schillaci. Il fabbisogno europeo di molecole critiche è di 30 mila tonnellate annue, India e Cina coprono il 70% della quota di metformina, metamizolo e amoxicillina. In India la chimica farmaceutica è concentrata tra Hyderabad-Vizag e Maharashtra-Gujarat. Da qui provengono la metà dei principi

attivi destinati all'Occidente. L'impianto di Chippada (proprietà Divi's) sul Golfo del Bengala è una città: 8 milioni di metri quadrati, compresa un'area portuale privata da dove prendono il largo antiepilettici, antinfiammatori, antitumorali, antivirali, cardiovascolari.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La scommessa dei generici

Michele Uda,
direttore di Egualia,
l'associazione che
rappresenta le imprese
di farmaci equivalenti



JOHNSON & JOHNSON RILANCI QUATTRO CURE PER L'ITALIA

Il gruppo prepara altre terapie avanzate per il 2026. «Raddoppiata la capacità produttiva a Latina, siamo il partner perfetto per il Paese, ma il payback limita lo sviluppo». Il programma di Murzi, nuovo ceo Innovative Medicine

di MARIA ELENA ZANINI

«**S**iamo in un momento di profonda trasformazione del settore salute in Italia e di accelerazione verso lo sviluppo di nuove terapie trasformatrici a beneficio dei pazienti...», dice Jacopo Murzi, neo amministratore delegato di Johnson & Johnson Innovative Medicine in Italia. Quello di Murzi è un «ritorno alle origini», dato che nel colosso pharma Murzi ha lavorato dal 2005 al 2020, prima nel marketing e nelle vendite in Italia, successivamente, come managing director per Romania, Near East, Maghreb e Africa, e infine come Disease Area Stronghold leader per le Malattie infettive all'interno della Global Commercial Strategy Organization (Gcso) negli Stati Uniti. Dopo una breve pausa in Alphasigma e in Moderna, è ritornato nel gruppo «dove mi sono formato in tutto e per tutto», dice Murzi.

I numeri

Quanto al momento per il settore pharma, secondo il ceo, «il governo ne ha capito l'importanza. Per volume e per export siamo secondi solo alla manifattura».

Parlando di numeri, il valore della produzione dell'intero settore farmaceutico italiano nel 2024 è stato di 56 miliardi circa ed è cresciuto del 3,8% nel 2025 (contro una decrescita dello 0,5% della manifattura), mentre l'export ha superato i 54 mi-

liardi, posizionando l'Italia tra i maggiori esportatori a livello globale, con 71 mila persone occupate.

«Noi, come J&J Innovative Medicine, tra la sede di Milano e lo stabilimento di Latina diamo lavoro a oltre 1.500 persone — dice Murzi —. Per il 2026 poi abbiamo in programma nuovi lanci in diverse aree terapeutiche, sostenuti dalla più ampia e promettente pipeline della nostra storia: 20 nuove terapie a livello globale nei prossimi cinque anni e 50 indicazioni. In Italia, quest'anno, puntiamo a rendere disponibili ai pazienti e alla comunità clinica quattro nuove opzioni terapeutiche innovative: due in ambito ematologico, una per il trattamento del tumore al polmone e una nell'area delle malattie infiammatorie croniche intestinali. Solo nel 2025, nel mercato italiano, abbiamo eseguito 169 studi clinici coinvolgendo oltre 7.500 pazienti in centri di ricerca diffusi su tutto il territorio».

Considerati anche gli investimenti globali realizzati nel 2025 complessivamente in ricerca e sviluppo e m&a (circa 32 miliardi di dollari), Johnson & Johnson è «il partner perfetto per il sistema produttivo italiano vogliamo essere il partner di riferimento, in questo momento unico e particolare per noi», ribadisce l'amministratore delegato che puntualizza l'importanza per il gruppo, a livello internazionale e non solo domestico, dello stabilimento di Latina. «Inserito in un piano d'investimenti triennale da 125 milioni, il nostro sito dispone di una capacità produttiva di quattro miliardi di compresse — racconta Murzi —, un dato più che raddoppiato rispetto al 2010. Oggi il sito esporta il 97%

della produzione per un totale di oltre 40 milioni di confezioni movimentate ogni anno. Nel complesso, l'azienda genera forniture di beni e servizi per un valore di 64,4 milioni di euro». Senza contare il livello di specializzazione raggiunto con l'introduzione dell'intelligenza artificiale nei processi produttivi. L'AI fa parte ormai del dna di Johnson & Johnson, a partire dall'elaborazione di algoritmi per creare modelli per studiare al meglio le molecole, fino ai trial clinici semplificati da un database che permette la riduzione di tempi e costi.

Certo il mondo della politica ha compreso quanto l'intero settore sia centrale per la crescita economica. Ma c'è uno scoglio che di fatto sta bloccando gli investimenti proprio in questo settore. Lo scoglio è il payback, quei 2,3 miliardi a carico delle aziende italiane che vanno a compensare il surplus di spesa regionale per i farmaci. «Un limitatore fortissimo allo sviluppo — dice il manager —. È necessario superare queste misure che ancora oggi continuano a compromettere la competitività, sfruttando i grandi appuntamenti previsti per il 2026 come la revisione del testo unico sulla legislazione farmaceutica e la legge di bilancio, magari proprio per definire un tetto massimo di ripiano da parte delle aziende farmaceutiche come più volte annunciato dalle istituzioni. Quello farmaceutico è un settore che crea benessere economico ma non solo: aiutiamo tutti gli attori della sanità e soprattutto ci adoperiamo per migliorare la qualità della vita delle persone».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Nomine Jacopo Murzi è ceo di Johnson & Johnson Innovative Medicine in Italia, dove è tornato dopo aver ricoperto il ruolo di general manager in Moderna e Alfasigma.



RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA



Servizio I dati dell'Iss

Sci, senza casco è fino a 7 volte più probabile finire in ospedale

L'indagine è stata condotta attraverso l'analisi di migliaia di infortuni registrati nei comprensori sciistici di Courmayeur e Monterosa Ski

di Redazione Salute

14 febbraio 2026

Piste affollate, velocità elevate e condizioni della neve, mancato uso del casco: sono questi i fattori che possono aumentare il rischio di andare incontro a infortuni mentre si scia. L'analisi è stata condotta dai ricercatori dell'Iss, l'Istituto superiore di Sanità, che coordinano il sistema di sorveglianza epidemiologica Simon (Sorveglianza degli Incidenti in montagna), sviluppato presso il Dipartimento Ambiente e Salute dell'Iss. Con le Olimpiadi Invernali Milano-Cortina 2026 attualmente in svolgimento e l'elevata affluenza di appassionati nelle località sciistiche italiane, l'Istituto Superiore di Sanità tiene alta l'attenzione sull'importanza della prevenzione degli incidenti sulle piste. I risultati della sorveglianza Simon mostrano infatti che i fattori di rischio per gli infortuni sugli sci possono moltiplicare fino a sette volte la probabilità di traumi che richiedono il ricorso al Pronto Soccorso.

I principali fattori di rischio individuati

L'indagine, condotta attraverso l'analisi di migliaia di infortuni registrati nei comprensori sciistici di Courmayeur e Monterosa Ski, ha esaminato simultaneamente diversi fattori di rischio, con l'obiettivo di individuare le condizioni che influenzano maggiormente la gravità degli incidenti e fornire indicazioni utili alla prevenzione. I risultati evidenziano quattro elementi che incidono significativamente sulla probabilità di accesso alle cure ospedaliere. La difficoltà della pista rappresenta il fattore più determinante: ogni passaggio da un livello di difficoltà al successivo comporta un incremento del rischio di circa il 16%, con un aumento complessivo significativo passando dalle piste più facili a quelle più impegnative. Anche le condizioni della neve incidono in modo rilevante. Sciare su neve naturale, rispetto alla neve mista con innevamento programmato, aumenta il rischio del 62%, mentre condizioni sfavorevoli come ghiaccio, neve crostosa o molto bagnata comportano un ulteriore incremento del 52%. Il tipo di incidente costituisce un ulteriore elemento discriminante. Le collisioni con altri sciatori o ostacoli risultano più pericolose delle cadute accidentali, con un aumento del rischio di accesso al Pronto Soccorso pari a circa il 69%. Tra i fattori individuali, l'età più avanzata e il mancato utilizzo del casco si associano a un aumento del rischio rispettivamente del 7% e del 42%.

Conta l'effetto di interazione tra i diversi fattori

L'aspetto più significativo emerso dallo studio riguarda l'interazione tra i diversi fattori. In condizioni favorevoli (adulto, utilizzo del casco, pista facile, neve in buone condizioni e incidente senza collisione) solo il 7-8% degli infortunati necessita di assistenza ospedaliera. La presenza

contemporanea di fattori personali di rischio, come età avanzata, assenza del casco e collisione, determina un aumento della probabilità di accesso al Pronto Soccorso di circa 2,5 volte. Analogamente, fattori ambientali sfavorevoli, come piste difficili e neve naturale in cattive condizioni, comportano un incremento del rischio fino a 2,8 volte. Quando fattori individuali e ambientali si combinano, la probabilità di infortunio grave può risultare oltre sette volte superiore rispetto alle condizioni ideali, passando da circa un caso su tredici a circa uno su tre. "I dati confermano che gli incidenti sulle piste non sono eventi casuali, ma il risultato dell'interazione tra più fattori di rischio - sottolinea Alessio Pitidis dell'Iss -. L'aspetto più rilevante è che questi fattori non si sommano semplicemente, ma si moltiplicano tra loro. Ciò significa che intervenire anche su un solo elemento, ad esempio indossare il casco o scegliere piste adeguate al proprio livello tecnico, può ridurre in modo significativo la probabilità di traumi gravi e migliorare la sicurezza degli utenti delle piste."



Servizio Lo studio

“Dormirci sopra” aiuta davvero a risolvere i problemi: così il sogno accende il cervello

Da Einstein a Mendeleev, la scienza racconta che creatività ed intuizione accelerano nella fase REM. Ora una ricerca dimostra che si potrebbe raddoppiare, se allenati, le capacità di “Problem-Solving

di Federico Mereta

14 febbraio 2026

Premessa. Non sappiamo con sicurezza se si tratti solo di intuizioni oniriche o di veri e propri “passaggi” dirimenti nel percorso della scienza. Ma è certo che, almeno in chiave aneddotica, la luce di alcune grandi scoperte non si sarebbe accesa in laboratorio, ma durante il sonno. E più in particolare quando il protagonista, assillato da questioni apparentemente irrisolvibili, ha trovato la soluzione tra le braccia di Morfeo. Ebbene, oggi la ricerca conferma che grazie a suoni studiati a tavolino capaci di “spingere” le persone a ricordare il bisogno di risolvere uno specifico problema “diurno” si potrebbe effettivamente migliorare la performance decisionale e la soluzione della questione. Il motivo? Agendo nella fase REM del sonno, quella in cui ci sono movimenti oculari e si possono avere sogni lucidi, si possono offrire stimoli efficaci attraverso un metodo scientifico, la riattivazione mirata della memoria (TMR), che si applica proprio grazie agli stimoli sonori.

Ad indicare questo percorso, confermando che “dormirci sopra” può aiutare la creatività e l'intuizione, è uno studio condotto dagli esperti della Northwestern University, coordinati da Ken Paller (primo nome Karen Konkoly), apparso su *Neuroscience of Consciousness*.

Raddoppia la capacità di risolvere i problemi

Lo studio ha preso in esame 20 persone (quindi un campione davvero limitato) che avevano avuto esperienze di sogno lucido, dunque erano consapevoli di sognare. Questi soggetti, in laboratorio, hanno cercato di risolvere una serie di rompicapo entro un limite di tempo di tre minuti ciascuno, ognuno con una propria colonna sonora. Poiché le soluzioni ai test erano difficili da trovare, nella maggior parte dei casi non si è trovata la soluzione. A quel punto si è proceduto con il monitoraggio del sonno, attraverso polisonnografie: nel corso delle fasi REM, in cui si sogna, sono state presentate le colonne sonore di metà dei test, per riattivarli selettivamente grazie alle sette note. Diversi partecipanti hanno eseguito segnali concordati prima di dormire per indicare che avevano udito i segnali presentati e che stavano lavorando sui rompicapi corrispondenti nei loro sogni. Dopo il risveglio, i partecipanti hanno raccontato ai ricercatori i loro sogni. Molti sogni includevano frammenti o idee tratte dagli enigmi, ma in 12 dei 20 partecipanti, i sogni facevano riferimento agli enigmi specifici suggeriti da segnali sonori più spesso rispetto a quelli che non lo erano. Questi individui hanno successivamente trovato la soluzione corretta agli enigmi riattivati più spesso rispetto agli altri, aumentando la loro capacità di problem-solving dal 17 al 42%.

In cerca di soluzioni

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA

La ricerca dimostra che grazie a suoni capaci di ricordare una precedente esperienza di risoluzione di un enigma specifico, appunto il metodo della riattivazione mirata della memoria o TMR, si possono migliorare le prestazioni. Questo non significa che l'osservazione sia trasferibile tout court su tutte le persone e non può offrire la prova definitiva che sognare un enigma specifico aumenti la probabilità di risolverlo al risveglio. Altri fattori, come la curiosità per la risposta a un particolare enigma, potrebbero influire sui risultati. ma certo lavorare sull'ingegneria del sonno per favorire pensieri creativi potrebbe aver significato. Lo conferma in una nota dell'Università lo stesso Paller: "molti problemi nel mondo di oggi richiedono soluzioni creative. Imparando di più su come il nostro cervello è in grado di pensare in modo creativo, di ripensare e di generare nuove idee creative, potremmo essere più vicini alla risoluzione dei problemi che vogliamo risolvere, e l'ingegneria del sonno potrebbe essere d'aiuto".

Importante studiare il sonno

Detto che le caratteristiche dello studio (campione molto piccolo e su persone "addestrate") non consentono di trarre conclusioni definitive e che comunque l'effetto di "raddoppio" della capacità di risolvere enigmi e problemi si è osservato in chi effettivamente ha ottenuto questo risultato sognando (e non in tutti i partecipanti, la ricerca offre spunti di grande interesse. "L'indagine si aggiunge agli studi sul sonno che cercano di intervenire sul riposo per modificare processi cognitivi – commenta Gianluca Rossato, Responsabile del Centro medicina del sonno presso l'Ospedale Irccs Sacro Cuore Don Calabria di Negrar. In questo caso si è puntato sull'uso combinato di sogni e stimoli sonori per migliorare capacità cognitive e creative. Soprattutto la ricerca conferma che di fronte ad un problema dormirci sopra è sempre utile, anche in chiave scientifica: il sonno aiuta a prendere distanza dalle sfide del pensiero, a consolidare informazioni, integrare elementi, a fornire una visione differente". Insomma: si prosegue sulle linee di ricerca che indagano su sonno e fase REM proprio per studiare la ristrutturazione creativa. "Ma non abbiamo informazioni sufficienti per arrivare ad una soluzione – conclude Rossato. Quello che possiamo dire è che è importante garantire ad ogni persona un sonno sufficiente e regolare e che riconoscere i disturbi del sonno stesso è fondamentale per mantenere il cervello in salute, visto che il sonno profondo permette di ripulire cervello da tossine e di contrastare il rischio di malattie neurodegenerative".

Una storia di sogni creativi

La storia moderna della scienza è ricca di osservazioni che mostrano come proprio durante la notte, attraverso sogni vividi, si siano individuate soluzioni a problematiche apparentemente irrisolvibili. Volete qualche esempio? Dmitri Mendeleev avrebbe visto in sogno una tabella in cui gli elementi chimici andavano miracolosamente a posto, tanto da scrivere al risveglio la tavola periodica che utilizziamo anche oggi. Il farmacologo Otto Loewi avrebbe "visualizzato" nel sonno l'esperimento che ha portato a definire la trasmissione chimica degli impulsi nervosi attraverso il nervo vago, superando la teoria che vedeva solamente la via elettrica degli stimoli. Grazie a questi studi ha vinto il premio Nobel. E che dire di Albert Einstein, che avrebbe sognato un concetto chiave della relatività mentre si trovava su una slitta che raggiungeva velocità elevatissime con conseguente trasformazione dell'ambiente cromatico, tanto da ipotizzare il comportamento della luce? Sono solo esempi, tra scienza e narrazione. Ma la ricerca americana conferma quanto di vero ci sarebbe, anche perché mostra come si può "intervenire" per influire sistematicamente sui sogni. E ci permette di passare, forse, dallo stesso Einstein al signor Rossi.



Servizio Stili di vita

Spritz a colazione per gli universitari: arriva da Ferrara l'ultimo allarme dipendenze

Raddoppiati in 10 anni gli utenti "under 30" dell'Osservatorio dipendenze patologiche dell'azienda sanitaria cittadina: preoccupa l'effetto dell'alcol sul cervello ancora in fase di sviluppo nei giovani adulti

di Redazione Salute

13 febbraio 2026

L'allarme arriva da Ferrara ma la "lettera" è indirizzata a tutta l'Italia perché il quadro che emerge è allarmante: ragazzi e ragazze, prevalentemente studenti universitari intorno ai 20 anni, consumano regolarmente superalcolici già dalle 9.30 del mattino, prima di iniziare le lezioni o durante le pause didattiche. Lo spritz, cocktail ad alto contenuto alcolico, è diventato il drink più richiesto in questa fascia oraria, con un consumo che spesso non si limita a un singolo bicchiere.

I dati di Ferrara

L'Osservatorio Dipendenze Patologiche dell'Ausl di Ferrara registra un raddoppio dei pazienti giovani (18-29 anni) nell'ultimo decennio: dal 4,7% nel 2015 al 9,5% nel 2024. La ricerca europea sugli stili di vita adolescenziali rivela che il 75% dei giovani tra 15 e 19 anni ha fatto uso di alcol, con la fascia 15-17 anni particolarmente esposta. «Il consumo di superalcolici in orario mattutino comporta conseguenze immediate sulla capacità cognitiva, compromettendo l'attenzione, la memoria e il rendimento scolastico - sottolinea la Direttrice dell'Osservatorio Mohre (Osservatorio mediterraneo per la riduzione del rischio), Johann Rossi Mason -: L'assunzione regolare di alcol in giovane età aumenta significativamente la possibilità di sviluppare dipendenza e patologie alcol-correlate, aumentando il rischio cancro. Particolarmente preoccupante è l'effetto dell'alcol su un cervello ancora in fase di sviluppo, che nei giovani adulti completa la sua maturazione intorno ai 25 anni».

Prevenzione fallita

Come sottolinea Emanuele Scafato, consulente Oms e membro dell'Advisory Board della Sia, Società italiana di Alcolologia, «gli allarmi ignorati e l'inerzia cronica istituzionale, hanno consolidato normalizzazione di un fenomeno che pone l'alcol al centro di comportamenti sempre rischiosi e dannosi per i giovani e i minori. E' la dimostrazione grottesca ed evidente del fallimento della prevenzione e di chi dovrebbe assicurarla. E' un vulnus per la tutela dei più vulnerabili che sono le stesse agenzie educative principali, la famiglia e la scuola, a inoculare nella società insieme alle pressioni al bere dell'industria. La società - aggiunge l'esperto - ha perso la capacità di controllo informale e contrastare il bere dei giovani. Spritz, vino o birra o cocktail consumati a qualunque orario non fa alcuna differenza rispetto al rischio e alle conseguenze che ne derivano, ma è opportuno soffermarsi su uno dei sintomi propri della dipendenza che si manifesta con la ricerca dell'alcol al mattino. E non è una novità che in Italia ci siano 1,2 milioni di consumatori a

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA

rischio 11-24enni di cui la metà minori e che di tutti i 780mila consumatori dannosi con un disturbo da uso di alcol in necessità di trattamento, solo 68mila riescono a essere intercettati dal SSN e curati, il 93 % resta fuori».

La ricetta possibile

Gli fa eco Fabio Beatrice, Direttore Scientifico del Mohre: «Un approccio scientifico prevede strategie graduali: informazione corretta sui rischi reali, promozione di alternative socializzanti che non prevedano alcol, supporto psicologico per comprendere le motivazioni di questo bisogno di 'disinibirsi' già al mattino. Non si tratta di proibizionismo, ma di educazione a scelte consapevoli».

Gli esperti del Mohre sottolineano la necessità di interventi urgenti su più fronti: identificazione precoce del rischio, lotta alle fake news che lasciano ritenere che bere faccia bene, contrastare le partnership i produttori che, anche secondo l'Oms, non sono da considerare partner della salute, campagne di svalorizzazione dell'alcol e di sensibilizzazione nelle scuole e università, riduzione del marketing aggressivo e pervasivo sui media e sui social network, maggiore "health literacy" da parte delle famiglie. Ma anche maggiore formazione professionale specifica per gli operatori sanitari e per i gestori dei locali, controlli più stringenti e nei luoghi di aggregazione e sanzioni più rigorose nei locali pubblici. Il fenomeno richiede un'attenzione immediata prima che si consolidi come prassi sociale accettata, con conseguenze potenzialmente irreversibili sulla salute pubblica giovanile.

Suicidio assistito
Così il Piemonte
ha aiutato
Paolo a morire

GENTA, LOEWENTHAL, RICCI

Paolo non c'è più. Dopo una vita di dolore e dieci mesi di attesa. - PAGINE 16 E 17



Il Piemonte sblocca lo stallo Finisce il calvario di Paolo È il primo suicidio assistito

Dieci mesi dopo la richiesta l'uomo ha ottenuto il farmaco dall'Asl
Ma la Regione precisa: "Non facciamo le regole, spetta al Parlamento"

GIULIA RICCI
TORINO

Paolo non c'è più. Dopo una vita di dolore e dieci mesi di attesa, ha potuto sottoporsi al suicidio medicalmente assistito. Si tratta del primo caso in Piemonte, ma la Regione governata dal centrodestra mette le mani avanti: «Non intendiamo in alcun modo fare una legge». Intanto il Ministero della Salute non risponde alla richiesta di chiarimenti sul farmaco, il cui costo rischia di ricadere sulla famiglia.

Era il 5 gennaio quando, su *La Stampa*, veniva raccontata la sua storia. La richiesta di Paolo all'Azienda sanitaria locale della provincia di Torino era arrivata a maggio, ma un mese fa non aveva ancora rice-

vuto risposta. La mancanza di una legge nazionale, infatti, lascia i professionisti sanitari in un limbo, per alcuni etico ma sicuramente procedurale, senza linee guida precise da seguire. Nel frattempo, però, i pazienti aspettano, attendono in una vita che non vogliono, nel caso di Paolo in un'esistenza che, a causa di una malattia degenerativa invalidante, non riteneva degna. Ma non solo. Il tempo che passa, infatti, rischia di far perdere alla persona i requisiti necessari per poter accedere al suicidio medicalmente assistito, in particolare la capacità di intendere e volere. I «criteri» sono inseriti nella prima e storica sentenza del 2019, quella legata al caso di dj Fabo, e parlano anche di «patologia irreversibi-

le», «sofferenze intollerabili» e l'essere tenuto in vita da un «sostegno vitale».

Ricevuta la richiesta di Paolo, 40 anni, l'Asl ha messo in piedi una commissione interdisciplinare per valutare il caso, chiedendo nel frattempo alla Regione Piemonte di emanare delle «linee guida». La prima risposta è stata laconica: «Seguite le sentenze della Corte costituzionale. ma



utilizzate le cure palliative». Ad alzare le barricate, l'ex magistrato e ora presidente del Comitato etico regionale Antonio Rinaudo, che ha chiesto indicazioni più precise. D'altronde, era stato lo stesso governatore del Piemonte Alberto Cirio a mostrarsi «aperto» sul fine vita dopo la chiacchierata con la presidente di Fininvest Marina Berlusconi, che da tempo chiede a Forza Italia di puntare su «diritti» e «libertà».

Difficile, però, convincere una maggioranza di centrodestra a trazione Fratelli d'Italia. Così, si è scelta una via di mediazione. Prima l'Asl ha annunciato che Paolo aveva i «requisiti» per accedere al suicidio medicalmente assistito, sottolineando però come le sentenze non fossero chiare su chi dovesse occuparsene. A quel punto, gli uffici regionali hanno inviato una circolare di cinque pagine, che la giunta Cirio ha sottolineato

«non essere linee guida, né una regolamentazione», ma un documento «esplicativo delle sentenze». Sono gli unici atti sul fine vita ad oggi presenti in Italia, mentre la norma nazionale langue in Parlamento e la decisione della Corte sulla legge toscana viene interpretata in un modo e nel suo contrario.

La circolare piemontese è chiara: dopo la richiesta formale del paziente e la valutazione dei requisiti da parte di una commissione ad hoc, deve nascere una équipe «volontaria», formata da due medici, due infermieri ed eventualmente uno psicologo, che ha il compito di assistere «all'auto-somministrazione dei farmaci letali da parte del paziente», «nel luogo, giorno e ora concordati, avuta cura di verificare la persistenza della piena e consapevole volontà del richiedente di concludere la propria vita e l'assenza di indebiti condizionamenti». E così è an-

data. Paolo ha deciso di morire a casa sua, in presenza di professionisti di fiducia da lui scelti, «con il supporto tecnico-logistico» dell'Asl, che ha sottolineato: «L'Azienda non ha erogato una prestazione sanitaria in senso proprio, ma ha svolto attività di verifica, supporto tecnico e garanzia pubblica, al fine di rendere effettivo un diritto». È successo nei primi giorni di febbraio, dieci mesi dopo la richiesta di Paolo.

Ora rimane il giallo del farmaco. La Regione Piemonte, infatti, ha chiesto al ministero della Salute se il medicinale per il suicidio assistito sia da considerarsi una prestazione garantita, e quindi pagata dallo Stato, o meno. Se la risposta tarderà ad arrivare, saranno i familiari di Paolo a dover rimborsare con un ticket l'Azienda, per un costo medio di 5 mila euro tra il farmaco e gli strumenti utili all'auto-somministrazione.

La Lega, in un ticket con Avs, intende portare la discussione del fine vita nell'Aula di Consiglio. Ma la Regione Piemonte mette le mani avanti:

«Non riconosciamo nella nostra legislazione il suicidio assistito». E anzi, sottolinea come l'unica disciplina sia quella delle «cure palliative e della terapia del dolore, garantendo dignità ai pazienti inguaribili, garantendo assistenza domiciliare, ambulatoriale e in hospice», con l'aumento dei posti. Sul caso di Paolo, «la Commissione di valutazione e del Comitato etico hanno certificato che il caso del paziente rientrasse nelle fattispecie citate dalle sentenze e sono state applicate le procedure previste dalle sentenze». —

Affetto da una malattia degenerativa, l'uomo temeva di non essere più in grado di intendere

S La vicenda

1 La richiesta
Paolo si rivolge all'Asl nel maggio dello scorso anno. L'azienda avvia una commissione interdisciplinare per valutare il caso, chiedendo alla Regione di emanare delle «linee guida»



2 L'attesa e la svolta
Ancora un mese fa l'uomo non aveva ottenuto risposte. La giunta Cirio (in foto) ha inviato un documento - «nessuna regolamentazione» - perché Paolo ricevesse i farmaci necessari

3 Il giallo delle spese
Ora i familiari rischiano di dover rimborsare con un ticket l'Azienda, per un costo di circa 5 mila euro. La Regione ha chiesto al ministero della Salute se a pagare deve essere lo Stato

Raccolta firme

I volontari dell'associazione Coscioni consegnano le firme per la proposta di legge regionale sul fine vita



“Regione, più risorse al welfare per le cure di anziani e fragili”

Nel Lazio gli over 65 sono oltre un milione. Potenziati i centri per l'autismo, una strada verso il lavoro e over 65 assistiti a casa

Con oltre un milione di over 65, il doppio dei giovanissimi, il 26,9% della popolazione che soffre di una patologia cronica e circa 10.700 disabili gravissimi, oltre 4mila soltanto a Roma, nel Lazio dare risposte ad anziani e persone con disabilità non può che essere una priorità. Enormi le difficoltà per le famiglie dei fragili e non si contano quelli che, ottenendo prenotazioni per visite ed esami soltanto lontano dalla loro abitazione, sono costretti a rivolgersi ai privati, se possono pagare, o a rinunciare alla cura. La Regione punta così a offrire servizi il più possibile personalizzati e vicino casa, gestiti in maniera professionale e tagliando le lungaggini burocratiche.

«Bisogna spendere e spendere bene – dichiara l'assessore regionale all'Inclusione sociale e Servizi alla persona, Massimiliano Maselli – e uno dei problemi che sto affrontando riguarda proprio le difficoltà nelle capacità di spesa dei distretti socio-sanitari, realizzati con un Comune come capofila. Sto portando avanti una battaglia per managerializzare il welfare, passando dai distretti ai consorzi, in cui c'è un direttore, tutto si fa più velocemente ed è chiaro anche di chi è la responsabilità di quel che si fa. Sono a metà percorso».

Un manager dunque per il welfare. Passando poi ai progetti concreti realizzati, la Regione, con il Municipio VI, sta sperimentando

il progetto Anchise, finalizzato a una reale integrazione socio-sanitaria, finalizzato a gestire gli anziani a casa, senza che vadano a intasare il pronto soccorso, il piano per l'autismo, che nella presa in carico dei disabili mette insieme tutti i diversi operatori, evitando che quando le fragilità sono principalmente di carattere sociale si cronizzino e diventino anche sanitarie, e il progetto Tobia, che prevede la costituzione negli ospedali di équipe multifunzionali in grado di saper accogliere e assistere i pazienti con disabilità. «Ancora oggi – sostiene Maselli, esponente di FdI – la sanità e il sociale spesso si muovono a compartimenti stagni e non va bene». Sempre per gli autistici è stato siglato con la grande distribuzione il protocollo per la calma sensoriale, un giorno a settimana in cui nei centri commerciali vengono abbassate le luci e diminuito il volume degli annunci. Un'iniziativa nata dopo che la mamma di un ragazzo con autismo ha confessato all'assessore che per le famiglie era impossibile anche recarsi al supermercato per fare la spesa. La Regione ha poi vinto, con i centri polivalenti per l'autismo, gli oscar della pubblica amministrazione. Nei centri, prorogata la sperimentazione e programmata la realizzazione di altri sei strutture, si fa formazione, ci sono laboratori, gli utenti vengono assistiti e, sfruttando le loro capacità, viene data loro la

possibilità di inserirsi nel mondo del lavoro.

Molto resta da fare per rendere il Lazio a misura di fragili. In giunta intanto è stata approvata la figura del direttore socio-sanitario, un quarto manager da inserire nelle aziende sanitarie, che consentirà di integrare meglio la sfera sociale con quella sanitaria, come hanno già fatto in Emilia e in Toscana, ed è stata messa a punto la proposta di legge sui nuovi requisiti per le strutture socio-assistenziali, che prevede una maggiore qualità del servizio e controlli, con un nucleo di ispettori e la videosorveglianza, per evitare agli anziani cose terribili come quelle che troppo spesso riempiono le cronache e vedono ospiti di varie strutture vittime

di violenze. Sulle liste d'attesa proprio per gli anziani resta però difficile fare esami e visite lontano da casa, anche se gli ambiti territoriali sono stati ristretti. «Confidiamo nello sviluppo delle strutture territoriali – afferma Maselli – la partita si gioca lì, tra case della salute e ospedali di comunità». E un'accelerazione è stata impressa anche alle visite per il riconoscimento dell'invalidità e per il relativo assegno: la sperimentazione è partita da Frosinone, con una procedura utile alla realizzazione del cosiddetto progetto di vita, che ha come principale obiettivo l'assistenza degli invalidi il più possibile nelle loro case. — **CLE.PIS.**

L'assessore Maselli
“L'obiettivo è garantire
assistenza personalizzata
e a domicilio”



Dir. Resp.: Luciano Fontana

SANITÀ

Telemedicina nelle farmacie: 23mila controlli in soli 4 mesi

Grande successo per il progetto della Regione sulla telemedicina: sono state quasi 23 mila le prestazioni erogate dalle farmacie tra ottobre scorso e gennaio.

a pagina 6 **Salvatori**

Boom della Telemedicina In farmacia visite e controlli Il progetto della Regione: 23mila prestazioni in 4 mesi

La sperimentazione della telemedicina nelle farmacie sta riscuotendo un grande successo. In questi primi mesi (il progetto è partito a ottobre) sono state infatti quasi 23mila — per la precisione 22.668, secondo i dati raccolti dalla Regione, a fronte delle circa 8.500 di due anni fa — le persone che hanno deciso di rivolgersi al presidio più vicino a casa e al farmacista di fiducia per effettuare alcuni esami. Andando così per altro a decongestionare le liste d'attesa di ambulatori e ospedali, oltre che a potenziare i servizi sul territorio, specie in quelle realtà in cui sono notoriamente carenti.

Il più richiesto, nelle 754 farmacie che hanno aderito nel Lazio al protocollo sotto-

scritto con Federfarma Lazio e Assofarm (366 quelle a Roma città), è l'elettrocardiogramma: oltre 7mila quelli effettuati nelle tre Asl della Capitale (Roma 1, Roma 2 e Roma 3) in meno di quattro mesi. Ma i residenti si sono affidati al farmacista anche per eseguire l'holter cardiaco, che registra l'attività del cuore per uno o più giorni, e quello pressorio, per monitorare eventuali sbalzi di pressione nell'arco delle 24 ore: oltre 2.900 assistiti si sono sottoposti al primo esame, quasi 1.800 al secondo. Tante anche le richieste di prestazioni ed esami arrivate da Latina (sono state 1.884, di cui quasi 1.300 per l'ecg) e da Frosinone (1.861 in totale, oltre mille elettrocardiogrammi). Altre 963 da Vi-

terbo e 550 da Rieti.

La rivoluzione adottata dal governo Rocca, partita a ottobre e osteggiata dalla sanità privata che era anche ricorsa al Tar del Lazio, che però ha respinto le istanze presentate dichiarando «legittime e valide», si pone l'obiettivo di andare a colmare con le prestazioni di telemedicina, i vuoti presenti nelle aree più decentrate e più remote della regione, offrendo ai cittadini più fragili una maggiore accessibilità nel processo di diagnosi e cura. Per accedere alla prestazione basta presentare la ricetta del medico di medicina generale o dello specialista che l'hanno richiesta, e a cui poi i referti verranno inviati per la refertazione.

Che la telemedicina sia or-

mai una realtà che sta prendendo piede nel Lazio, superando le aspettative e persino gli obiettivi fissati dal Pnrr, lo dimostrano anche i numeri delle prestazioni erogate, tra televisite, teleconsulti, telemonitoraggi e teleassistenza: tra le branche cliniche più utilizzate con la telemedicina ci sono infatti la diabetologia, l'endocrinologia, la cardiologia, la neurologia, le malattie infettive, l'ematologia, l'immunologia, la senologia e la geriatria, a cui si aggiungono il rinnovo dei piani terapeutici. E non solo, sono stati 7.367 i pazienti (il 72,2% delle richieste di teleconsulto) che hanno evitato il trasferimento nel pronto soccorso.

Clarida Salvatori

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I numeri

In 366 farmacie di Roma sono stati fatti ai cittadini oltre 7mila elettrocardiogrammi



Prevenzione Una farmacista misura la pressione a una ragazza (Stefanelli/LaPresse)



Dir. Resp.: Luciano Fontana

Napoli Il parere del Bambino Gesù Il bimbo, il dramma «Non si può più fargli un trapianto»

di Enzo d'Errico e Dario Sautto

«Non è più possibile fargli un trapianto»: il parere negativo del Bambino Gesù per il bimbo di due anni a cui era stato impiantato un cuore lesionato.

alle pagine 22 e 23

«Il bimbo non è più trapiantabile» Ma l'ospedale di Napoli: resta in lista

Il parere negativo del Bambino Gesù. Il legale della famiglia: il medico che opererà è indagato

di **Dario Sautto**

NAPOLI Due pareri medici contrastanti, ma il bambino al quale lo scorso 23 dicembre è stato trapiantato un cuore lesionato resta in lista per un nuovo organo. A fare chiarezza, con una nota, è stata la Direzione Sanitaria dell'Azienda Ospedaliera dei Colli di Napoli, che ha confermato la decisione di mantenere il piccolo Francesco (nome di fantasia), due anni, in lista di trapianto come «deciso dal medico responsabile al termine del confronto con l'Heart Team e a meno di eventuali peggioramenti». Tutto ciò, nonostante la «second opinion» dell'ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma — arrivata già una settimana fa ma comunicata dal nosocomio partenopeo ieri — non sia positiva. «Per loro non è più trapiantabile — ha confermato l'avvocato Francesco Petruzzi, che assiste la famiglia del piccolo — ma al Monaldi pare che si siano opposti con fermezza. L'opposizione proveniva dal medico che lo ha operato, che dovrebbe essere indagato, il quale sostiene che sia ancora trapiantabile e sarà lui stesso a rioperarlo, even-

tualmente supportato da un'équipe del Bambino Gesù. È una vicenda molto strana, secondo noi non deve essere lui a operare e c'è qualcosa da chiarire». Come confermato dal ministero della Salute, il bimbo resta in cima alla lista dei trapiantandi per il suo gruppo sanguigno.

Ieri mattina, il legale ha presentato un'integrazione di querela ai carabinieri e ha annunciato una eventuale nuova denuncia contro il chirurgo per esercizio abusivo della professione medica, qualora dovesse operare nel caso in cui arrivi un nuovo cuore. Nel frattempo, Petruzzi ha chiesto «l'incidente probatorio sulla cartella clinica, e gli altri documenti, come il parere del Bambino Gesù, con la nomina di un collegio». Un vero e proprio scontro, in un momento in cui le condizioni del piccolo paziente restano stabili in un quadro di grave criticità, come ha ribadito la Direzione Generale dell'azienda ospedaliera.

Ogni giorno e così ieri, dal 23 dicembre scorso, Patrizia Mercolino, madre del piccolo ricoverato in coma farmacolo-

gico, si è recata nel reparto di Terapia intensiva dell'ospedale napoletano. «È un guerriero — ha detto —. E come lui, io non mollo. Deve arrivare un nuovo cuore per farlo tornare a casa». Lì poi è stata raggiunta dall'arcivescovo di Napoli, il cardinale Domenico Battaglia, che si è trattenuto con lei. Una visita privata, con la quale il porporato ha voluto esprimere la sua vicinanza alla famiglia, intrattenendosi in preghiera dinanzi al reparto.

Nel frattempo proseguono le indagini, coordinate dalla Procura di Napoli (procuratore Nicola Gratteri, aggiunto Antonio Ricci, sostituto Giuseppe Tittaferante) e delegate ai carabinieri del Nas di Napoli, guidati dal colonnello Alessandro Cisternino. Sei membri dell'équipe di Trapiantologia del Monaldi sono iscritti nel registro degli indagati per lesioni colpose gra-



vissime, nell'ambito di un'inchiesta che ha visto già il sequestro di cartelle cliniche, atti e documentazione, insieme al contenitore frigo utilizzato per il trasporto dell'organo — poi «bruciato» dal ghiaccio secco — dall'ospedale San Maurizio di Bolzano a Napoli. A inizio settimana, potrebbe arrivare la nomina dei primi consulenti da parte della Procura. Al vaglio degli inquirenti è finito, soprattutto, il trasporto del cuoricino, dunque un pool di esperti dovrà valutare se siano state seguite le linee guida del Centro

Nazionale Trapianti oppure se ci siano stati degli errori e, dunque, delle eventuali responsabilità colpose nella gestione di tutte le operazioni, a partire dall'espianto a Bolzano, fino all'impianto avvenuto al Monaldi.

«Faremo chiarezza» ha assicurato ieri il ministro della Salute Orazio Schillaci. Dal canto suo, il governatore della Regione Campania Roberto Fico, che ha trattenuto la delega alla Sanità, ha già inviato gli ispettori, al lavoro da venerdì (quelli ministeriali dovrebbero arrivare domani):

«Ho scritto ufficialmente alla Direzione generale Salute che ha attivato subito tutto quello che era nelle proprie possibilità, quindi aspetto le risultanze di tutto quello che troveranno, recupereranno, chiederanno al Monaldi».

La vicenda

Il cuore arrivato da Bolzano

✓ A dicembre un bimbo di 2 anni e 3 mesi, affetto da una grave cardiomiopatia, era pronto a ricevere a Napoli un nuovo cuoricino. L'organo destinato al trapianto era quello di un bimbo di 4 anni morto in Alto Adige, dove è stato effettuato l'espianto

I danni del ghiaccio secco

✓ L'organo è arrivato all'ospedale Monaldi. Dove però si è scoperto che il cuore era stato «bruciato» dal ghiaccio secco usato nel trasporto. Gli è stato impiantato lo stesso ma non ha funzionato: il bimbo è ora collegato a un macchinario per l'ossigenazione

L'inchiesta e i sei indagati

✓ La Procura ha avviato un'inchiesta e sono indagate sei persone tra medici e paramedici. Si ipotizza il reato di lesioni colpose. Sotto esame la documentazione clinica e diagnostica per verificare il rispetto dei protocolli di conservazione dell'organo

Il nuovo intervento e le ispezioni

✓ In attesa di reperire un nuovo cuore compatibile per il bambino, negli ultimi giorni il ministero della Salute ha disposto l'invio di ispettori all'ospedale di Bolzano e, assieme alla Regione Campania, all'ospedale Monaldi

53

Giorni

È il tempo trascorso in ospedale dal bimbo di due anni dal giorno dell'operazione, lo scorso 23 dicembre. Da quel giorno è tenuto in vita con l'Ecmo

La madre

«Mio figlio è un guerriero. Aspettiamo un nuovo cuore per farlo tornare a casa»



Il filmato

In un frame di un video pubblicato nei mesi scorsi sui social e, in particolare su Tik Tok, la madre Patrizia Mercolino abbraccia il piccolo di due anni



Servizio Il parere del Bambino Gesù

Il bimbo con il cuore bruciato «non è più trapiantabile», ma il medico vuole rioperarlo. La mamma: «Non mollo»

Era già stato inserito al primo posto nella lista d'attesa per il suo gruppo sanguigno il bambino di Napoli cui è stato impiantato un cuore risultato poi danneggiato

14 febbraio 2026



<https://www.ilsole24ore.com/art/bimbo-il-cuore-bruciato-non-e-piu-trapiantabile-ma-medico-che-ha-cura-vuole-operarlo-ancora-AI769TOB>

Arrivato il parere dell'ospedale Bambino Gesù di Roma, richiesto dalla famiglia del bambino trapiantato con il "cuore bruciato". "Secondo l'ospedale Bambino Gesù" il bambino ricoverato al Monaldi di Napoli "non è più trapiantabile". Lo ha dichiarato il legale della famiglia, Francesco Petruzzi, in collegamento con trasmissione televisiva "Mi manda Raitre".

Un parere contro il quale "al Monaldi pare si siano opposti con fermezza": "L'opposizione veniva dal medico che l'ha operato il quale sostiene che è ancora trapiantabile e per il momento rimane in lista trapianti. Sarà lo stesso medico, che presumo sia indagato, a rioperarlo. Quindi io stamattina mi devo recare dalla polizia giudiziaria per una integrazione di querela. C'è una vicenda moto strana", ha aggiunto il legale. "Ovviamente mi auguro che il Bambino Gesù si sbagli e che il parere del Monaldi sia quello corretto. Però ci sono altre vicende che si vanno intrecciando - ha aggiunto l'avvocato -. Loro hanno deciso, ce l'hanno comunicato formalmente: sarà lui a rioperarlo. Eventualmente supportato da una equipe del Bambino Gesù".

La conferma del Monaldi: il bimbo è trapiantabile

STAMPA LOCALE SUD E ISOLE

“Il bambino è trapiantabile perché è in lista, secondo il parere del team che si sta occupando della cosa. Non è mai uscito da questa lista, se non brevemente in passato. Le condizioni sono molto gravi ma stabili”. Così l'ospedale Monaldi di Napoli fa il punto della situazione del piccolo paziente cui è stato trapiantato un cuore “bruciato” e che ora attende un nuovo organo. “Non entro nella questione medica, ma c'è la vicinanza di tutta la Giunta e della Regione Campania alla famiglia e al piccolo di questa vicenda dolorosissima e terribile”, ha detto Roberto Fico, presidente della Regione Campania. “Come sapete - ha detto Fico - io ho attivato il massimo livello dei poteri ispettivi e istruttori che competono alla Regione Campania, ho scritto ufficialmente alla Direzione Generale Salute che ha attivato immediatamente tutto quello che c'era nelle proprie possibilità e quindi aspetto le risultanze di tutto quello che recupereranno chiedendolo al Monaldi”.

La mamma: «Lui è un guerriero e io non mollo»

“E' un guerriero. E come lui, io non mollo. Deve arrivare un nuovo cuore per farlo tornare a casa”. Lo dice all'ingresso dell'ospedale Monaldi Patrizia Mercolino, la madre del bimbo in gravi condizioni dopo aver ricevuto due mesi fa il trapianto di un cuore danneggiato. Patrizia ha ricevuto all'interno dell'ospedale, lontano da cronisti e telecamere, la visita di solidarietà del cardinale Domenico Battaglia. Con lei l'avvocato della famiglia, Francesco Petruzzi: “Nel caso di un nuovo trapianto - ha detto - non dovrebbe eseguirlo lo stesso medico del primo intervento, che immaginiamo sia, come atto dovuto, tra i sanitari indagati”.

Il bimbo di due anni che sopravvive attaccato a un macchinario

Era già stato inserito al primo posto nella lista d'attesa per il suo gruppo sanguigno il bambino di Napoli cui è stato impiantato un cuore risultato poi danneggiato. La notizia era stata comunicata nei giorni scorsi dal ministero della Salute alla mamma, Patrizia. Il piccolo di 2 anni e 4 mesi, ricoverato in terapia intensiva all'ospedale Monaldi di Napoli, è in condizioni gravi ma stazionarie. Dallo scorso 23 dicembre sopravvive solo grazie a un macchinario, l'ECMO, a cui è stato collegato subito dopo il trapianto di un cuore compatibile prelevato a Bolzano ma fallito perché l'organo, giunto a Napoli via aereo, era danneggiato.

La sua vicenda, che sta tenendo con il fiato sospeso l'Italia intera, ha spinto il ministero della Salute, con il ministro Orazio Schillaci, a inviare i suoi ispettori all'ospedale di Bolzano, dove è stato espantato l'organo, e nell'ospedale Monaldi di Napoli, dove invece il cuore è stato impiantato nel piccolo, affetto, da quando aveva appena 4 mesi, da una grave cardiopatia dilatativa. Dopo la denuncia presentata dalla famiglia ai carabinieri lo scorso 11 gennaio, in cui si è fatto chiaro riferimento ai danni a cui il bimbo sarebbe esposto se collegato per lungo tempo a quel dispositivo, è scattata l'indagine della Procura di Napoli: nei giorni scorsi gli inquirenti hanno iscritto nel registro degli indagati, per lesioni colpose, sei sanitari dell'ospedale partenopeo, componenti dell'equipe che si è recata a Bolzano per l'espanto dell'organo e quella che a Napoli ha invece effettuato il trapianto.

Il danneggiamento del cuore nel trasporto: colpa del ghiaccio secco

Secondo quanto ha appreso l'avvocato Francesco Petruzzi, legale della famiglia del bimbo, il danneggiamento del cuore potrebbe essere riconducibile alle modalità adottate per il trasferimento dell'organo a Napoli. Il Nas di Napoli ha acquisito tutta la documentazione clinica del bimbo, e anche sequestrato il box adoperato per trasferire l'organo, ora destinato a essere sottoposto a una perizia: il contenitore in questione, infatti, è un vero e proprio sistema di conservazione e trasporto progettato per mantenere le temperature entro un certo range, in stato di ipotermia.

Sempre secondo quanto ha appreso l'avvocato, al posto del ghiaccio tradizionale come refrigerante sarebbe stato invece usato del ghiaccio secco (che raggiunge anche i -75 gradi) determinando così il congelamento e il danneggiamento del cuore da trapiantare. Sono tutti aspetti sui quali si stanno concentrando il sostituto procuratore Giuseppe Tittaferante e procuratore aggiunto Antonio Ricci, i quali, con il Nas (sia di Napoli, sia di Trento, competente su Bolzano) ipotizzano il reato di lesioni colpose.

LA STORIA

Il cuore di Tommy
e il bivio dei medici

TITTIMARRONE

Ogni giorno serve un miracolo», dice Patrizia, madre del piccolo in coma farmacologico al Monaldi di Napoli che in petto porta un cuore bruciato. Lei aspetta quel miracolo dal 23

dicembre scorso, da quando al suo figlio di due anni e tre mesi affetto da cardiomiopatia dilatativa è stato impiantato un organo nuovo però risultato danneggiato. Incapace di pompare sangue, forse per via di una fuoriuscita di ghiaccio secco che lo avrebbe privato dell'ossigenazione. Essiccato, come bruciato. Cinquantatré giorni di attesa, dal 23 dicembre, sono un tempo tremendamente lungo, però la madre ha saputo scandirlo con i rintoc-

chi della speranza e ancora lo fa, mentre il bimbo resta attaccato al macchinario Ecmo. - PAGINA 25

GALLETTA - PAGINA 15



La speranza per Tommaso

Il ministero: "Cerchiamo un nuovo cuore, lui è il primo della lista"
Il legale dei genitori: "Serve il parere dell'ospedale Bambino Gesù"

MANUELA GALLETTA
NAPOLI

Tommaso è primo della lista trapianti in Italia, in base al suo gruppo sanguigno. E anche gli altri stati in Europa ed extra Ue sono stati "avvisati" di informare la Rete donazioni italiana qualora fosse disponibile un organo compatibile.

Dopo la bufera scoppiata per il cuore da trapiantare risultato danneggiato per un errore in fase di espanto, anche il ministero della Salute guidato da Orazio Schillaci si è mobilitato. E lo ha fatto disponendo anche un'ispezione negli ospedali Monaldi di Napoli e San Maurizio di Bolzano dove il 23 dicembre si è snodata questa incredibile e dolorosa storia che

oggi conta sei medici del Monaldi indagati per lesioni colpose gravi e vede un bambino di due anni e quattro mesi lottare tra la vita e la morte.

Anche il presidente della Regione Campania Roberto Fico ha inviato gli ispettori al Monaldi, perché «occorre fare totale e assoluta chiarezza su ciò che è successo (...) Con massima trasparenza e determinazione». Proprio per stabilire cosa è accaduto e soprattutto chi ha commesso l'errore che ha compromesso il cuore da trapiantare, la Procura della Repubblica di Napoli ha disposto il sequestro - eseguito ieri mattina dai carabinieri del Nas di Napoli - della box utilizzata per trasportare l'organo espantato: il contenitore sarà sottoposto a perizia, con consulenti tecnici nominati dagli inquirenti per accertare eventuali anomalie nel funzionamento o nell'utiliz-

zo. Un passaggio fondamentale per sgomberare il campo da ogni dubbio.

Contemporaneamente gli investigatori stanno ricostruendo le procedure di espanto per individuare il momento dell'errore: sembra certo che il cuore espantato a Bolzano sia stato inserito in una box contenente ghiaccio a secco (anziché normale), con la conseguenza che le temperature eccessivamente basse hanno congelato il cuore durante il trasporto da Bolzano al Monaldi. Del danno ci si è accorti



solo in sala operatoria, quando la box è stata aperta, ma a quel punto era troppo tardi: Tommaso, come da prassi, era già stato preparato a ricevere il cuore, il suo organo era stato già esportato e quel punto i chirurghi si sono trovati dinanzi a una scelta obbligata. Hanno impiantato il cuore congelato nella speranza che potesse ripartire. Ma il cuore non è ripartito e Tommaso è finito in Terapia intensiva, in coma farmacologico e attaccato all'Ecmo che, in caso di riuscita dell'intervento, sarebbe stato staccato poco dopo. Ed è proprio l'Ecmo che oggi lo tiene in vita, ossigenando il sangue e ventilando i suoi polmoni. Un supporto che però non può reggere per molto. L'utilizzo prolungato dell'Ecmo

provoca danni ad alcuni organi vitali. Ecco perché la necessità di trovare un cuore compatibile è impellente. Se Tommaso dovesse peggiorare, potrebbe risultare non più idoneo a ricevere il cuore. È una possibilità che sta logorando mamma Patrizia. «Voglio solo che arrivi un cuore per mio figlio. Il resto non mi interessa, del resto se ne parla dopo. Voglio solo un cuore. La mia priorità è che mio figlio si salvi», ripete tra le lacrime la donna, che trascorre interminabili ore all'esterno della stanza di Tommaso.

La donna spera in un miracolo che rimedierebbe all'incubo in cui è sprofondata il 23 dicembre, quando il suo piccolo Tommaso è entrato in sala operatoria per riceve-

re un cuore nuovo che avrebbe dovuto consentirgli una vita migliore. Tommaso era affetto da cardiomiopatia dilatativa, all'età di quattro mesi è stato messo in lista d'attesa. La famiglia del piccolo Tommaso, intanto, non si fida più del Monaldi e vorrebbe che altri medici si inserissero nell'esame della storia: «Abbiamo chiesto alla direzione sanitaria dell'ospedale Monaldi di chiedere all'ospedale pediatrico Bambino Gesù un parere sulla trapiantabilità, visto che, dopo quello che è successo, si è andato a incrinare il rapporto di fiducia con la struttura ospedaliera partenopea, una scelta che il nostro medico condivide», ha detto l'avvocato Francesco Petruzzi,

legale della famiglia del bimbo. «Un parere positivo - ha aggiunto - consentirà alla madre e a tutti di tirare un sospiro di sollievo». —

Disposto il sequestro della box, il contenitore usato per il trasporto da Bolzano a Napoli

S Le tappe della vicenda

1

L'intervento

Il 23 dicembre Tommaso viene sottoposto a un trapianto di cuore all'ospedale Monaldi di Napoli. L'espianto dal donatore era avvenuto a Bolzano, da dove il cuore era stato trasportato nella struttura napoletana

2

La conservazione

Il trasporto da Bolzano a Napoli è gestito dagli specialisti del Monaldi, ma l'organo viene conservato male e arriva a Napoli in cattive condizioni. Il bambino è già stato sottoposto a espianto e il trapianto avviene comunque

3

L'inchiesta

La procura iscrive nel registro degli indagati sei medici dell'ospedale napoletano. Il reato contestato è concorso in lesioni gravi: il cuore sarebbe stato conservato a temperatura troppo bassa con ghiaccio secco



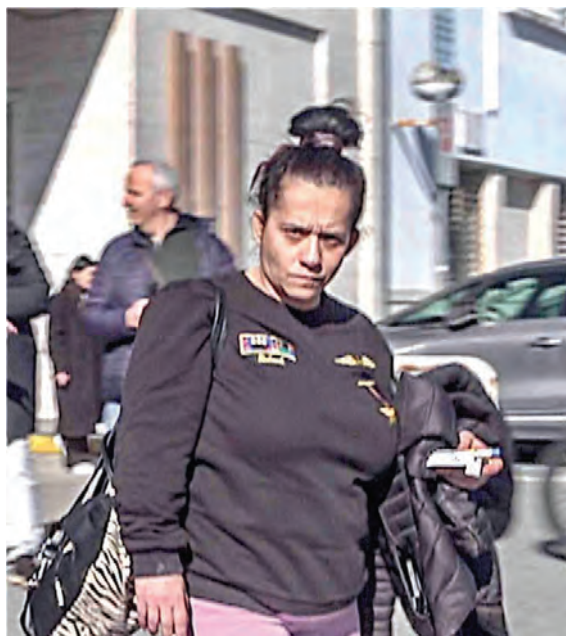
L'angoscia

Il legale della madre di Tommaso (nella foto) ha chiesto un parere sul caso all'Ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma

Patrizia

madre di Tommaso

Voglio solo che arrivi un cuore per mio figlio e che si salvi, il resto non mi interessa, del resto se ne parla dopo



Pace Napoleone Direttore di Cardiocirurgia: "Fondamentale l'integrità neurologica"

"Anche io avrei fatto come quei medici Irischi di oggi? Danni agli altri organi"

L'INTERVISTA NAPOLI

«bambini hanno capacità di recupero che possono essere impensabili. Mi auguro per il piccolo, per la sua mamma ma anche per i miei colleghi che questa storia abbia un lieto fine» anche se la situazione «è delicata». Carlo Pace Napoleone, direttore della Cardiocirurgia pediatrica dell'ospedale Regina Margherita di Torino, affronta il caso del piccolo Tommaso senza entrare nel merito «perché non conosco il quadro clinico del piccolo».

Per quanto tempo un bambino, in linea generale, può restare in vita grazie all'Ecmo in attesa del trapianto?

«Dopo due, massimo tre settimane iniziano a comparire effetti collaterali importanti. A quel punto i danni che pos-

sono insorgere negli organi cominciano a superare i benefici legati al supporto meccanico, che di fatto tiene in vita il paziente».

Di quali danni si tratta?

«Si può osservare un progressivo decadimento di fegato, reni e polmoni. C'è poi un altro aspetto fondamentale: durante l'Ecmo il sangue deve essere mantenuto non coagulabile. Questo comporta il rischio di sanguinamenti. Possono quindi verificarsi eventi acuti: emorragie cerebrali, fenomeni embolici, formazione di trombi. Sono complicanze note e temute quando il supporto si prolunga».

Questi danni possono impedire un nuovo trapianto?

«Non conoscendo le condizioni cliniche attuali del paziente, posso solo parlare in astratto. La condizione fondamentale è l'integrità neurologica: è essenziale che non si siano verificati eventi embolici o emorragici cerebrali».

Il cuore destinato a Tommaso è stato danneggiato dall'uso del ghiaccio secco. In base alla procedura, chi confeziona la box con ghiaccio?

«L'équipe parte dall'ospedale del ricevente portando con sé la box per il trasporto e provvede alla sua preparazione, inserendo ghiaccio normale e soluzione cardioplegica per proteggere il cuore. Se fin dall'inizio fosse stato utilizzato ghiaccio secco, si sarebbe congelata anche la soluzione contenuta nelle sacche, e l'anomalia sarebbe stata evidente all'apertura del contenitore avvenuta in questo caso a Bolzano. È quindi più plausibile che si sia partiti con ghiaccio tradizionale, che durante il viaggio il ghiaccio si sia parzialmente sciolto e che, eventualmente, all'arrivo sia stato chiesto un rabbocco che viene eseguito sempre dall'équipe».

Non sarebbe stato possibile reimpiantare il cuore "vecchio" quando ci si è resi con-

to che quello da trapiantare era danneggiato?

«Il cuore rimosso era terminale e non avrebbe avuto possibilità di recupero. Quello nuovo, pur danneggiato dal freddo, restava un organo normale di cui non si poteva conoscere il grado di compromissione senza tentare la riperfusion. In una situazione del genere, impiantarlo e verificarne la ripartenza è una scelta tecnicamente comprensibile e corretta. Anche io, a quel punto, avrei fatto la stessa scelta». M.GAL. —



“

Carlo Pace Napoleone
Ospedale Regina Margherita Torino

Dopo due o tre settimane attaccati alle macchine iniziano a comparire effetti collaterali importanti



PUGLIA

SCANDALO ALLA ASL

«Prenotopoli» a Taranto Sotto la lente dei Nas un milione di pratiche

Le indagini sulle visite cancellate e riassegnate
Interviene Schillaci. I blitz notturni nei server

Le liste d'attesa
manomesse. E nella
regione di Decaro
400mila malati
non si curano per
i tempi troppo lunghi

Maria Sorbi

■ I Nas hanno acquisito i documenti e le copie forensi dei file del Cup di Taranto. E nelle prossime ore cercheranno di scovare la «manina» interna alla Asl che ha spostato gli appuntamenti dei pazienti. Fondamentale è capire se si tratta di qualche caso isolato o di un sistema organizzato. Il sospetto è che esista una vera e propria «prenotopoli». Non tanto per correggere i numeri delle liste d'attesa, come avviene in altre regioni, ma principalmente per liberare le date delle visite e riassegnarle a amici e parenti. Da capire se dietro al truccetto ci sia un vero sistema clientelare e se i dipendenti abbiano ricevuto soldi in cambio del favore.

Sotto analisi ci sono un milione di operazioni, tra cancellazioni e nuove prenotazioni. E, anche se

gli operatori su cui si concentrano le verifiche sono «solo» cinque, i sospetti adombrano l'operato di una cinquantina di impiegati. Tra loro c'è chi di notte, all'alba (e dal computer di casa) è entrato nel sistema del Cup e ha provveduto a disdire e riassegnare le visite creando corsie preferenziali e declassando la priorità sanitaria di chissà quanti cittadini. Sul caso l'attenzione è massima e anche il ministro della Salute Orazio Schillaci ha chiesto di avere informazioni. Anche perché in Puglia sono 400mila le persone (il 10% della popolazione) che hanno rinunciato a curarsi per i tempi di attesa troppo lunghi. Sapere che dietro alle liste impossibili c'è l'inganno sarebbe un'offesa enorme.

In Procura non è ancora stato aperto un fascicolo ma sono già stati presentati gli atti. Al momen-

to il caso è nelle mani di Nas e del Nucleo investigativo mandato dalla Regione. Inoltre l'Asl ha aperto un'inchiesta interna.

L'anomalia è emersa nel pieno delle operazioni per l'abbattimento delle liste d'attesa voluta dalla Regione Puglia di Decaro e per cui sono stati investiti 15 milioni.

A destare i sospetti sono stati gli orari in cui sono avvenuti i cambi di nominativo degli appuntamenti



il Giornale

ti. Se gli operatori si fossero limitati a modificare le liste d'attesa durante i turni di lavoro diurni forse non avrebbero destato particolari sospetti: è infatti consentito, a certi funzionari, accedere al sistema e cancellare o spostare la visita se un paziente lo richiede. Ma della manomissione notturna delle agende nessuno sapeva nulla: né i pazienti (che magari aspettavano quella visita da mesi), né i dirigenti. «Già nel marzo 2024 - dichiara Giovanni Maldarizzi, segretario generale Uil Fpl Taranto - avevamo segnalato che alcuni dipen-

denti del Cup erano stati promossi a ruoli di coordinamento senza possedere i titoli e i requisiti necessari. Oggi i nodi vengono al pettine. Le anomalie che emergono sono il frutto di una gestione inadeguata, affidata a chi non poteva e non doveva ricoprire determinati incarichi». Secondo il sindacato, i blitz nel sistema informatico del Cup rappresentano la conseguenza di scelte organizzative che, negli ultimi anni, non avrebbero garantito criteri di trasparenza, meritocrazia e correttezza amministrativa. E ovviamente, a farne le spese, è sempre il cittadino.

Il consigliere regionale di Fratel-

li d'Italia Giampaolo Vietri chiede un'audizione urgente dell'assessore alla Sanità pugliese Donato Pentassuglia che tuttavia al momento non parla. «Questa storia ci indigna - sostiene Vietri - e ci suscita molte domande: come mai la Asl di Taranto ha sentito la necessità di una commissione ispettiva interna? Erano giunte voci ai vertici della stessa Azienda sanitaria? Dietro a queste possibili pratiche illegali, al vaglio ora della magistratura, ci sarebbero interessi economici o, peggio, favori elettorali ad appannaggio di politici cittadini o regionali?».

CORRIDOI AFFOLLATI
Le difficoltà dell'accesso alle cure spaziano dai tempi di attesa lunghissimi per prenotare esami e visite fino al sovraffollamento delle strutture

10%

La percentuale delle persone che non riescono a ottenere una visita con il sistema pubblico

