

23 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

EU FEDERALE
VALLEVERDE

la Repubblica



VALLEVERDE

Fondatore
EUGENIO SCALFARIDirettore
MARIO ORFEO
Rspettacoli
Pezzali: a Sanremo
è meglio da ospite
di ANDREA SILENZI
a pagina 30

Rsport
Milan e Napoli ko
arbitri nella bufera
di AZZI, GAMBA e SERENI
alle pagine 36 e 37

 Lunedì
23 febbraio 2026
Anno 33 - N° 8
Oggi con
Affari&Finanza
in Italia €1,90
L'Europa verso lo stop
all'intesa sui dazi Usa
 In bilico l'accordo di agosto. "Condizioni mutate, serve chiarezza"
Sul bazooka nuovo duello Roma-Parigi. Trump crolla nei sondaggi


L'ANNIVERSARIO

 Guerra in Ucraina
così in quattro anni
è cambiata l'Ue

di PAOLO GENTILONI

Quattro anni di guerra in Ucraina hanno cambiato la storia europea. La resistenza all'invasione, per molti imprevedibile, ha messo a nudo la fragilità del progetto neo-imperiale di Putin: una "tigre di carta", si sarebbe detto in altri tempi. Il dispiegarsi di quel progetto di espansione ha cambiato anche l'Europa, provocando un risveglio forse altrettanto imprevedibile. Ma intanto l'attacco non si ferma, aumentano le vittime civili, la rete elettrica è diventata un campo di battaglia per lasciare gli ucraini al buio e al gelo. Comincia il quinto anno, e di questa guerra non si vede la fine. Mai più cambiare i confini europei con la forza: è stata proprio questa certezza, maturata sulle macerie delle guerre del Novecento, che i carri armati russi hanno calpestato all'alba del 24 febbraio 2022.

 continua a pagina 12
servizio di BRERA alle pagine 14 e 15


MAPPE

 Se la politica
non affila le armi
contro i corrotti

di ILVO DIAMANTI

La corruzione in Italia, secondo i cittadini, continua a essere un problema serio. Anzi, «tra i più seri» del Paese. Lo pensa una larga maggioranza delle persone intervistate nel sondaggio condotto da LaPolis (Università di Urbino, con Avviso Pubblico): il 57%. Si tratta di un dato in lieve calo rispetto a quello rilevato un anno fa. Ma sempre ampio.

a pagina 21

L'Unione europea chiede chiarezza sui dazi ed è pronta a congelare l'intesa con gli Stati Uniti. «La situazione attuale non favorisce la realizzazione di scambi commerciali e investimenti transatlantici "equi, equilibrati e reciprocamente vantaggiosi", come concordato da entrambe le parti», dichiara la Commissione. «L'Ue si aspetta che gli Usa onorino gli impegni». Donald Trump insiste sulle tariffe e i sondaggi lo puniscono: per il Washington Post il 60% degli americani disapprova la sua presidenza. L'Italia ancora in attrito con la Francia: stavolta sull'uso del bazooka europeo.

 di CIRIACO, COLOMBO, RICCIARDI,
TITO e VITALE alle pagine 6, 7, 8 e 9


IL CASO

di PAOLO MASTROLILLI

 Giovane armato
a Mar-a-Lago
ucciso dagli 007

 Austin
Tucker Martin
ha cercato di
introdursi nella
villa di Trump

a pagina 19

Domenico, la famiglia accusa
"Cartella clinica incompleta"
 Migranti, quei corpi
restituiti dalle onde
sulla costa degli dei

di ALESSIA CANDITO

a pagina 23

«La cartella clinica di Domenico è incompleta». L'accusa arriva dall'avvocato della famiglia del bambino morto al Monaldi di Napoli dopo che gli è stato trapiantato un cuore danneggiato. Secondo il legale «non è indicato il momento esatto dell'espianto» e ci sono lacune negli orari. I carabinieri del Nas all'ospedale.

 di BOCCI, DEL PORTO e DI COSTANZO
alle pagine 10 e 11

Futuro in corso.

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

EDISON Diventiamo l'energia che cambia tutto.

Olimpiadi 30 e lode
l'Italia pensa al 2040
 di CERAMI, CHIUSANO, CITO, CROSETTI, MACOR, RETICO, ROMANO
e VISETTI alle pagine 2, 3, 32, 33, 34 e 35

 Memorie sotto zero
di questi Giochi

di EMANUELA AUDISIO

È stata come noi: strana, pazza, sofferta. Ma soprattutto diversa e senza età. Ha avuto tante facce, urla e lacrime. Diffusa anche come indicazione: vuoi vincere? Non esiste più una religione del successo, scriviti tu i Dieci Comandamenti e se ne salti qualcuno, pazienza. Piena di madri e di padri che abbracciavano i figli, di sorelle e di fratelli, di mogli che si salutavano, di famiglie in gara, di mondi capovolti, di brividi caldi e freddi.

alle pagine 4 e 5

 Cadere e poi rialzarsi
una lezione di vita

di CONCITA DE GREGORIO

Quel sorriso, quel pianto. Quell'omaggio in ginocchio, quella frase sprezzante. Ma chi erano, come si chiamavano i protagonisti di queste storie? Non importa, non è questo che importa. Conta solo quello che ricordi, di uno spettacolo. Non la trama, non la qualità tecnica della prestazione, se c'era gente, se è piaciuto alla critica, se è stato un successo o invece no. Conta quello che ti resta quando finisce, quello che ti ricordi perché ti riguarda.

a pagina 12

CORRIERE DELLA SERA

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

DEL LUNEDÌ

Servizio Clienti - Tel. 02 63707310
mail: servizioclienti@corriere.itCRAI
Nel cuore dell'Italia

L'Atalanta batte il Napoli

Si ferma anche il Milan
E l'Inter vola a più dieci
cronaca, pagelle e commenti
da pagina 48 a 51

Referendum

A chi giova
alzare i toni
di Carlo Verdelli
a pagina 42

Giustizia

Gli equilibri
costituzionali
di Augusto Barbera
a pagina 42CRAI
Nel cuore dell'Italia

Il governo: l'incertezza non aiuta, no all'uso del bazooka

Dazi, caos e ricorsi
L'Europa: Trump
rispetti gli accordi

Armato nella villa del tycoon, ucciso un 20enne

AI CONFINI
DEL POTERE

di Carlo Cottarelli

La sentenza della Corte Suprema americana sui dazi (è un esempio di chiarezza, semplicità e concisione) ha rilevanti conseguenze economiche e politiche, anche se in parte ancora incerte. Cominciamo con quelle economiche. La Corte ha dichiarato incostituzionali i dazi che Trump ha introdotto ricorrendo a una legge del 1977 (l'leppa) che dà al presidente il potere di «regolare... le importazioni» in caso di emergenza. La Corte ha concluso che tale generico termine non può includere l'introduzione di tasse sui contribuenti americani, che, senza una delega esplicita, solo il Congresso può approvare. Il che conferma una cosa ovvia: i dazi sono tasse pagate dagli americani, non soldi che fluiscono dal resto del mondo. Questo è vero anche economicamente: diversi studi hanno concluso che chi vende all'America, con poche eccezioni, non ha cambiato i propri prezzi e che, quindi, i dazi sono stati pagati dagli importatori americani.

continua a pagina 19

GIANNELLI



di Gaggi e Mazza da pagina 15 a pagina 19

Napoli Il racconto delle infermiere
«Due anni con Domenico
Come zie, fino all'ultimo»

di Fabrizio Caccia

Anna, Elena, Federica e Simona per due anni hanno accolto Domenico. «Eravamo come zie, sabato siamo crollate».

alle pagine 28 e 29

FARMACI, CRESCONO I COSTI

di Milena Gabanelli e Simona Ravizza

Spesa per i farmaci fuori controllo. Ecco come la riforma del sottosegretario alla Salute, che è un farmacista, ha alzato i costi per i cittadini facendo un regalo all'industria dei medicinali.

a pagina 27

Milano Cortina Cerimonia di chiusura a Verona, dal 6 marzo la Paralimpiade

L'Italia bella
che ha vinto
i Giochidi Francesco Battistini
da pagina 2 a pagina 13

BILANCIO FINALE

Se la mediocrità
non fa per noi

di Aldo Grasso

In pochi ci avrebbero scommesso. E invece abbiamo dimostrato che la mediocrità non fa per noi.

a pagina 5

AZZURRI SUL PODIO

Le 30 medaglie
(con la lode)

di Gala Piccardi



E alla fine sono trenta le medaglie «azzurre» in questi Giochi da lode di Milano Cortina. Tutti i podi.

alle pagine 2 e 3

HOCKEY & POLITICA

Canada battuto
Gli Usa in festa

di Gianni Santucci

Era storia prima di iniziare, questa partita. Al Canada non bastano i 41 tiri, il trono dell'hockey torna agli Usa.

alle pagine 8 e 9 Valentino

UNA STORIA PER TUTTE

Federico, il sogno
per la sua «Mati»

di Daniele Sparisci



Federico crede nelle favole. L'argento e quella mano verso il cielo, a cercare la sua «Mati» che non c'è più.

a pagina 11

Una generazione va
Chi viene dopo?

di Daniele Dalleria

Nessuna paura. Lo sport, quello italiano, è ovvio, sa come rigenerarsi. Campionesse e campioni più vicini al ritiro che a proseguire una avventura si emozionano, ma anche piena di ansie e rischi. Peccato.

continua a pagina 42

ULTIMO BANCO
di Alessandro D'Avenia

«**C**io che è vivo non ha copie. Due persone, due arbusti di rosa canina, non possono essere uguali. E dove la violenza cerca di cancellare varietà e differenze, la vita si spegne», questa frase all'inizio del capolavoro di Vasilij Grossman, *Vita e Destino*, mi ha sempre illuminato perché coglie la logica del creato. Mi è tornata in mente guardando le Olimpiadi invernali: tante vite riunite in quella microscopica cattedrale che è il fiocco di neve. Un miracolo architettonico che infatti affascina Johannes Kepler che, mentre scopriva le leggi che regolano le enormi masse dei corpi celesti che abbiamo studiato a scuola, scriveva un saggio su un altro corpo celeste, ma microscopico. «De nive sexangu-

Collezionisti di neve



la» (Sulla neve a sei angoli, 1611) è infatti un libretto maturato negli inverni praguesi e ispirato dalla domanda: perché i fiocchi di neve cadono in forma esagonale e a sei raggi? Per rispondere Kepler pose con secoli d'anticipo le basi della cristallografia (struttura della materia) e dell'impacchettamento delle sfere (congettura di Kepler). Due secoli dopo di lui fu un ragazzino del Vermont ad andare oltre, chiedendosi come mai, nonostante una struttura così stabile che fa sembrare i fiocchi di neve tutti uguali, non ce ne siano di fatto due identici: norma ed eccezione, schema e variazione, essenza ed esistenza. Come ciascuno di noi.

continua a pagina 37

PER SENTIRSI MENO IN ANSIA
E PIÙ LEGGERI.

Laila farmaco di origine vegetale per il sollievo dei sintomi dell'ansia lieve a base di olio essenziale di Lavandula angustifolia Miller.

LAILA è un medicinale di origine vegetale a base di Olio Essenziale di Lavanda. Leggere attentamente il foglio illustrativo. Autorizzazione del 16/05/2020.



NAPOLI, L'INCHIESTA

Domenico, la super équipe tenuta all'oscuro 45 giorni

AMABILE GALLETTA - PAGINE 18 E 19



DA DOMANI IL FESTIVAL

Addio star internazionali Sanremo si fa autarchico

CARLO MASSARINI - PAGINE 32 E 33



LA FONDAZIONE DELLA STAMPA

Specchio dei tempi 50 anni di aiuti ai deboli

COMAL ZANCAN - PAGINE 22 E 23

1.90 € | ANNO 160 | N. 53 | IN ITALIA (PREZZI PROMOZIONALI ED ESTERO IN ULTIMA) | SPEDIZIONE ABB. POSTALE | D.L. 353/03 (CONV. IN L. 27/02/04) | ART. 1 COMMA 1, DGB - TO | WWW.LASTAMPA.IT



LA STAMPA

LUNEDÌ 23 FEBBRAIO 2026

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



GNN

L'ASSALTO NELLA NOTTE DI SABATO. MAIL PRESIDENTE ERA A WASHINGTON. IL RAGAZZO ERA UN ARTISTA DELLA CAROLINA DEL NORD

Trump, l'incubo dell'attentato

Mar-a-Lago, ventenne nel resort con un fucile: ucciso dai servizi. Bessent: colpa della sinistra

IL COMMENTO

Imiei Stati Uniti armati dall'odio

ALAN FRIEDMAN

A Mar-a-Lago, tra palme e saloni dorati, la guerra civile delle parole in America si è presentata per un istante con una tanica di benzina in mano. Un uomo armato di fucile e con un contenitore di carburante ha tentato di forzare il perimetro della residenza di Donald Trump all'1,30 del mattino di domenica. È stato ucciso. - PAGINA 3

LE IDEE

Dazi, Meloni si affida all'Europa

VERONICA DEROMANIS

«Sicurezza e crescita» sono i due obiettivi indicati da Giorgia Meloni nella conferenza stampa di inizio anno. Il governo punta a rendere l'Italia un Paese più sicuro, protetto e prospero attraverso un maggiore sviluppo. Obiettivi ovviamente condivisibili, ma oggi più difficili da raggiungere in un contesto internazionale incerto. - PAGINA 29

IL SONDAGGIO

Disordine globale 8 su 10 hanno paura

ALESSANDRA GHISLERI

C'è un dato che più di ogni altro fotografa lo stato d'animo del nostro Paese: l'80,2% degli italiani considera instabile l'attuale situazione politica internazionale. È una maggioranza schiacciante, trasversale, che racconta una percezione diffusa di disordine globale. Una sensazione collettiva di fragilità. - PAGINA 11

SIMONI, SIRI - PAGINE 2 - 4



Perché Albanese deve lasciare l'Onu

BERNARD-HENRI LÉVY - PAGINA 29

UCRAINA, 4 ANNI DI CONFLITTO

Così The Donald allunga la guerra

NATHALIE TOCCI

Sono passati quattro anni dall'invasione russa su larga scala dell'Ucraina e dodici dall'inizio della guerra, scatenata dall'annessione della Crimea e dall'attacco russo nel Donbas. È la più lunga e sanguinosa in Europa dalla Seconda guerra mondiale: tra morti e feriti, civili e militari, si stimano due milioni di vittime. - PAGINA 10

Nella testa di Putin dritto verso l'abisso

ANNA ZAFESOVA

«Siamo a bordo di un treno lanciato a tutta velocità. Non possiamo saltare giù senza rischiare di romperci l'osso del collo. E non siamo affatto sicuri che il conducente sappia dove sta andando». Lo dice il top manager di una grande società moscovita, commentando la guerra di Putin in Ucraina a quattro anni dal suo inizio. - PAGINA 9

CELEBRAZIONE IN CHIESA

Scontro sui funerali del killer di Caccia Il no di don Ciotti "È un sanguinario"

GIUSEPPE LEGATO



Dice don Ciotti: «Celebrare una messa per un mafioso non pentito è mettere un uomo di sangue sull'altare dei santi». Si parla del mandante dell'omicidio del procuratore Bruno Caccia. BUCCI - PAGINA 21



LA PREMIER ALLA CERIMONIA DI CHIUSURA DELLE OLIMPIADI: SUCCESSO ITALIANO NEL MONDO. BOLLE INCANTA L'ARENA



Giochi di Prestigio

FRANCESCA DEL VECCHIO, FRANCESCO MOSCATELLI - PAGINE 12-15



Brignone, Lollo e i biglietti: promossi e bocciati

PAOLO BRUSORIO - PAGINE 34 E 35

CLAUDIO FURLAN/ANSA/PIRELLA

Il trionfo sul Canada l'hockey riunisce gli Usa

GIULIA ZONCA

L'oro nell'hockey ha fatto il miracolo: riunire gli Usa. - PAGINE 14 E 15

Zampolli: la Casa Bianca vuole le bandiere russe

FRANCESCO SEMPRINI

Trump vuole alla Paratimpiadi anche le bandiere russe. - PAGINA 15

Rai, dal flop Petrecca al riscatto Bulbarelli

ASSIANEUMANN DAYAN

Le ultime notizie di Petrecca arrivano da Instagram. - PAGINA 13

La sconfitta e la lezione che ci lascia Malinin

BARBARA CARNEVALI

Giochi regalano storie da interpretare come parabole. - PAGINA 28

SCONFITTO A GENOVA, GRANATA IN ZONA RETROCESSIONE

Toro, capolinea Baroni. D'Aversa in pole

L'ANALISI

Svolta (in ritardo) per evitare la B

ANTONIO BARILLÀ

Sfascio totale. Il Toro è stato smortificato anche a Marassi. Baroni se ne va, D'Aversa in pole position per sostituirlo. - PAGINA 37

GIANLUCA ODDENINO - PAGINE 36 E 37



IL RETROSCENA

Sfuriata Spalletti "Vi giocate la Juve"

NICOLA BALICE

In poco più di due settimane, la Juventus di Luciano Spalletti rischia di aver sperperato quanto di buono costruito fin qui. - PAGINA 37





€ 1,40* ANNO 148 - N° 53
Sped. in A.P. 03/33/2003 come L. 46/2004 art. 1 (3/33 RM)

Lunedì 23 Febbraio 2026 • S. Polcarpo

Il Messaggero



VALLEVERDE



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

Cremonese battuta 3-0, agganciato il Napoli al 3° posto

La Roma si scatena Tris da Champions

Aloisi, Angeloni e Carina nello Sport



L'analisi

Ora la Juve: vietato sbagliare

Alessandro Angeloni

Che fatica, ma che bellezza. Una vittoria pesante, nel segno della sofferenza, della pa-

ziienza. E del coraggio: la vin-
ce Gasp, soprattutto con i
cambi nella ripresa, con il
giovane Venturino (...)
Continua nello Sport

OLIMPIADI, RECORD ASSOLUTO DI MEDAGLIE AZZURRE AI GIOCHI INVERNALI
A MATTARELLA E MELONI L'ORDINE OLIMPICO D'ORO PER IL MODELLO ORGANIZZATIVO

Italia 3 e lode

Il medagliere

	oro	argento	bronzo	tot.
1. Norvegia	18	12	11	41
2. Stati Uniti	12	11	9	33
3. Paesi Bassi	10	7	3	20
4. ITALIA	10	8	14	32
5. Germania	8	10	8	26
6. Francia	8	8	8	23
7. Svezia	8	6	4	18
8. Svizzera	6	9	8	23
9. Austria	6	6	5	17
10. Giappone	5	7	12	24
11. Canada	5	7	9	21
12. Cina	5	5	8	18
13. Corea del Sud	3	3	9	15
14. Australia	3	2	1	6
15. Gran Bretagna	3	1	1	5

Medaglie (punteggio ponderato) per migliaia di Pil pro-capite in 5 ppa

	1.47
Cina	1.30
Italia	1.28
Norvegia	1.17
Usa	1.11
Francia	1.06
Germania	1.06
Giappone	0.89
Paesi Bassi	0.85
Svezia	0.84
Canada	0.72
Austria	0.67
Svizzera	0.67
Corea del Sud	0.46
Australia	0.31
Regno Unito	0.30



Sorrentino a pag. 2 Arcobelli e le pugile di Piero Mei nell'inserto Sport

Il bilancio

Meloni: orgoglio per il nostro Paese

Francesco Bechis

Trenta più due. Tocca aggiornare il medagliere italiano con i due ori (...)
Continua a pag. 3

Le istituzioni

Modello Giubileo da esportare

Mario Ajello

Una lezione storica proviene da queste Olimpiadi. E va sintetizzata usando (...)
Continua a pag. 4

Ori e Pil procapite

Meglio di noi solo la Cina

Fabrizio Galimberti

Si chiude il sipario sulle Olimpiadi invernali Milano-Cortina: chi ha vinto? Continua a pag. 5

Le protagoniste

Le Olimpiadi delle donne

Alessandra Spinelli

Sfacciatamente diverse dai cliché, forti e grintose, sorridenti e preparate (...)
Continua a pag. IX

Il nodo rimborsi

Dazi, l'Europa: gli Usa rispettino gli accordi presi

Gabriele Rosana

La tariffa globale al 15% annunciata dal presidente americano Trump farebbe aumentare di fatto i costi per le aziende Ue. Il Parlamento europeo è pronto a congelare l'iter legislativo in attesa di garanzie giuridiche. Tajani riunisce oggi la task force con le imprese italiane.

A pag. 8
Pacifico a pag. 8
Mulvoni a pag. 9

Nuovo contratto

Pa. per 400mila comunali aumenti fino a 140 euro

Francesco Bisozzi

La libera al rinnovo per il triennio 2022-2024: scattano anche 2300 euro di arretrati. Cresce di 4mila euro il tetto delle indennità per chi ha incarichi di responsabilità. Per i dirigenti incremento medio di 400 euro mensili. Ok alla settimana corta e maggiori tutele per le aggressioni.

A pag. 15

Il cuore "bruciato"



Nella cartella clinica di Domenico manca il referto-chiave

NAPOLI Non sarebbe stato trascritto dai medici - indagati per omicidio colposo - il momento in cui è avvenuto l'espianto "anticipato" del cuore del bimbo effettuato prima dell'arrivo dell'organo. Del Gaudio, Di Biase e Fusco
A pag. 16

DORMITA GALATTICA, RISVEGLIO SPAZIALE.

SENZA ZUCCHERI

LAILA

LAILA

LAILA

Il Segno di LUCA

TORO SEI TONICO E DECISO

Inizi la settimana con la Luna nel tuo segno, che ti aiuta a essere in piena sintonia con te stesso, in modo da usare al meglio le tue risorse nelle sfide legate al lavoro, che oggi sembri deciso ad affrontare quasi di petto. Puoi approfittare di un insieme di circostanze favorevoli, forte anche del sostegno concreto di amici o persone che esercitano una certa influenza e con cui ti senti in affinità. Qualcosa inizia ad accelerarsi.

MANTRA DEL GIORNO
Il passato è al servizio del futuro.

© DIFFUSIONE RISERVATA
L'oroscopo a pag. 25

* Tandem con altri quotidiani (non acquistabili separatamente): milia giornale di Messina, Lecce, Brindisi e Taranto, Il Messaggero - Nuovo Quotidiano di Puglia € 1,20, la domenica con Tuttomessaggero € 1,40; in Abruzzo, Il Messaggero - Corriere dello Sport - Stadio € 1,40; nel Molise, Il Messaggero - Primo Piano Molise € 1,50; nelle province di Bari e Foggia, Il Messaggero - Nuovo Quotidiano di Puglia - Corriere dello Sport - Stadio € 1,50; "Le grandi coppie di Roma" € 7,90 (Roma).

FONDI SANITARI, PIÙ TRASPARENZA IN UN BUSINESS DA 52 MILIARDI

Gli italiani spendono questa cifra tra contributi versati alle varie formule integrative e prestazioni private. I vantaggi delle nuove norme che istituiscono vigilanza e bilanci

di **ALBERTO BRAMBILLA**

Dopo oltre 15 anni di attesa finalmente il governo ha varato la prima norma sui fondi sanitari integrativi. Per il grande pubblico potrebbe sembrare un tema marginale ma il secondo pilastro della sanità, come vedremo più avanti, è fondamentale per mantenere e migliorare gli attuali livelli di assistenza sanitaria in uno scenario di forte invecchiamento della popolazione italiana che, vivendo di più, consumerà molta più sanità che già oggi è in crisi con medici e infermieri sottopagati che lasciano il Paese o vanno nel privato, lunghe liste di attesa e scarsi ammortamenti delle costose attrezzature diagnostiche e sanitarie.

L'articolo 29 del decreto legge sul Pnrr, prevede infatti alcune novità: la prima introduce finalmente la vigilanza sui fondi sanitari assegnata alla Covip che segue già i fondi pensione (mai un problema in oltre 25 anni) e che diverrà l'autorità del welfare complementare e integrativo; la seconda elenca tutta una serie di attività a tutela degli iscritti come l'obbligo di informare gli aderenti su tutte le attività attraverso la pubblicazione dei bilanci, le comunicazioni agli iscritti e tutte le notizie riguardanti entrate contributive, uscite per prestazioni, saldi di gestione e patrimonio.

Qualcuno potrebbe pensare che tutto ciò sia normale; purtroppo non è così. Nonostante gli iscritti siano ormai più di 17 milioni e le forme sanitarie integrative oltre 324 (un numero abnorme), da noi non esiste alcun controllo, i fondi non hanno alcun obbligo di trasparenza nei confronti degli iscritti; non pubblicano i bilanci, i siti web, quando ci sono, risultano carenti; non si conoscono i costi di gestione che in alcuni casi potrebbero essere addirittura superiori al 30% di tutte le contribuzioni e gli amministratori non hanno obblighi di professionalità e onorabilità. Per dirla con il presidente della Covip, Mario Pepe, che molto si è battuto in quanto medico e grande esperto di sanità per regolare il secondo pilastro, con questa norma finisce il far-west della sanità integrativa.

Intendiamoci: non tutti i fondi sono così opachi; alcuni, soprattutto quelli operativi da molti anni e alcuni contrattuali, applicano già una buona trasparenza con gli iscritti, ma la maggior parte è senza alcun controllo e di alcuni non si sa nemmeno come operano. L'unica fonte di informazione pubblica è l'anagrafe generale dei fondi sanitari operativa presso il ministero



della Salute i cui ultimi dati risalgono però all'anno fiscale 2022; non svolge alcun controllo preventivo o consuntivo e non essendoci alcun obbligo di iscrizione, con il vetusto metodo dell'iscrizione ogni anno, si limita a iscrivere i fondi sanitari che ne fanno richiesta. Non sono noti i dati fondamentali relativi ai bilanci, alle entrate contributive, ai costi di gestione, ai patrimoni e a tutto il resto: insomma una giungla pericolosa perché in questa opacità può accadere di tutto.

È vero, non abbiamo ancora l'auspicata legge quadro sul modello della previdenza complementare, ma il regolamento che dovrà essere redatto dalla Covip entro un anno definirà molti aspetti cruciali a partire dalle fonti istitutive, dalla definizione delle forme sanitarie (contrattuali, forme aperte gestite da soggetti autorizzati) superando l'anacronistica iscrizione annuale e prevedendo l'obbligo del bilancio annuale da pubblicare sui siti web, la costituzione di un capitale di garanzia e tanta trasparenza con gli utenti. Certo, poi sarà necessario un intervento normativo prendendo a base la proposta di legge presentata da Paolo Barelli, capogruppo di Forza Italia alla Camera, per garantire a tutti gli iscritti la stessa deducibilità dei contributi versati, superando l'attuale e poco costituzionale sistema che prevede la deducibilità fino a 3.615,20 euro l'anno, in gran parte non utilizzata, per i fondi contrattuali e la detraibilità pari al 19% di 1.300 euro l'anno per le altre categorie di lavoratori non contrattualizzati, autonomi e liberi professionisti; si dovranno individuare le sinergie e convenzioni con le strutture pubbliche e tra fondi pensione e fondi sociosanitari.

Ma il percorso è tracciato e in un anno il settore dovrebbe essere regolamentato e messo in sicurezza

come accaduto per i fondi pensione. E, come dicevamo, di sanità integrativa ne abbiamo molto bisogno. Basti pensare che nel 2024 gli italiani hanno speso direttamente di tasca propria (45,4 miliardi di euro per visite, esami e ricoveri, cifra che si somma ai 6,8 miliardi di contributi versati ai fondi sani-

tari per un totale di spesa privata di oltre 52 miliardi cui vanno sommati i 138,5 di spesa per la sanità pubblica. In totale fanno 190 miliardi che inevitabilmente sono destinati a crescere perché l'Italia è il Paese europeo con la maggiore percentuale di ultra 65enni e ultra 80enni sul totale della popolazione. Gli over 65 anni sono ormai il 25% della popolazione italiana pari a oltre 14 milioni mentre gli over 80 sono il 7,7% pari a 4,54 milioni; di questi ben 22.652 sono ultracentenari e in continuo aumento.

I vantaggi dei fondi sanitari per i cittadini e lo Stato sono molti: in generale le prestazioni ottenute tramite fondi sanitari costano meno della metà rispetto alla spesa out of pocket per cui i cittadini iscrivendosi ai fondi risparmierebbero almeno 22 miliardi scegliendo per giunta da chi farsi curare e riducendo i tempi di attesa a pochi giorni, meno di una settimana.

Lo Stato attraverso le convenzioni tra strutture pubbliche e fondi riuscirebbe a pagare di più medici e infermieri, ammortizzare meglio i macchinari, ridurre il sommerso e ridurre drasticamente le liste d'attesa a vantaggio anche di chi non è iscritto ai fondi. Se penso che la prima proposta l'abbiamo fatta nel 2010 e poi al governo Letta nel 2014 non si può che sperare in una accelerazione che comprenda in tempi brevi anche la Ltc (*Long term care*).

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**In un anno il settore
dovrebbe essere
regolamentato e
messo in sicurezza
come accaduto per i
fondi pensione**



Una riforma che garantisce rigore e trasparenza

Sanità integrativa

Mario Pepe

L' 11 febbraio scorso ho richiamato l'attenzione su una criticità non più rinviabile: un settore cresciuto in modo strutturale, con milioni di iscritti e rilevanti benefici fiscali, ma privo di una vigilanza prudenziale pienamente coerente con la sua dimensione economica e sociale. Oggi quel passaggio si è compiuto. Con la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale n. 41 del 19 febbraio 2026 del Decreto-legge 19 febbraio 2026, n. 19, recante "Ulteriori disposizioni urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr)", l'articolo 29 introduce una riforma organica della sanità integrativa.

Non è un intervento tecnico marginale. È un riassetto strutturale che riconosce il peso sistemico del secondo pilastro sanitario. Oltre 15 milioni di iscritti, una crescita costante della spesa intermediata, un impatto fiscale significativo: numeri che impongono regole adeguate. Finora l'assetto si fondava su un'Anagrafe basata su autodichiarazioni, priva di poteri effettivi in materia di governance, riserve tecniche, sostenibilità finanziaria e correttezza gestionale. Una situazione che, nel tempo, ha generato disomogeneità operative e asimmetrie informative.

Il decreto interviene su questo squilibrio.

La vigilanza sui profili organizzativi, finanziari, contabili e di trasparenza viene affidata alla Commissione di Vigilanza sui Fondi Pensione (Covip), mentre restano al Ministero della Salute le

competenze relative al contenuto sanitario delle prestazioni. È una

distinzione chiara e coerente: prudenza finanziaria da un lato, indirizzo sanitario dall'altro.

L'articolo 29 prevede inoltre l'istituzione di un Albo presso la Covip, con poteri di iscrizione, permanenza e cancellazione, strumenti ispettivi e sanzionatori, verifica dei requisiti di professionalità e indipendenza.

Non più un elenco formale, ma un presidio regolatorio effettivo.

Il regolamento attuativo, da adottare entro il 28 febbraio 2027,

definerà requisiti patrimoniali e di solvibilità, schemi standard di bilancio, modalità di coordinamento con il Ministero della Salute, con il Ministero dell'Economia e con le altre amministrazioni competenti, nonché la disciplina transitoria. Il coordinamento con l'Anagrafe esistente sarà un passaggio delicato, da costruire con gradualità per evitare duplicazioni o vuoti normativi.

Ora spetta al Parlamento convertire in legge un decreto di interesse generale, che incide su un segmento rilevante del welfare e sul corretto utilizzo di risorse fiscalmente agevolate. Il Governo ha dato prova di determinazione e di senso istituzionale nel colmare un vuoto regolatorio che si protraveva da anni. La fase parlamentare sarà l'occasione per consolidare questo impianto, rafforzandone coerenza e stabilità.

Affidare la disciplina attuativa alla Covip è una scelta che comporta responsabilità e peso istituzionale. La sanità integrativa è parte del welfare complementare e richiede competenze prudenziali, controllo dei flussi finanziari, verifica della sostenibilità degli impegni e tutela effettiva degli iscritti. È un compito complesso, che implica equilibrio tra proporzionalità regolatoria e rigore dei presidi.

La riforma non mira a comprimere l'autonomia degli operatori, ma a garantire trasparenza, solidità e affidabilità. La credibilità del secondo pilastro sanitario passa dalla qualità delle regole e dalla loro applicazione coerente.

La Covip è consapevole della responsabilità che il legislatore le affida. La disciplina attuativa dovrà essere tecnica, proporzionata e dialogante, ma ferma nei principi. Il settore non può più essere percepito come una zona grigia regolatoria.

L'obiettivo è chiaro: assicurare ordine, sostenibilità e tutela degli iscritti in un comparto che, per dimensione e impatto sociale, non può permettersi incertezze. La Covip eserciterà fino in fondo il mandato ricevuto, con l'impegno di ricondurre a regole certe ciò che per troppo tempo è apparso frammentato. La stagione del "far west" regolatorio deve considerarsi conclusa.

**LA COVIP ASSUME
LA VIGILANZA
PRUDENZIALE
IL MINISTERO
DELLA SALUTE
IL CONTROLLO
SANITARIO**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Schillaci prova a fare da solo e sceglie un suo fedelissimo

POLTRONE Il ministro nomina Nicola Bonaccini alla segreteria tecnica
Passo indietro del meloniano Monti, ma la trincea dell'ex rettore è fragile

SANITÀ IN AGONIA

» Linda Di Benedetto
e Alessandro Mantovani

Orazio Schillaci vuole giocarsela fino in fondo e ha scelto un fedelissimo, forse l'unico che ha, per guidare la Segreteria tecnica del ministero della Salute. Da lunedì tocca a Nicola Bonaccini, il cui ruolo già da tempo andava ben oltre i limiti di un consulente per la comunicazione. Ha fatto un passo indietro Carlo Monti, dentista esperto di medicina del lavoro, cresciuto nella sezione missina di Colle Oppio come Giorgia Meloni, Fabio Rampelli e tanti altri oggi alla guida del Paese, la cui nomina era il risultato dei complicati equilibri di Fratelli d'Italia.

LA NOMINA di Bonaccini non è il primo tentativo del tecnico Schillaci di fare a modo suo. Il capo di gabinetto scelto ad inizio mandato, il professor Arnaldo Morace Pinelli della sua Tor Vergata, fu costretto a sostituirlo quasi subito. Molti ricorderanno, lo scorso agosto, la decisione del ministro di azzerare d'urgenza la Commissione vaccini (Nitag), dopo che la nomina di esperti notoriamente ostili alle vac-

nazioni – evidentemente suggeriti da “manine” di FdI – aveva scatenato l'ira della comunità scientifica. Prima ancora e più di recente Schillaci ha attaccato le Regioni sulle liste d'attesa, accusandole senza mezzi termini di manipolare i dati sui ritardi di visite ed esami, che però, per il momento, non sono stati pubblicati da Agenas come invece prometteva il decreto 73/2024 approvato in fretta e furia due giorni prima delle Europee. Ai primi di febbraio il ministro ex rettore ha preso di mira i vertici dell'Aifa, l'Agenzia del farmaco, per la spesa farmaceutica che cresce a livelli preoccupanti: li ha nominati lui, ma di fatto sembrano rispondere ad altri.

Sulle liste d'attesa Schillaci sa che si gioca tutto ma non esiste ancora, come ricordava giorni fa Tonino Aceti di SaluteEquità, l'organismo di controllo previsto dal decreto 73, quello che dovrebbe intervenire e perfino “commisariare” le Regioni inadempienti. Sembrava destinato a guidarlo Marco Mattei, l'attuale capo di gabinetto di Schillaci, ex sindaco di Albano Laziale ed ex assessore regionale con

Renata Polverini, considerato vicino alle sorelle Meloni. Ma è tutto fermo, come la piattaforma di Agenas: mancano ancora alcune modifiche regolamentari e così non si va lontano.

Schillaci non è un politico. Non ha una corrente, non ha tessere. Ha solo la fiducia che Meloni gli ha accordato e quella fiducia si è rivelata un'arma a doppio taglio: gli ha aperto le porte del ministero, ma lo ha anche consegnato – mani e piedi – agli appetiti dei partiti di maggioranza e delle correnti di FdI. Per non dire delle lobby del settore: dai medici di famiglia ai campioni dell'intramoenia, dai colossi della sanità privata alle assicurazioni, dalle aziende farmaceutiche alle farmacie, tutti guadagnano dalla crisi del pubblico. La promozione di Bonaccini alla Segreteria tecnica sembra una mossa per

costruirsi una trincea. Ma nessuna trincea, per quanto ben costruita, regge all'infinito quando il terreno sotto i piedi frana.

Quanto a Monti, avevano tentato



di mandarlo all'Aifa in un ruolo chiave come l'Hta (*Health technology assessment*) che governa l'immissione sul mercato dei nuovi medicinali, ma pur essendo risultato idoneo alla selezione ha rinunciato "per incompatibilità caratteriale" ha detto - con il direttore scientifico" Pierluigi Russo. "Resto un dirigente di ruolo

del ministero", precisa Monti. Sembra destinato al Veneto, dove sostituirebbe un altro romano, Massimo Annicchiarico, che si è dimesso, ma non è detto che l'operazione vada in porto.

Autonomia Ad agosto azzerò la commissione vaccini, poi ha attaccato le Regioni sulle liste d'attesa e i vertici Aifa



**"IL SISTEMA
SANITARIO
È AL COLLASSO"**



FEDERCONSUMATORI

(associazione legata alla Cgil), a otto anni dall'allarme lanciato nel 2018, torna a parlare della tenuta del Servizio Sanitario Nazionale. E le notizie non sono buone: nel 2018 si prevedeva che 14 milioni di italiani sarebbero rimasti senza medico di famiglia entro il 2023, che 33.400 medici della mutua sarebbero andati in pensione entro il 2028, che negli ospedali pubblici sarebbero stati disponibili solo 3,7 posti letto ogni 1.000 abitanti. Oggi, sottolinea l'associazione, "quelle previsioni si sono trasformate in realtà". Il pensionamento di migliaia di medici non è stato accompagnato da un adeguato ricambio, lasciando intere aree del Paese prive di un presidio fondamentale



Il Ministro
Orazio Schillaci,
responsabile
della Salute,
in Parlamento.
Foto piccola, Nicola
Bonaccini L'ESPRESSO



Giuseppe Quintavalle alla guida della Fiaso

Giuseppe Quintavalle, attuale direttore generale della Asl Roma 1 e già vicepresidente Fiaso, succede a Giovanni Migliore alla guida della Federazione che rappresenta le principali aziende sanitarie e ospedaliere italiane. Quintavalle, laureato in medicina e chirurgia, con specializzazione in psichiatria e iscrizione all'albo degli psicoterapeuti, dal 1994 ha ricoperto diversi incarichi che gli hanno consentito di maturare una profonda esperienza professionale. Direttore Sanitario dal 2002 e dal 2012 Direttore Generale e Commissario Straordinario in diverse ASL del Servizio Sanitario Nazionale, ruolo che ha svolto anche presso più

aziende contemporaneamente, gestendo una sempre crescente complessità. Attualmente è Direttore Generale della ASL Roma 1, azienda con un territorio pari al 40,8% di Roma Capitale e con il 36,4% della sua popolazione complessiva. È attivamente impegnato nella cooperazione sanitaria in Africa.





Servizio La mozione della Fnomceo

I medici contro l'autonomia differenziata: “Ssn a rischio, professioni restino esclusiva dello Stato”

Per l'Ordine dei medici ordinamento delle professioni, formazione, titoli abilitanti e vigilanza devono restare unitari e omogenei, nell'interesse dei cittadini e della sicurezza delle cure

di Marzio Bartoloni

21 febbraio 2026

Il Consiglio Nazionale della Fnomceo, l'Ordine dei medici, in una mozione appena approvata scende in campo contro l'autonomia esprimendo “forte preoccupazione” per i possibili sviluppi del processo di autonomia differenziata, a seguito della recente approvazione degli schemi di intesa preliminare appena firmati con Liguria, Lombardia, Piemonte e Veneto. In particolare la Fnomceo esprime “netta contrarietà” all'ipotesi di devoluzione alle Regioni della materia delle professioni sanitarie, ambito che la Costituzione e la giurisprudenza costituzionale ricordata nella mozione attribuiscono in modo esclusivo allo Stato. Insomma ordinamento delle professioni, formazione, titoli abilitanti e vigilanza sugli Ordini devono restare unitari e omogenei, nell'interesse dei cittadini e della sicurezza delle cure. La preoccupazione implicita è che la mozione apra le porte a regole e magari anche stipendi diversi per i medici tra le Regione con l'autonomia differenziata e tutte le altre.

In particolare nella sua mozione la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri esprime innanzitutto “grande preoccupazione che, nel processo di attuazione delle norme sulla autonomia differenziata, si comprometta l'unicità del SSN in assenza di una profonda revisione del ministero della Salute quale garante di uguaglianza dei cittadini di fronte alla salute, ai sensi dell'art. 3 della Costituzione. E considera “l'ulteriore accentuazione delle autonomie regionali in tema di tutela della salute un ulteriore fattore che potrebbe incrementare le disuguaglianze in sanità già da tempo presenti nel Paese che, in questi venti anni di sanità delle Regioni, non hanno trovato soluzioni adeguate”. La Fnomceo ricorda anche come le professioni siano “la spina dorsale del Paese in quanto garantiscono diritti costituzionalmente tutelati a tutti gli italiani e ad ogni individuo presente in Italia attraverso le loro competenze” e di come “l'autonomia sull'ordinamento delle professioni può determinare confusioni e inefficienze legate alle diversità di esercizio possibili”.

Fatte queste premesse ecco la richiesta della Fnomceo che “venga espunto” dagli schemi di intesa preliminare con Liguria, Lombardia, Piemonte e Veneto per l'attribuzione di ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia la formula “le professioni” così come richiamato dalla giurisprudenza costituzionale “allo scopo di garantire omogeneità nel riconoscimento dei titoli abilitanti anche in relazione alla mobilità internazionale dei professionisti”. E quindi da mandato al Comitato centrale della Fnomceo di “mettere in atto ogni iniziativa di confronto e proposta con il Governo e le Regioni per rappresentare quanto richiamato”.

Grande preoccupazione che, nel processo di attuazione delle norme sulla autonomia differenziata, si comprometta l'unicità del SSN in assenza di una profonda revisione del Ministero della Salute quale garante di uguaglianza dei cittadini di fronte alla salute, ai sensi dell'art. 3 della Costituzione.

L'ulteriore accentuazione delle autonomie regionali in tema di tutela della salute un ulteriore fattore che potrebbe incrementare le disuguaglianze in sanità già da tempo presenti nel Paese che, in questi venti anni di sanità delle Regioni, non hanno trovato soluzioni adeguate.

La Federazione ribadisce quanto già affermato nella mozione del luglio 2024: l'ulteriore ampliamento delle competenze regionali in sanità, in assenza di Livelli Essenziali delle Prestazioni pienamente definiti ed esigibili, rischia di accentuare le disuguaglianze territoriali e di compromettere l'universalità del Servizio Sanitario Nazionale.

La FNOMCeO esprime netta contrarietà

«L'autonomia differenziata non può diventare il grimaldello per smontare pezzo dopo pezzo il Servizio Sanitario Nazionale», dichiara il Presidente della FNOMCeO.

«Senza garanzie concrete di uguaglianza e senza un forte ruolo dello Stato, il rischio è quello di una sanità a velocità diverse, con diritti diversi a seconda del territorio in cui si nasce o si vive. Questo è inaccettabile».

«Sulle professioni sanitarie non sono ammissibili ambiguità: frammentare regole, percorsi formativi e sistemi di vigilanza significa indebolire la qualità delle cure e minare la fiducia dei cittadini. Il Governo si assuma fino in fondo la responsabilità di tutelare un diritto costituzionale fondamentale».

La FNOMCeO chiede pertanto che il riferimento alle “professioni” venga espunto dagli schemi di intesa e sollecita un rafforzamento del ruolo del Ministero della Salute quale presidio nazionale di equità, qualità e sicurezza del diritto alla salute.

Il Consiglio Nazionale ha dato mandato al Comitato Centrale di attivare ogni iniziativa di confronto con Governo e Regioni affinché queste istanze trovino riscontro concreto nelle scelte istituzionali.



Servizio Pa e sanità

Ddl Merito, per i dirigenti della sanità rischio «scippo» di fondi a favore del comparto

Vertici del servizio sanitario nazionale appesi alla scelta delle Regioni che singolarmente o in sede di Conferenza potrebbero decidere di adeguare l'ordinamento specifico del Ssn alle regole introdotte dalla riforma voluta dal ministro Zangrillo

di Stefano Simonetti

20 febbraio 2026

Nei giorni scorsi due documenti hanno calamitato l'attenzione dei diretti interessati e degli addetti ai lavori della Sanità pubblica. Si tratta della delibera del Consiglio dei ministri che ha dato il via al testo del Ccnl della dirigenza sanitaria (Comunicato stampa del Consiglio dei Ministri n. 159 del 5 Febbraio 2026) e del documento della Conferenza delle Regioni che ha sancito i principi alla base degli atti di indirizzo sulla prossima contrattazione 2025-2027 che si intende avviare a breve e concludere entro l'anno. Presso la Conferenza delle Regioni si è tenuta il 4 febbraio la terza e conclusiva riunione fra Comitato di Settore e Organizzazioni Sindacali sia del Comparto che della Dirigenza Ssn e Funzioni locali, al fine di definire in maniera concordata un documento di natura politica. Che consta di due protocolli: uno riferito a tutto il personale del Ssn, l'altro a quello tecnico amministrativo di Regioni e Ssn. Entrambi i protocolli il giorno successivo sono stati approvati dalla Conferenza Stato-Regioni.

Due notizie senz'altro positive alle quali, tuttavia, se ne aggiunta una che ha dell'incredibile: un passaggio del DDL Zangrillo riguardante un vero e proprio esproprio della retribuzione accessoria dei dirigenti. Un veloce recap per comprendere cosa sta accadendo.

Il Ddl Merito

Lo scorso 28 gennaio l'Aula della Camera ha approvato il Ddl cosiddetto "Merito" su sviluppo della carriera dirigenziale e valutazione della performance nelle pubbliche amministrazioni (A.C. 2511). Si tratta della riforma della PA, voluta dal ministro Paolo Zangrillo e ora il testo passa al Senato.

A una prima lettura dopo la presentazione, il disegno di legge non aveva manifestato un interesse per la Sanità. Infatti la norma più importante e fortemente pubblicizzata dai media è contenuta nell'art. 12 e modifica in modo significativo l'art. 28 del d.lgs. 165/2001, relativo all'accesso alla qualifica di dirigente della seconda fascia. Una prima certezza che scaturisce dalla lettura del testo è che tale forma di reclutamento non riguarda l'accesso alla dirigenza del Ssn. Infatti, per ciò che concerne la dirigenza sanitaria esiste la norma speciale di cui all'art. 15, comma 7, del d.lgs. 502/1992 che costituisce una fonte primaria ed esaustiva per l'accesso alla dirigenza sanitaria. Per la dirigenza professionale, tecnica e amministrativa nello stesso TUPI è presente l'art. 26, norma dedicata e nettamente distinta da sempre dall'art. 28. Si deve, dunque, ritenere, che per il personale della Sanità pubblica non cambierà nulla, almeno riguardo al reclutamento.

Fondo di risultato verso lo zero

Tuttavia, nel testo approvato dalla Camera si trova l'art. 3, comma 1, lettera b, che dopo aver stabilito che la massima valutazione può essere riconosciuta a non più del 30% del personale dirigente e un altro 20% può ottenere una valutazione “eccellente” stabilisce che “le economie derivanti dalla riduzione della retribuzione legata alla performance del personale dirigenziale, sono destinate all’incremento delle risorse per la retribuzione della performances del personale non dirigenziale in deroga all’articolo 23, comma 2, del decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75, e distribuite secondo le modalità definite nell’ambito della contrattazione integrativa sulla base degli indirizzi della contrattazione collettiva nazionale”. Si tratta, in pratica, di ipotizzare una riduzione dei fondi del personale dirigenziale a favore di quelli del comparto, limitando di fatto al 50% la retribuzione legata alla performance dei dirigenti. Oltretutto, dalla formulazione della norma si capisce che la riduzione non si riferisce all’anno di competenza ma ha natura stabile, per cui nel giro di pochissimi anni l’importo del fondo di risultato viene del tutto azzerato.

Un’operazione che neanche Robin Hood avrebbe ideato ed era dai tempi del decreto Tremonti del 2010 che non si vedeva nulla di simile. La Cosmed in un comunicato stampa del 10 febbraio ha efficacemente inquadrato la disposizione, affermando che “Si tratta di un attacco inaudito all’autonomia contrattuale della Dirigenza e ai contratti di lavoro delle aree Dirigenziali”.

Il ruolo delle Regioni

Fermo restando che la norma in prospettiva è pericolosissima, è necessaria una precisazione sul percorso legislativo. La norma non sarà direttamente applicabile al Ssn perché l’art. 74 dello stesso decreto legislativo che viene modificato dal citato art. 3 – è il famoso decreto Brunetta del 2009 - stabilisce chiaramente al comma 2 che: “Gli articoli 3, 4, 5, comma 2, 7, 9, 15, comma 1, 17, comma 2, 18, 23, commi 1 e 2, 24, commi 1 e 2, 25, 26, 27, comma 1, e l’articolo 62, commi 1-bis e 1-ter recano norme di diretta attuazione dell’articolo 97 della Costituzione e costituiscono principi generali dell’ordinamento ai quali si adeguano le regioni e gli enti locali, anche con riferimento agli enti del Servizio sanitario nazionale, negli ambiti di rispettiva competenza”. Quindi, per rendere operativa lo “scippo” dei fondi prevista nel Ddl, dovranno essere le Regioni – singolarmente o in sede di Conferenza - ad adeguare l’ordinamento specifico della Sanità.

A ben vedere, è solo un passaggio formale, ma anche se il Ddl diventerà legge senza modifiche la questione potrebbe essere ripresa in sede regionale laddove si potrebbe porre la questione della costituzionalità della disposizione che appare a dir poco dubbia. Viene infatti leso in modo evidente l’art. 39 relativo alla libertà sindacale, limitando l’iniziativa delle organizzazioni sindacali e “commissariando” le parti negoziali in una materia delicatissima e strategica per le aziende sanitarie. Le Regioni potrebbero impugnare direttamente l’art. 3 davanti alla Corte costituzionale o addirittura procedere al prescritto “adeguamento” mettendo in atto un coraggioso processo di interpretazione costituzionalmente orientata che riporti correttamente le determinazioni in questione nella loro sede naturale e legittima, cioè la contrattazione collettiva.



Servizio Il caso Ravenna

«Siamo medici e non sceriffi»: i dottori d'Italia difendono il diritto alla salute (anche dei migranti)

Levata di scudi unanime della Federazione nazionale degli ordini dopo l'iscrizione di 8 colleghi nel registro degli indagati per la valutazione di idoneità sanitaria al trattenimento di persone straniere nei Centri di permanenza per i rimpatri

di Barbara Gobbi

20 febbraio 2026

I medici d'Italia fanno quadrato su quello che è ormai diventato il "caso Ravenna". E cioè sui fatti che il 12 febbraio avevano portato nottetempo a perquisizioni a tappeto nell'ospedale cittadino e all'iscrizione di otto colleghi nel registro degli indagati per l'attività di certificazione connessa alla valutazione di idoneità sanitaria al trattenimento di immigrati nei Centri di permanenza per il rimpatrio. In sostanza, l'"accusa" è che con dei certificati di falsa idoneità i camici bianchi abbiano voluto tenere fuori dai Cpr alcune delle persone visitate.

La scelta della Federazione

Quella assunta dalla Federazione degli ordini dei medici e degli odontoiatri (Fnomceo) è una decisione all'unanimità, arrivata a Roma al termine delle celebrazioni solenni della Giornata nazionale del personale sanitario, sociosanitario, socioassistenziale e del volontariato, istituita sei anni fa per ricordare il sacrificio di centinaia di vite perse durante il Covid. E non poteva esserci sigillo migliore, per ribadire l'essenza di chi ha come bussola il Giuramento d'Ippocrate e l'articolo 32 della Costituzione. Che definisce la salute "fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività".

I quattro puntelli

Tutti i 106 presidenti di altrettanti ordini territoriali della Federazione, in rappresentanza di migliaia di dottori in tutta Italia, hanno dunque deciso di mettere nero su bianco in un Ordine del giorno approvato all'unanimità un quartetto di concetti che suonano come un "giù le mani" dall'autonomia e dal dovere di cura, sempre e comunque. All'insegna del principio secondo cui "la valutazione clinica deve riguardare lo stato di salute e non costituire atto autorizzativo". I medici, insomma, fanno i medici e non è certo in capo a loro - sottolineano - la sicurezza pubblica che è invece appannaggio delle forze dell'ordine. Da qui la richiesta di "rivedere l'intera procedura relativa al trasferimento nei Cpr e in particolare la valutazione clinica del medico che "deve riguardare esclusivamente lo stato di salute dell'individuo e non costituire atto autorizzativo".

La Costituzione come bussola

Il primo punto è che l'atto medico è un presidio costituzionale e quindi - scrivono i presidenti - il dottore "nell'esercizio di diagnosi, prognosi e certificazione non svolge una funzione accessoria o amministrativa ma attua direttamente il diritto fondamentale di tutela della salute". Del resto,

POLITICA SANITARIA, BIOETICA

sottolineano, sono la Corte costituzionale e la Cassazione in due sentenze ad aver ricordato come l'autonomia del giudizio clinico rappresenti una garanzia per il cittadino e la società.

Secondo punto, conseguente, è che la certificazione sanitaria è parte integrante dell'atto medico e a quest'ultimo va ricondotta anche la certificazione di idoneità sanitaria al trattenimento nei Cpr. Che è "atto medico a tutti gli effetti - spiegano i vertici nazionali della Federazione -. E si fonda su "rilievi clinici oggettivi, valutazioni prognostiche e include la diretta responsabilità personale del medico. Il medico non autorizza provvedimenti amministrativi e non esercita funzioni di ordine pubblico. Il medico attesta lo stato di salute e le eventuali condizioni di incompatibilità sanitaria. Attribuire all'atto medico una funzione di legittimazione o di garanzia della sicurezza significa alterarne la natura e compromettere la separazione delle funzioni su cui si fonda lo Stato di diritto".

Tutelare i più fragili

Al medico compete dunque la tutela della salute, in particolare di chi ne ha più bisogno. E qui - spiegano dalla Fnomceo - veniamo al terzo punto: "La tutela dei soggetti fragili è obbligo deontologico e costituzionale". "L'articolo 32 del Codice di Deontologia medica – sottolineano i presidenti - impone al medico di tutelare le persone in condizioni di vulnerabilità o fragilità quando ritiene che l'ambiente in cui vivono non sia idoneo a proteggere la loro salute, dignità e qualità di vita. La tutela della salute non dipende dalla condizione amministrativa della persona, ma è strettamente correlata al rispetto della dignità che si deve ad ogni persona, a prescindere dal suo status giuridico e sociale".

Da questi concetti discende il quarto e ultimo punto, sulle "modalità operative e rispetto istituzionale". "Il Consiglio nazionale della Fnomceo – si legge ancora nella mozione - nel ribadire la piena fiducia nell'operato della Magistratura e nel principio di presunzione di innocenza, evidenzia come tali interventi devono tener conto del peculiare contesto sanitario in quanto incidono in un sistema dove la fragilità e la sofferenza si sposano con il fondamentale diritto alla salute".



Servizio La figura

Ecco perché in ogni struttura sanitaria competitiva serve un Compliance Officer

La compliance integrata, se ben progettata, non “rallenta” l'organizzazione: al contrario, riduce il costo della complessità

*di Giuseppe De Marco**

20 febbraio 2026

Nel settore sanitario, la conformità normativa non è più un adempimento settoriale, ma una funzione aziendale trasversale che incide direttamente su qualità delle cure, sostenibilità economico-finanziaria, reputazione, accesso a rapporti regolati con la Pubblica amministrazione (autorizzazioni, accreditamenti, contrattualizzazioni) e, in ultima analisi, continuità aziendale. In questa prospettiva, la compliance integrata va letta come una vera e propria infrastruttura di governance: un sistema ordinato di ruoli, processi, flussi informativi, controlli e indicatori che rende l'organizzazione capace di “reggere” la complessità regolatoria del comparto salute e di dimostrare in modo verificabile l'adempimento (accountability), riducendo contestualmente il rischio di disallineamenti tra funzioni e “silos” organizzativi.

La trasformazione della compliance in Sanità

La compliance, soprattutto in ambito sanitario, opera su due assi. Asse difensivo: prevenzione di illeciti, sanzioni, contenzioso, danno erariale, misure interdittive, provvedimenti delle autorità di controllo, perdita di requisiti autorizzativi/accreditativi. Asse proattivo: aumento dell'affidabilità dei processi clinici e gestionali, riduzione di sprechi e variabilità non giustificata, miglioramento degli esiti, stabilità finanziaria, maggiore capacità di attrarre investimenti e partnership, vantaggi reputazionali misurabili. Ne deriva che la compliance integrata, se ben progettata, non “rallenta” l'organizzazione: al contrario, riduce il costo della complessità, perché rende prevedibili e governabili gli obblighi che altrimenti emergono in modo frammentario, con reazioni tardive e inefficienze.

Il Compliance Officer in sanità

La crescente densità normativa, l'interdipendenza tra processi clinici e amministrativi e la centralità dei flussi informativi impongono una funzione che operi come regista del sistema dei controlli interni, assicurando coerenza tra presidi differenti, continuità nel mantenimento dei requisiti nel tempo e i flussi informativi efficaci con l'organo amministrativo (che deve curare gli assetti organizzativi). Affinché la compliance diventi un metodo di governo e non si esaurisca nel rispetto della regola, ritengo che sia necessaria la valorizzazione di una figura specifica: il compliance officer, il quale deve avere: posizionamento organizzativo adeguato (indipendenza funzionale e accesso agli organi apicali); mandato chiaro (coordinamento trasversale, non sostituzione delle funzioni); capacità di integrazione tra presidi già esistenti (qualità, risk management, privacy, 231, anticorruzione/trasparenza, sicurezza lavoro, audit interno);

competenze ibride: giuridiche, organizzative, di processo, documentali e di gestione degli stakeholder istituzionali. La compliance integrata va vista anche come capacità istituzionale dell'ente, come una leva di affidabilità istituzionale nei procedimenti con la Pubblica amministrazione, in particolare per autorizzazioni e accreditamenti. Qui il Compliance Officer non coordinerebbe solo una pratica, ma garantirebbe la tenuta sistemica dei requisiti nel tempo, assicurando vantaggio competitivo regolato: coerenza delle evidenze (documenti, procedure, registri, tracciati); uniformità tra funzioni (evitare risposte difformi da aree diverse); governo delle scadenze e delle responsabilità (chi fa cosa, quando, con quali deliverable); funzionalità dei requisiti (non conformità intercettate prima dell'audit, e non “correzioni last minute”).

In concreto, una struttura sanitaria competitiva non è solo quella che eroga prestazioni: è quella che dimostra di possedere, mantenere e migliorare nel tempo i requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici, gli standard di qualità e sicurezza, la tracciabilità e il governo dei processi, la capacità di rispondere ad audit/ispezioni, l'affidabilità nei confronti del SSR/SSN

La compliance integrata come leva etica, istituzionale e strategica

La compliance integrata, in sanità, è pertanto una scelta che incide su tre piani simultanei: etico-sociale, perché orienta l'organizzazione a qualità, sicurezza, appropriatezza e trasparenza, rafforzando la fiducia del cittadino; istituzionale, perché consolida la credibilità nei confronti di SSN/SSR e autorità di vigilanza, rendendo più fluido il dialogo regolatorio; strategico-aziendale, perché riduce costi di non conformità, previene crisi reputazionali e abilita un'innovazione sostenibile (anche tecnologica) governata e documentata. In questa cornice, l'inserimento di una figura di compliance officer rappresenterebbe l'elemento abilitante per trasformare un insieme di obblighi in un modello coerente di governance, capace di coniugare legalità, performance, competitività e sostenibilità nel lungo periodo.

** Avvocato esperto di diritto sanitario*

Meloni: «Si faccia piena luce» La commozione della politica

La premier: era un guerriero. La Russa: profonda ingiustizia. E Schlein: non dimenticheremo

ROMA Non è facile trovare parole per il piccolo Domenico, anche se questa volta la politica ha una voce sola. Giorgia Meloni, la premier, definisce il bimbo «un guerriero che non sarà mai dimenticato», rivolge «alla mamma Patrizia, al papà Antonio e a tutti i suoi cari a nome mio e del governo, il più sincero abbraccio e il più profondo cordoglio». Poi conclude: «Sono certa che le autorità competenti faranno piena luce su questa terribile vicenda».

Le fa eco la segretaria del Pd Elly Schlein: «La madre di Domenico chiede di non dimenticare quello che gli è accaduto e non dimenticheremo», dice. Poi aggiunge: «Quello che gli è accaduto non deve mai più accadere, e ci auguriamo che venga fatta luce, venga fatta chiarezza su come sia potuto accadere quello che è accaduto».

Orazio Schillaci, ministro della Salute: «Non ci sono pa-

role che possano consolare di fronte a una così grave perdita, resta il sentimento di vicinanza umana e istituzionale». Tocca a Schillaci parlare a nome dei medici, difendere una categoria che oggi subisce un duro attacco: «Rivolgo, a nome mio e di tutto il Servizio sanitario nazionale, un pensiero di affetto, rispetto e sincera vicinanza».

Ci penseranno i giudici a stabilire le responsabilità dei medici per un errore che oggi sembra tanto grave quanto impossibile da credere. Antonio Tajani, Forza Italia, vicepremier e ministro degli Esteri, riassume così il dolore degli italiani: «Una preghiera per il piccolo Domenico. Che Dio possa accoglierlo tra le sue braccia. Il coraggio della sua mamma, Patrizia, sia d'esempio a tutti noi. Oggi ci stringiamo al suo dolore. Un dolore che sento mio dal profondo del cuore. Riposa in pace, piccolo angelo».

Lo stesso sentimento espresso dal vicepremier e ministro dei Trasporti Matteo Salvini: «Un abbraccio fortissimo da tutti i papà e da tutte le mamme d'Italia al piccolo Domenico».

Unica voce anche per i presidenti dei due rami del Parlamento. Ignazio La Russa, presidente del Senato: «La tragica scomparsa del piccolo Domenico lascia un grande dolore e un senso di profonda ingiustizia. Alla sua famiglia giunga il sentito cordoglio del Senato della Repubblica».

Lorenzo Fontana, presidente della Camera: «La morte del piccolo Domenico è un dolore straziante. Ai suoi genitori rivolgo il mio più affettuoso abbraccio e la mia sincera vicinanza, nel profondo cordoglio di tutta la comunità che chiede verità e giustizia».

Gaetano Manfredi è il sindaco di Napoli, ha avuto pretestissimo la tragica notizia ed è stato tra i primi a esternare il

dolore della città: «Ci stringiamo alla famiglia in un grande abbraccio e come amministrazione siamo pronti a garantire ogni forma di sostegno».

Roberto Fico, presidente della Regione Campania: «L'intera comunità dei cittadini campani si stringe con affetto ai genitori». Da Italia viva si leva la protesta della capogruppo Raffaella Paita: «Quella del piccolo Domenico è una storia che ti spezza il cuore e ti fa tremare le gambe, un caso di malasanzità vergognoso che non può restare impunito».

Alessandra Arachi

A Napoli

Il sindaco Manfredi: come Comune siamo pronti a garantire ogni forma di sostegno



Sono certa che le autorità faranno luce su questo terribile caso. Il mio abbraccio alla famiglia

Giorgia Meloni



Ciò che è accaduto non deve mai più accadere, ci auguriamo venga fatta luce e chiarezza

Elly Schlein



La desistenza
terapeutica
non è eutanasia

Melania Rizzoli a pagina 16

Perché i medici hanno scelto la desistenza terapeutica

Sbaglia chi parla di eutanasia. Sospese le cure sul piccolo solo quando il suo destino era segnato

di **Melania Rizzoli**

Ieri, mentre ancora divampavano incessanti le polemiche sulle responsabilità del cuore arrivato bruciato e congelato da Bolzano a Napoli e trapiantato nel petto del piccolo Domenico, lui nel suo sonno profondo si è aggravato in silenzio, le sue condizioni cliniche sono precipitate, e lui è morto, si è spento senza un gemito, senza una lacrima e senza sentire dolore, inconsapevole di tutto il clamore che lo circondava.

Quando tre giorni fa i migliori specialisti italiani in cardiocirurgia sono stati convocati all'Ospedale Monaldi per un consulto plurimo e multidisciplinare, per verificare se ci fosse qualche possibilità di un nuovo impianto o di un recupero cardiaco, i cardiocirurghi hanno chiesto ai colleghi napoletani di sospendere la sedazione, ovvero il coma farmacologico indotto da due mesi sul piccolo paziente, forzatamente collegato dal 23 dicembre all'Ecmo, la macchina cuore-polmone che assicura le funzioni vitali, e hanno chiesto di svegliarlo al fine di valutarne la reattività fisica e la condizione clinica. Domenico però, nonostante la sospensione dei potenti farmaci anestetici, non si è mai svegliato, non ha mai ripreso coscienza, non ha risposto a nessuno stimolo, non ha aperto gli occhi, non ha pianto, non ha emesso nessun gemito, non ha reagito ad alcuna sollecitazione perché da giorni era già in coma neurologico profondo per

una sopravvenuta emorragia cerebrale, mentre era in atto anche una grave insufficienza polmonare, oltre che epatica e renale. Cioè tutti gli organi vitali del piccolo paziente, logorati dalla lunga terapia, si stavano spegnendo, avevano interrotto la loro attività e funzionalità, e stavano morendo insieme a lui.

Il prof Carlo Pace Napoleone, direttore della Scuola Cardiocirurgica del Regina Margherita, uno degli specialisti chiamati al consulto, che si è sempre adoperato per salvare la vita ai suoi pazienti, ha riferito, molto turbato, di essersi trovato al cospetto di «un corpicino inerte, gonfio e di un colorito innaturale», e di aver riferito ai colleghi napoletani che il paziente era ormai inoperabile, che l'accanimento terapeutico per tenere in vita il bambino non aveva più alcun senso, e che, essendosi sovrapposta il giorno precedente anche una grave crisi settica sistemica, la decisione migliore, pur nella drammaticità del momento, ma nel rispetto del piccolo Domenico, sarebbe stata quella di accompagnarlo a una morte dignitosa.

La richiesta della desistenza terapeutica, ovvero la sospensione farmacologica e strumentale di qualunque procedura in atto, si impone quando è chiaro, con evidenza scientifica inoppugnabile, che non ha senso prolungare una sofferenza inutile e straziante e che bisogna iniziare ad occuparsi del suo fine vita, cioè della sua morte, affin-

ché sia lieve ed indolore, pur sapendo che in medicina non esiste la «dolce morte», perché ogni morte appare sempre crudele ed ingiusta.

Ma questa vicenda, dove un imperdonabile errore umano ha portato Domenico sull'orlo del baratro, in un percorso clinico e terapeutico senza ritorno, è apparsa talmente assurda e drammatica da scuotere e coinvolgere l'Italia intera. La fine di Domenico, anche se assistita e indolore per lui, è stata accompagnata da una progressiva diminuzione dei farmaci di supporto, quei medicamenti salvavita considerati non più utili alle effettive condizioni cliniche, ed è stata invece mantenuta l'idratazione e la ventilazione artificiale, per cui al piccolo non è stato mai staccato dall'Ecmo, una scelta che avrebbe avuto un effetto letale immediato, ma è stato seguito ed accudito nel percorso fino allo spegnersi della sua giovane vita.

Ma c'è qualcosa di peggio di questa morte seguita e sofferta in diretta Tv, ed è quello che ha provato e accusato da due mesi sua madre Patrizia, perché per qualunque genitrice, l'essere costretta ad assistere all'agonia di un figlio, piccolo o grande che sia, è talmente laceran-



te, destabilizzante e insopportabile, da essere sempre peggio di qualunque tipo di morte. Una sofferenza da crepacuore, ferma, costante e dolorosa, un peso sul cuore che toglie il sonno, e che ha spinto la madre, che ormai aveva imparato a decifrare i monitor, i loro suoni e i loro allarmi, a dire: «Finché mio figlio respira vuol dire che è vivo e io gli starò vicino», attaccata ad una speranza senza più senso, e senza futuro, ignorando che quell'alito di respiro residuo era insufflato dal macchinario a cui il figlio era collegato, e che il piccolo Domenico, per la condizione emorragica cerebrale, e per le condizioni generali non più recuperabili, non le avrebbe mai più sorriso, perché non si sarebbe mai più risvegliato.

La procedura messa in atto per Domenico non ha nulla a che vedere con l'eutanasia, e nemmeno con il fine vita invocato da tanti pazienti terminali affetti da patologie incurabili, che richiedono l'assunzione o l'infusione di medicine letali,

perché in questo caso sono stati sospesi quei farmaci salvavita che comunque in breve tempo non avrebbero avuto più alcun effetto su un organismo così debilitato, ed avrebbero soltanto allungato una agonia già in atto.

La lotta silenziosa di Domenico per sopravvivere è stata pari a quella dei medici che hanno tentato, dopo il dramma del trapianto fallito, di tenerlo in vita nella speranza dell'arrivo di un cuore nuovo entro breve tempo per sostituire quello difettoso impiantato che non si contraeva come avrebbe dovuto, ma è stata più forte la lotta di sua madre che non si è mai arresa all'evidenza, che lo vegliava ogni giorno, parlandogli, stringendogli la mano, sopprimendo il suo istinto e chiudendo gli occhi davanti a quella realtà terribile, una difesa dell'anima per non assistere al finale di un film dell'orrore che anche lei stava vivendo con il suo figlioletto.

In tutta questa tragedia, la buona notizia è che il cuore inizialmente destinato per un secondo trapianto

to su Domenico, è stato impiantato con successo a un bambino ricoverato e in lista d'attesa da mesi all'Ospedale Giovanni XXIII di Bergamo, e tra i cardiocirurghi operatori era presente il prof Amedeo Terzi, uno dei membri del team di esperti che aveva esaminato la situazione del bimbo di Napoli.

Oggi dunque abbiamo una mamma a Napoli che piange Domenico e un'altra a Bergamo che gioisce nel veder rinascere suo figlio, senza dimenticare le altre due madri, quelle che, pur nel dolore della perdita, hanno acconsentito a donare il cuore del loro figlio piccolo, nella speranza di sentirlo battere, vederlo crescere e vivere ancora a lungo nel petto di un bambino a loro sconosciuto.

Quando tre giorni fa i migliori specialisti hanno chiesto di svegliare Domenico per valutarne la condizione clinica, lui non ha mai ripreso conoscenza



In 5 regioni mancano centri specializzati in cure palliative pediatriche, 11 non hanno un hospice

Il tabù del fine vita per i più piccoli terapie del dolore negate a 3 su 4

IL DOSSIER
PAOLO RUSSO
ROMA

C'è un momento in cui la medicina deve fermarsi. Non perché non sappia più cosa fare, ma perché sa che insistere sarebbe accanimento. È il momento che oggi si affaccia nella vicenda del bambino con il cuore "bruciato" dopo il trapianto a Napoli: quando la tecnica non basta più, resta la cura. Non quella che prolunga la vita a ogni costo, ma quella che ne protegge la dignità.

«Arriva il momento della comfort care. Ossia accompagnare il bambino, insieme ai genitori, verso la fine della sua vita nel modo migliore possibile», spiega il bioeticista Antonio Spagnolo. Sedarlo se necessario, alleviare il dolore, sostenere la famiglia. Non è resa, è medicina. È ciò che fanno le cure palliative pediatriche. Eppure in Italia questo diritto, per i piccoli ancor più che per gli adulti, è ancora un percorso a ostacoli.

Secondo i dati del progetto PalliPed, che fotografa lo stato dell'arte delle cure palliative pediatriche in Italia, nel nostro Paese circa 30 mila minori ne avrebbero bisogno ma solo il 18% arriva a ricevere l'assistenza necessaria. Di questi almeno 10-11 mila necessitano non solo di farmaci per alleviare il do-

re ma di cure specialistiche a tutto tondo, cioè di equipe dedicate, multidisciplinari, con competenze cliniche, psicologiche e relazionali specifiche per l'età evolutiva. Nel 2023, però, i bambini presi in carico dai servizi specialistici sono stati 2.734. Poco più di uno su quattro: il 26% del fabbisogno stimato.

Dietro questa percentuale c'è un doppio scarto. Il primo è culturale. «Le cure palliative pediatriche non sono destinate solo ai malati terminali», ricorda Elena Castelli, segretario generale della Fondazione Maruzza che ha curato il Rapporto. Non coincidono con l'ultimo giorno di vita. Possono durare mesi, anni. Riguardano bambini con malattie inguaribili ma non necessariamente imminenti alla morte: patologie neurologiche gravi, malattie genetiche rare, esiti di prematurità estrema, tumori complessi. L'obiettivo è migliorare la qualità di vita, controllare sintomi, sostenere la famiglia. Eppure il tabù della morte infantile continua a ritardare l'attivazione precoce dei percorsi.

Il secondo scarto è organizzativo. I centri specialistici censiti sono 18, distribuiti in 14 Regioni e due Province autonome. Cinque Regioni - Abruzzo, Calabria, Molise, Sardegna e Umbria - non risultano avere un centro specialistico strutturato. I posti letto negli hospice pediatrici sono 58 in tutta Italia. Undici Regioni ne sono prive.

Anche dove i servizi esistono, non sempre coprono l'intero territorio o garantiscono assistenza 24 ore su 24.

Il risultato è una geografia diseguale. Ci sono territori con tre o quattro hospice pediatrici e altri dove le famiglie devono spostarsi di centinaia di chilometri. Un sistema sanitario pubblico che garantisce formalmente il diritto alle cure palliative, ma che in età pediatrica fatica ancora a renderlo omogeneo.

Nel 2023 i bambini seguiti a domicilio sono stati 1.614, quelli assistiti in hospice 1.120. I professionisti dedicati censiti: 89 medici e 181 infermieri. Numeri in crescita rispetto agli anni precedenti, ma ancora insufficienti rispetto al bisogno stimato. Che è sanitario ma non solo. L'impatto della malattia sulla famiglia può essere infatti devastante con un 10% circa di divorzi che in tre casi su quattro arrivano proprio dopo la diagnosi. Il 90% del ruolo dei caregiver ricade sulle madri con conseguenze lavorative che spesso portano al perderlo del tutto. Riguardo i piccoli pazienti invece contrariamente agli adulti i casi oncologici sono una minoranza, appena il 10% del totale. Il restante 90% riguarda casi di patologie croniche ma inguaribili e ad altissima complessità, con un 70% dei piccoli che vive attaccato a



una macchina.

C'è poi la questione dell'integrazione. Le cure palliative pediatriche richiedono una rete: ospedale, territorio, scuola, servizi sociali. Servono psicologi per accompagnare i genitori e i fratelli, assistenti sociali per sostenere le fragilità economiche, mediatori culturali quando necessario. Nella vicenda del bambino di Napoli, Spagnolo richiama proprio questo: preparare i genitori, coinvolgere eventuali fratelli, dare senso a una perdita che appare «ingiusta e crudele». È un

lavoro che va oltre la clinica.

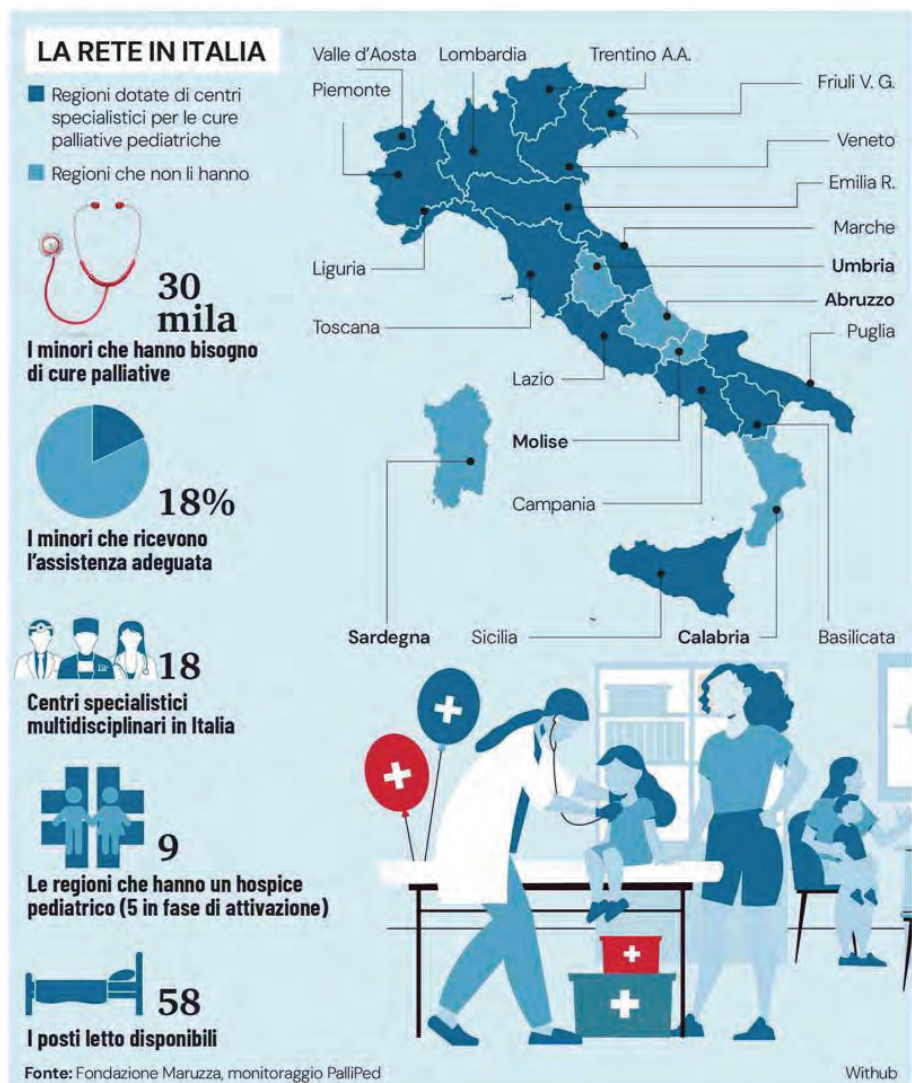
E infine c'è il nodo delle competenze. Non tutti i pediatri sono formati per riconoscere precocemente il bisogno palliativo. Non tutte le aziende sanitarie hanno percorsi codificati. Il rischio è che l'attivazione arrivi tardi, quando la situazione è ormai precipitata.

La fotografia italiana, nel confronto europeo, non è isolata: anche in altri Paesi le cure palliative pediatriche sono meno sviluppate rispetto a quelle dell'adulto. Ma il dato del solo bambino su quattro che accede alle cure pal-

liative specialistiche dice che il divario tra diritto e accesso è ancora ampio. E per colmarlo, spiega Franca Benini, responsabile del Centro Regionale Veneto di Terapia del dolore e Cure Palliative Pediatriche, «serve superare l'idea ancestrale che le cure palliative riguardino solo i moribondi per focalizzare l'interesse e le risorse anche sul mondo della cronicità». —

Non riguardano solo i malati terminali ma anche casi di patologie croniche e inguaribili

Non tutte le aziende sanitarie hanno percorsi codificati e personale preparato





Farmaci, crescono i costi

di **Milena Gabanelli** e **Simona Ravizza**

Spesa per i farmaci fuori controllo. Ecco come la riforma del sottosegretario alla Salute, che è un farmacista, ha alzato i costi per i cittadini facendo un regalo all'industria dei medicinali.

a pagina 27

Big Pharma e farmacie

Il regalo a spese di tutti

LA RIFORMA DEL SOTTOSEGRETARIO-FARMACISTA ALZA LA SPESA SONO 270 MILIONI L'ANNO SOTTRATTI AD ALTRE VOCI DELLA SANITÀ I CONTI CON TUTTI I GUADAGNI DI INDUSTRIA, GROSSISTI E VENDITA

di **Milena Gabanelli** e **Simona Ravizza**

La Sanità è sottofinanziata, ma il governo ha trovato il modo di mandare la spesa per i farmaci fuori controllo. Nei primi 9 mesi del 2025 abbiamo speso 18,42 miliardi di euro, superando di 2,85 miliardi il limite fissato. Gli addetti ai lavori la spiegano così: è colpa dei nuovi farmaci costosi e dell'invecchiamento della popolazione, un problema comune ad altri Paesi con un sistema sanitario pubblico. Ma siamo sicuri che lo Stato stia spendendo i nostri soldi con la dovuta attenzione? Perché se si spende male da una parte, mancano poi risorse dall'altra. Una quota rilevante della spesa pubblica per la salute è proprio destinata ai farmaci: il 15,3% del Fondo sanitario nazionale. È quindi cruciale analizzare le decisioni di chi governa questo settore. Ad avere la delega al servizio farmaceutico è il sottosegretario alla Salute Marcello Gemmato, figura di spicco di Fratelli d'Italia e farmacista. Vediamo cosa sta succedendo.

Il nuovo sistema di remunerazione

Prendiamo gli oltre 7.000 farmaci di fascia A, quelli che possiamo ritirare in farmacia con prescrizione medica e che sono gratuiti per gli esenti o si paga un ticket fino a 4 euro. Tra gennaio e settembre 2025 questi farmaci sono costati allo Stato 6,425 miliardi di euro, il 3,2% in più rispetto al 2024. Eppure il consumo è aumentato solo dello 0,2% e i prezzi al pubblico sono rimasti invariati. Allora la domanda è: se le confezioni sono rimaste quasi le stesse perché lo Stato spen-

de 194 milioni di euro in più?

Da marzo 2024 il governo, per mano del sottosegretario Gemmato, ha modificato il sistema con cui vengono pagate le farmacie. La nuova modalità di remunerazione è stata prevista dalla Legge Finanziaria 2024, comma 225. Per capire cosa comporta questo cambiamento occorre andare a vedere i margini che il Servizio sanitario nazionale riconosce a chi produce il farmaco, a chi lo porta nelle farmacie e a chi lo vende al cittadino. È un sistema complesso fatto di percentuali, quote fisse, sconti e formule mate-

matiche che stabiliscono quando l'Iva va scorporata e quando va aggiunta. Nei grafici in pagina viene rappresentato il meccanismo, che invece qui semplifichiamo per renderlo più comprensibile. Come vedremo il diavolo si nasconde nei dettagli.

Fino al 2024 le farmacie ricevevano il 30,35% del prezzo al pubblico, con sconti che variavano a seconda del prezzo, come



stabilisce la legge 662 del 1996 e successive modifiche. Il 66,65% va al produttore del farmaco e il 3% al grossista che lo distribuisce. Con la riforma la farmacia riceve il 6% del prezzo del farmaco più una quota fissa che varia da 55 centesimi a 2,50 euro a confezione, a seconda del prezzo del farmaco e del tipo di farmacia. Vediamo come cambia il guadagno analizzando tre farmaci con prezzi differenti, e prendendo come riferimento una farmacia con più di 300 mila euro di fatturato e ubicata in una città.

Tre esempi concreti

Una confezione di acido acetilsalicilico, un comune antinfiammatorio, costa 1,41 euro. Fino al 2024 la farmacia guadagnava il 30,35% più l'8% come farmaco generico, meno lo sconto: cioè 50 centesimi. Ora il 6% più 55 centesimi più l'8% come generico, meno lo sconto: cioè 93 centesimi. Un guadagno dell'86% in più per la farmacia, con un aumento di costo per lo Stato del 31%.

Una confezione di anastrozolo, farmaco contro la recidiva del tumore al seno, costa 35,80 euro. Fino al 2024 la farmacia guadagnava il 30,35% più l'8% come farmaco generico, meno lo sconto: cioè 12,69 euro. Ora il 6% più 2,50 euro più l'8% come generico, meno lo sconto: cioè 7,89 euro. Il 38% in meno per la farmacia, e un calo di costo per lo Stato del 14%.

Una confezione di Teriparatide, farmaco per l'osteoporosi, costa 308,51 euro. Fino al 2024 la farmacia guadagnava 26,10 euro, ora 21,26 euro. Il 19% in meno per la farmacia, con un costo per lo Stato in calo del 2%.

In pratica: più è basso il prezzo del farmaco, e più alto è il margine per la farmacia. Ma è proprio in questa fascia che rientrano le grosse quantità, infatti in Italia il prezzo medio di un farmaco rimborsato è di 9,42 euro. Ed è su questa tipologia che il nuovo sistema riconosce un margine maggiore. Un giochino che in 9 mesi ci è costato 194 milioni di euro in più. A questo va aggiunto il peso di un'altra riforma.

Cambia il canale di distribuzione

Tra maggio 2024 e luglio 2025, 251 farmaci antidiabetici hanno cambiato canale di distribuzione, come prevede la Legge Finanziaria 2024 al comma 224. Fino a quel momento venivano acquistati dalle Regioni tramite gare pubbliche, poi distribuiti dagli ospedali, ma anche dalle farmacie per conto delle Asl. In questo secondo caso, al farmacista si pagava solo il servizio di consegna con un rimborso fisso a confezione che cambiava da Regione a Regione: da 4,15 euro dell'Emilia Romagna ai 5,7 della Sicilia, ai 10,38 del Lazio (Rapporto OsMed 2024). Ora è l'Agenzia del farmaco (Aifa) a trattare il prezzo e la farmacia compra e vende direttamente. Anche qui vediamo le ricadute con un esempio.

Il caso delle gliflozine

Il prezzo al pubblico delle gliflozine è di 65,62 euro. Le Regioni come il Lazio che prima davano alle farmacie 10,38 euro a confezione ora ne pagano 6,69, mentre quelle virtuose come l'Emilia-Romagna hanno dovuto passare dai 4,15 euro a 6,69. Entra poi ex-novo il grossista, a cui vanno 2,40 euro a confezione. L'industria farmaceutica invece perde 1,43 euro a confezione, ma è una perdita solo apparente perché recupera 3,94 euro che prima doveva restituire allo Stato come payback. Considerando i due sconti importanti che Aifa ha ottenuto, uno del 28,56% e un ulteriore 7% contrattati con le aziende farmaceutiche per tentare di limitare l'esplosione della spesa con il passaggio alla vendita in farmacia, il guadagno annuo aggiuntivo per l'industria è stimato sui 38,55 milioni di euro l'anno. La perdita complessiva per lo Stato, solo per le gliflozine, è di 70,6 milioni. Questi calcoli sono fatti in base all'algoritmo presentato dal direttore tecnico-scientifico di Aifa, Pierluigi Russo; la proiezione è invece in base alla vendita di 3,84 milioni di confezioni tra settembre e novembre 2025, come risulta dai documenti di Aifa.

Chi ci guadagna davvero

I cittadini hanno quello che avevano prima. Si potrebbe obiettare che non è vero perché viene offerto un servizio in più, cioè quello di ritirare il medicinale nella farmacia sotto casa, invece di andarlo a prendere in ospedale. Ma questo ragionamento trascura un fatto: già prima i cittadini potevano ritirare il farmaco in farmacia attraverso il sistema della distribuzione per conto. Se questo sistema non era abbastanza diffuso, si sarebbe potuto chiedere alle Regioni di estenderlo e rafforzarlo, anziché sostituirlo con un meccanismo che fa esplodere la spesa farmaceutica.

Se aggiungiamo la modifica al sistema di retribuzione, la somma finale è all'incirca di 270 milioni l'anno in maggiori guadagni per farmacie, grossisti e industria.

La versione ufficiale

Gemmato ha dichiarato che con queste modifiche si risparmia. L'Aifa è sulla stessa linea.

Chi avrebbe dovuto battere un colpo, ma non ha fiutato, è la Commissione scientifica ed economica del farmaco, nominata con decreto del ministro della Salute e composta da 10 membri tra cui il direttore tecnico-scientifico di Aifa, il presidente dell'Istituto Superiore di Sanità, 4 membri designati dal ministro della Salute, un membro designato dal Mef e 3 dalla Conferenza Stato-Regioni. Invece il Mef, che doveva calcolare l'impatto della legge sulla spesa, l'ha bollinata in Finanziaria senza alzare nemmeno un sopracciglio.

Dataroom@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Come migliorare cure, ricerca e sostenibilità dei farmaci innovativi

Condividere casistica, esperienze e protocolli con altri Centri europei serve per sperimentazioni cliniche, presa in carico e accesso a terapie costose

Almeno due milioni di italiani convivono con una malattia rara, definita così perché colpisce non più di un individuo ogni due-mila. A oggi si conoscono circa diecimila malattie rare, che nell'80% dei casi hanno un'origine genetica ed esordiscono prevalentemente in età pediatrica.

Sono rari ma tanti i malati, ciascuno con la propria storia, tutti con lo stesso bisogno di accedere prima possibile alle terapie (quando ci sono) o quantomeno alla diagnosi, primo passo per la presa in carico. Spesso, invece, sono costretti a peregrinare da un ospedale all'altro anche per anni, lontano da casa, prima di riuscire a sapere il nome stesso della malattia, sconosciuta persino ai dottori. In media, infatti, si aspettano dai 3 ai 5 anni per avere la diagnosi giusta. Ma ci sono anche bambini e adulti che stanno male e ancora non sanno di che cosa soffrono, poiché la loro malattia non è stata ancora individuata: si stima che siano circa centomila i connazionali in questa condizione.

C'è però una buona notizia: lo scenario sta cambiando grazie alla rivoluzione tecnologica che negli ultimi anni ha investito soprattutto le analisi genetiche e genomiche. Per esempio, se un tempo si analizzava un gene alla volta per verificare se era mutato e poteva essere responsabile della malattia, oggi una nuova metodologia, «NGS-Next Generation Sequencing», permette

di sequenziare l'intero genoma di una persona, e quindi si possono individuare in tempi più rapidi i meccanismi alla base della malattia rara.

«Negli ultimi 10 anni i tempi della diagnosi si sono ridotti e siamo passati dal 40% di pazienti che restava "senza diagnosi" a circa il 20-30% di pazienti "in attesa di diagnosi" — spiega il dottor Andrea Bartuli, responsabile dell'Unità operativa complessa Malattie rare e Genetica medica all'Ospedale pediatrico Irccs Bambino Gesù di Roma, che ha un ambulatorio dedicato ai pazienti in attesa di diagnosi —. Le nuove procedure diagnostiche, meno costose rispetto al passato, permettono di studiare contemporaneamente tutti quei geni che, se presentano variazioni, possono provocare malattie; ma, oltre a tecnologie avanzate, richiedono personale competente in grado di individuare le varianti dei geni responsabili di malattia e quelle che invece non sono patologiche, altrimenti si rischiano interpretazioni sbagliate di variazioni genetiche, e quindi diagnosi errate — sottolinea l'esperto —. Oggi, se il bambino è in condizioni critiche e rischia la stessa vita, si possono fare, in alcuni ospedali come il nostro, indagini genetiche che permettono di avere la diagnosi in tempi rapidissimi, anche in pochi giorni». Un traguardo inimmaginabile fino a pochi anni fa.

Una persona con una malattia rara deve poter ottenere

risposte adeguate nelle diverse fasi della vita (compreso il passaggio dall'età pediatrica a quella adulta) e contare sulla continuità dell'assistenza.

Ma che cosa succede dopo aver ottenuto la diagnosi?

Il passo successivo è trovare l'ospedale «giusto», con specialisti che si occupano di quella specifica malattia rara.

«In Italia abbiamo una Rete di Centri di riferimento per le malattie rare riconosciuta a livello nazionale, quindi, una volta ricevuta la diagnosi, i pazienti e i loro familiari potrebbero sapere chi cura cosa, se solo trovassero i contatti dei professionisti di riferimento; ma spesso il problema è accedere a questi centri ospedalieri, per cui è necessario facilitare il percorso assistenziale — spiega il medico del Bambino Gesù —. Per esempio, se il piccolo ha già una diagnosi di malattia genetica rara, sul nostro portale i suoi genitori possono cercare la sua malattia/condizione e contattare direttamente i medici che se ne occupano, senza dover aspettare i tempi per la visita genetica e sentirsi dire che di quella condizione si occupa un altro dottore».

Circa un terzo dei Centri di riferimento italiani (pochi al Sud) fa parte di almeno una delle Reti di riferimento europee (Ern), che riuniscono le



strutture ospedaliere di eccellenza per quel determinato gruppo di malattie rare.

«Purtroppo, sono reti che spesso non parlano lo stesso linguaggio — sottolinea il dottor Bartuli —. Da noi la classificazione della malattia rara si basa sul sistema ICD9, mentre a livello europeo è consigliato - e indicato anche nel nostro Piano Nazionale Malattie Rare - il sistema Orphanet come unico metodo attendibile per classificare le diverse condizioni. Di conseguenza, non è possibile condividere casistica, esperienze e protocolli con altri Centri europei».

«Adottare lo stesso sistema, invece, — sottolinea lo specialista — sarebbe importante in termini di ricerca

(per i trial clinici) e di assistenza (per i controlli e la presa in carico dei pazienti con quella specifica malattia rara), ma anche per rendere sostenibili le terapie innovative. Stiamo parlando di malati rari ma, complessivamente, nel nostro Paese sono circa due milioni, spesso con condizioni croniche invalidanti che richiedono, in media, almeno cinque specialisti diversi nel corso della vita. Inoltre, i pazienti devono poter ricevere diagnosi e cure in base alle evidenze scientifiche, e quindi è fondamentale avere dei piani diagnostico-terapeutici assistenziali aggiornati e condivisi in tutti gli ospedali».

Altra nota dolente è l'assistenza sul territorio. «Fuori dalle strutture ospedaliere di

riferimento, soprattutto al Sud, i pazienti incontrano notevoli difficoltà ad avere risposte ai loro bisogni, e le famiglie sono costrette a spostarsi lontano da casa» riferisce il dottor Bartuli.

Possibili soluzioni? «Oltre a trovare Centri *spoke* nelle zone di residenza, legati ai Centri *hub* di riferimento regionale, sarebbe utile ampliare l'esperienza di alcune Regioni, come il Lazio, che hanno individuato referenti amministrativi per le malattie rare all'interno delle singole Asl per far sì che le famiglie abbiano un solo interlocutore, per esempio per gli ausili, la riabilitazione, l'assistenza domiciliare» conclude il medico del Bambino Gesù.

Le indagini genetiche oggi permettono, se il bambino è in condizioni critiche, di avere diagnosi in tempi rapidissimi, anche pochi giorni

5

in media gli specialisti richiesti, per paziente, nel corso della vita

346

i Percorsi assistenziali approvati dalle Regioni a fine 2024 (Uniamo)

100

mila gli italiani ancora in attesa di sapere il nome della propria malattia

Esenzioni

● Nella «Banca dati delle malattie rare esenti» del ministero della Salute sono riportate le patologie riconosciute ai fini dell'esenzione dal ticket per tutte le prestazioni specialistiche ambulatoriali ritenute necessarie e appropriate

● Per sapere quali sono le prestazioni esenti si può selezionare la malattia o il codice di esenzione, o cercare per gruppo di malattia

Assistenza sul territorio
Per pazienti e familiari sarebbe utile avere un unico interlocutore amministrativo nelle Asl per ausili, riabilitazione e cure domiciliari



Investimenti

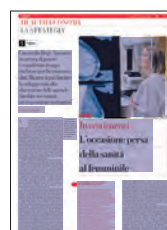
L'occasione persa della sanità al femminile

Catozzella (Bcg): “Investire in ricerca di genere è considerato troppo rischioso perché mancano dati. Ma non si può lasciare lo sviluppo solo alla discrezione delle aziende. Sarebbe necessaria un'imposizione normativa”

Letizia Gabaglio

A livello globale, la salute femminile attrae appena il 6% degli investimenti privati destinati alla sanità: una distorsione del mercato che è sì una questione di equità, ma che significa anche occasioni perse di innovazione. Da una parte, ogni anno, la mancata ottimizzazione delle cure per le donne si traduce in una perdita stimata di 75 milioni di anni di vita in salute, circa una settimana persa per ogni singola donna. Dall'altra, se si colmasse il gap diagnostico e terapeutico in quattro aree critiche (menopausa, osteoporosi, Alzheimer e malattie cardiovas-

scolari), solo negli Stati Uniti si potrebbero sbloccare da qui al 2030 opportunità di mercato superiori ai 100 miliardi di dollari. Sono solo alcuni dei dati contenuti nel nuovo report *Women's Health Investment Outlook*, pubblicato dal World Economic Forum in collaborazione con Bcg: per fare i calcoli, i ricercatori hanno introdotto



il Women's Health Investment Index, uno strumento che analizza i flussi di capitale privato verso la salute femminile negli ultimi cinque anni.

L'indice restituisce l'immagine di un mercato fortemente concentrato su investimenti in fase iniziale e con difficoltà strutturali nel passaggio alla scala industriale: circa la metà delle operazioni riguarda start up nelle primissime fasi di sviluppo, una quota significativamente superiore a quella osservata nel resto del settore healthcare. «Abbiamo esaminato i leader mondiali per fatturato nei settori farmaceutico, medtech e diagnostica, valutando quanto la salute femminile fosse una loro priorità strategica», spiega Alessandra Catozzella, managing director e partner di Bcg. «A questo abbiamo aggiunto realtà che si concentrano su condizioni che colpiscono solo le donne, come la salute riproduttiva o l'endometriosi».

Le donne vivono in media più a lungo degli uomini, ma trascorrono il 25% di anni in più in cattiva salute. Un dato che si traduce in minore partecipazione al lavoro, perdita di produttività e aumento dei costi sanitari. È quindi evidente che il bisogno di soluzioni pensate per questa popolazione è alto. Ma l'investimento è limitato.

Negli ultimi cinque anni, le malattie cardiovascolari, la prima causa di morte per le donne, hanno ricevuto meno dello 0,01% dei finanziamenti specifici per la salute femminile. Come è possibile? Secondo il Report, un insieme di barriere strutturali fa sì che gli investitori percepiscano questo settore come troppo rischioso o poco redditizio. «Investire in ricerca di genere è considerato troppo rischioso perché l'efficacia e la sicurezza dei farmaci e dei device è stata testata prevalentemente sugli uomini: fino al 1993, l'inclusione delle donne nei test clinici non era obbligatoria, il che ha creato una carenza di dati biologici robusti su cui costruire e validare nuovi prodotti», sottolinea Catozzella. Si è creato un cir-

colo vizioso: la mancanza di dati porta a una percezione di alto rischio, che limita i capitali e impedisce la generazione di dati. C'è poi la questione della redditività che si incrocia con un errore strategico: limitare la salute fem-

minile alla "Bikini Medicine", quella che riguarda l'apparato riproduttivo. Se in alcuni casi questo ha aperto opportunità di mercato, come per la riproduzione medicalmente assistita, in altri si è scontrato con la ritrosia dei sistemi sanitari a riconoscere come tali alcune patologie ginecologiche, e finché una malattia non viene formalmente riconosciuta non può esserci rimborsabilità. «Se le assicurazioni o i Ssn non rimborsano trattamenti per condizioni sesso-specifiche, come menopausa, endometriosi, vulvodinia o conservazione degli ovuli, le aziende non vedranno un flusso di entrate prevedibile e non investiranno», spiega Catozzella.

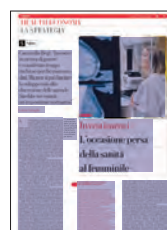
Secondo il report, oltre a dare un maggior riconoscimento ad alcune patologie femminili, il potenziale economico maggiore deriva dal colmare il divario di diagnosi e trattamento in quattro aree di patologie che nelle donne presentano sintomi o decorsi differenti: cardiovascolare, Alzheimer, disturbi metabolici e malattie autoimmuni. «Per farlo abbiamo bisogno di maggiori dati, ma non si può lasciare la ricerca solo alla discrezione delle aziende. Sarebbe necessaria un'imposizione normativa da parte di enti come l'Fda per obbligare a condurre studi clinici che considerino specificamente la fisiologia femminile, superando il modello "maschile" come standard universale», conclude Catozzella.

GLI EMIRATI PUNTANO SU DONNE E SALUTE

"Investire sulla salute delle donne significa investire sul futuro del Paese. Perché le donne sono le responsabili della sicurezza della famiglia. E la famiglia è il pilastro della società". Parole dell'onorevole Maryam Majid Khalfan Bin Theneya, seconda vicepresidente del Consiglio Nazionale Federale degli Emirati Arabi Uniti e presidente del Forum delle Donne Parlamentari del PAM, un'organizzazione internazionale nata nel 2005 su iniziativa dei paesi dell'area mediterranea e del Golfo. Un anno fa, il Primo ministro Shaykh Mohammed bin Rashid ha presentato il suo piano per rafforzare i servizi sanitari dedicati alle donne. Tra gli obiettivi, ridurre il numero di decessi per cancro a 23,24 ogni 100.000 donne e il tasso di mortalità a 62,77 ogni 100.000 abitanti. Già oggi le donne emiratine possono contare su un'aspettativa di vita di 84 anni (78 anni in media nella regione), vivendo in buona salute fino a 67 anni (contro 63). - **el.man.**



① La mancata ottimizzazione delle cure per le donne comporta una perdita di 75 milioni di anni di vita in salute, una settimana per donna



Cure dell'udito sempre più personalizzate grazie agli impianti cocleari 2.0

L'orecchio artificiale elettronico diventa «smart»: è capace di auto-aggiornarsi, ha una memoria interna e si controlla da remoto

di **Ruggiero Corcella**

L'impianto cocleare si è affermato come la soluzione più efficace nel trattamento delle ipoacusie gravi-profonde, con risultati consolidati nel tempo.

Oggi questo scenario sta evolvendo rapidamente. Accanto a indicazioni cliniche sempre più ampie, il settore sta vivendo una fase di rapida innovazione tecnologica che promette interventi meno invasivi, dispositivi più intelligenti e percorsi di cura sempre più personalizzati. «In ambito clinico, un passaggio chiave è rappresentato dalla recente pubblicazione delle Linee guida dell'Istituto Superiore di Sanità, che hanno sancito ufficialmente l'appropriatezza dell'impianto cocleare in nuove categorie di pazienti» racconta il professor Stefano Berrettini direttore della U.O. Otorinolaringoiatria Audiologia e Foniatria Universitaria dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana, che quest'anno celebra il raggiungimento del traguardo dei mille impianti cocleari (si veda il box).

Il centro pisano è stato promotore, insieme ai professori Domenico Cuda di Piacenza e Gaetano Paludetti di Roma, delle Linee guida nazionali, sotto il coordinamento della professoressa Francesca Forlì

e della dottoressa Sara Ghiselli, della Uoc di Otorinolaringoiatria Ausl Piacenza. Nel documento viene ribadita l'importanza della precocità dell'intervento nei bambini con sordità congenita profonda, con la possibilità di agire già entro il primo anno di vita, ma si amplia anche lo sguardo sull'età adulta. L'età anagrafica non è più un limite e l'impianto viene riconosciuto come efficace anche negli anziani, così come nei casi di sordità asimmetrica o monolaterale, un tempo esclusi da questo tipo di trattamento.

Parallelamente cambiano i dispositivi. L'obiettivo principale dell'innovazione tecnologica è rendere la procedura sempre meno traumatica, preservando le strutture cocleari e, quando possibile, l'udito residuo. «Gli elettrodi degli impianti cocleari sono oggi più sottili, flessibili e progettati per adattarsi meglio all'anatomia individuale della coclea, migliorando l'interazione con le fibre del nervo acustico», spiega Forlì.

Questo non solo può influire sui risultati funzionali, ma apre anche alla possibilità di sfruttare future tecnologie che potrebbero affiancarsi all'impianto nel tempo.

«Tra le prospettive più avanzate vi sono i cosiddetti "drug-eluting electrodes", elettrodi in grado di rilasciare localmente sostanze protettive o capaci di favorire la rigenerazione neuronale. Sebbene non siano ancora disponibili per l'uso clinico, la ricerca in questo ambito è in fase

avanzata e potrebbe tradursi in applicazioni concrete nei prossimi anni», continua.

Anche la chirurgia evolve. Accanto alle tecniche tradizionali, stanno emergendo approcci mini-invasivi e soluzioni robotiche che affiancano il chirurgo nella fase più delicata dell'intervento: l'inserzione dell'elettrodo nella coclea. Bracci robotici e dispositivi motorizzati, recentemente introdotti nella pratica clinica, mirano a ridurre il trauma chirurgico, sebbene richiedano tempi operatori più lunghi e siano ancora oggetto di valutazione su larga scala. Esistono inoltre dei sistemi robotici capaci di eseguire gran parte della procedura in modo autonomo.

Un'altra promessa riguarda l'invisibilità del dispositivo. «Dopo i primi trial clinici iniziati nel 2005, l'evoluzione delle batterie e dei microfoni ha riaperto l'interesse verso gli impianti cocleari totalmente impiantabili. Sebbene non siano ancora disponibili nella pratica clinica, alcuni studi europei hanno già coinvolto alcune decine di pazienti selezionati. L'obiettivo è un utilizzo ibrido: alcune ore senza componenti esterne, affiancate all'uso del processore tradizionale per la ricarica e per prestazioni acustiche ottimali», spiega Berrettini.

Nel frattempo sono arrivati gli impianti «smart», capaci di auto-aggiornarsi e dotati di una memoria interna. «Rappresentano un passo verso un nuovo livello tecnologico de-



gli impianti cocleari, meno dipendente dal processore esterno, e con la sempre maggior possibilità di controllo della loro funzionalità da remoto, anche mediante approcci di telemedicina», puntualizza Forlì.

Monitoraggi e regolazioni potranno in questo modo essere eseguiti a distanza, riducendo l'accesso ospedaliero, pur mantenendo controlli periodici in presenza.

Sullo sfondo resta la grande promessa della terapia genica della sordità. «Sono stati recentemente riportati risultati

molto promettenti di terapie geniche per una specifica tipologia di sordità genetica, ovvero quella legata alla mutazione della otoferlina (una proteina cruciale per l'udito, ndr)», conclude Forlì.

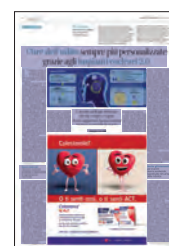
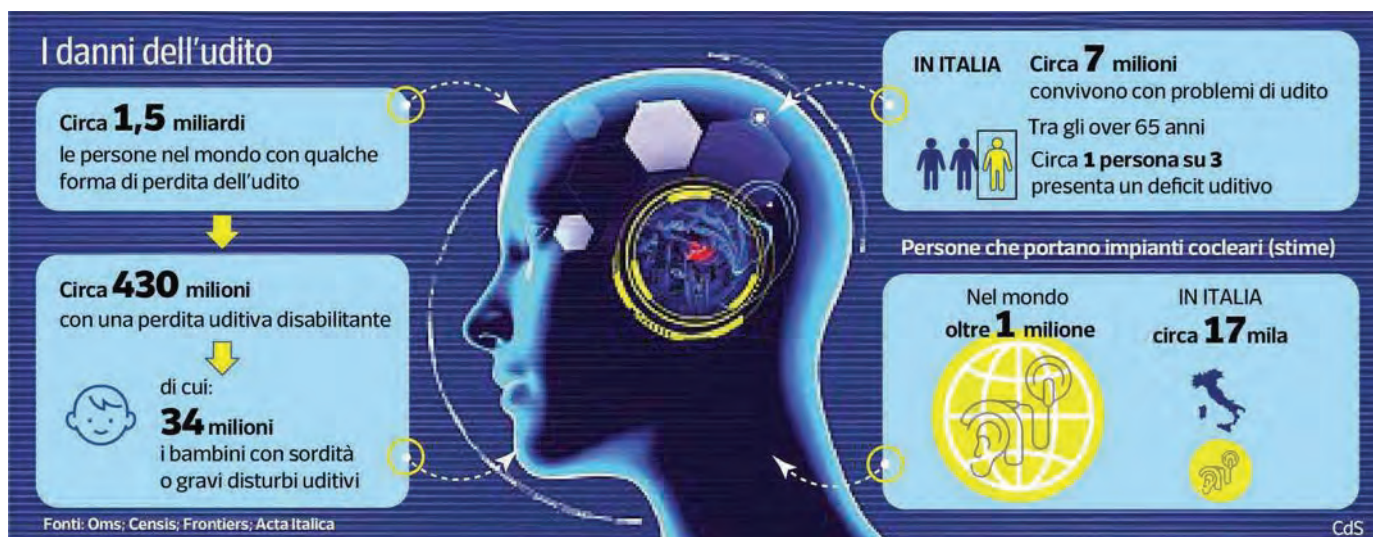
«Sebbene si tratti di dati preliminari, non confermati nel tempo, e riferibili a un unico specifico sottotipo di sordità, tali risultati rappresentano un passaggio concettuale rilevante: per la prima volta, il trattamento causale della sordità non appare più soltanto teorico. Dobbiamo aver ben chiaro però che l'im-

pianto cocleare resta il gold standard per la cura delle ipoacusie gravi-profonde, inserendosi in un panorama in rapida evoluzione, in cui terapie biologiche e tecnologie protesiche potrebbero in futuro affiancarsi o integrarsi, aprendo la strada a strategie di cura sempre più personalizzate».

Nuovi elettrodi

rilasciano sostanze protettive o favoriscono la rigenerazione neuronale

Anche gli interventi per inserirli stanno evolvendo, soprattutto nel campo della robotica



Come «si parlano» intestino e cervello

Fra i due organi c'è un dialogo senza sosta lungo un asse complesso che coinvolge nervi, ormoni, sistema immunitario e microbiota. Ora queste vie di comunicazione sono state individuate e si studia la possibilità di utilizzarle nelle cure

di **Elena Meli**

Si parlano, continuamente: fra il cervello e l'intestino il dialogo è fitto e costante, in entrambi i sensi. Si tratta di una conversazione complicata, di cui si sta iniziando solo da poco a comprendere qualche «parola», ma che, però, ormai tantissimi studi scientifici individuano come uno degli assi portanti per il benessere generale.

L'intestino è una sorta di organo di frontiera, perché è un'interfaccia diretta con l'esterno attraverso ciò che mangiamo; la dieta, a sua volta, modifica le popolazioni di batteri che lo abitano, il cosiddetto microbiota, e con queste i segnali che arrivano al cervello attraverso le vie che «salgono» al sistema nervoso centrale e che viaggiano, però, anche al contrario, portando informazioni all'intestino. Risultato, se la pancia è fuori equilibrio il cervello ne soffre

e se la mente non è serena pure l'intestino accusa qualche problema.

Così le alterazioni del microbiota intestinale sono associate a molte malattie neurologiche e psichiatriche, l'ansia e lo stress influenzano disturbi gastrointestinali come il colon irritabile. Le evidenze della necessità di far parlare «bene» testa e pancia per restare in salute sono parecchie, come dimostrano studi realizzati nell'ambito di Mnesys, il più grande programma di ricerca in neuroscienze in Italia e in Europa. E le ricerche più recenti sono riuscite a individuare molti meccanismi attraverso i quali per esempio l'infiammazione intestinale arriva fino al cervello, correndo lungo l'asse che collega i due organi, e a ipotizzare possibili «freni» da azionare.

L'intestino viene da tempo chiamato il «secondo cervello»: alla fine degli anni '90, alla Columbia University di New York, fu elaborata la teoria dei due cervelli dopo la scoperta che nella pancia si «nascondono» circa cento milioni di neuroni.

continua alla pagina seguente

Pancia e mente funzionano bene solo insieme

Quando il dialogo fra le due è efficiente
ne beneficia tutto l'organismo

SEGUE DALLA PAGINA PRECEDENTE

I neuroni nell'intestino sono poco più di un decimo di quelli che abbiamo nel cervello, ma sono comunque più che sufficienti a farci percepire emo-

zioni come le «farfalle nello stomaco» o i crampi in vista di un evento stressante; anche perché, questi neuroni non sono isolati ma in stretta connessione con il sistema nervo-



so centrale.

Tre canali

È l'asse intestino-cervello appunto che, nell'ambito del programma Mnesys di ricerca in Neuroscienze, è stato studiato a fondo da Amedeo Amedei del Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica dell'Università di Firenze: «È un sistema di comunicazione in due direzioni molto complesso, in cui le informazioni viaggiano attraverso tre canali», spiega l'esperto. «C'è una *via nervosa*, che tramite il nervo vago e il sistema nervoso nell'intestino consente di inviare al cervello segnali sensoriali e funzionali; c'è poi una *via endocrino-metabolica*, che attraverso ormoni e sostanze prodotte dal microbiota intestinale, per esempio gli acidi grassi a catena corta, influenza il metabolismo, l'immunità e in maniera indiretta anche il cervello; infine esiste una terza via di comunicazione su base *immunitaria*, perché l'intestino è una delle principali interfacce immunologiche dell'organismo (ciò che introduciamo per bocca arriva qui e viene riconosciuto e gestito da "cellule-guardiano" immunitarie di cui le pareti intestinali sono ricchissime, ndr), può quindi influenzare lo stato infiammatorio di tutto il corpo, cervello incluso. Queste tre vie di comunicazione sono integrate e nessuna, da sola, spiega il funzionamento dell'asse cervello-intestino». Il quale, però, è indispensabile per stare bene: le alterazioni della comunicazione fra i «due cervel-

li» sono implicate in diverse patologie fra cui per esempio la sindrome dell'intestino irritabile, dove ansia e stress modulano la sensibilità e i movimenti dell'intestino ma anche la percezione del dolore, e nei disturbi d'ansia e depressione, dove esistono associazioni fra specifici profili del microbiota e la patologia. L'asse intestino-cervello pare alterato anche in malattie neurodegenerative come Parkinson, Alzheimer, dove esistono associazioni fra sclerosi multipla, sclerosi laterale amiotrofica: lo provano ricerche in modelli animali, dove si è visto che alterazioni del microbiota e della barriera intestinale possono influenzare l'infiammazione nel cervello e la progressione di malattia.

Come specifica Amedei, però, «nell'uomo la situazione è più complicata e stabilire con certezza la direzione del rap-

porto di causa-effetto è difficile, anche perché queste stesse malattie modificano profondamente intestino, dieta, stile di vita. In altri termini l'associazione fra il funzionamento dell'asse intestino-cervello e diverse patologie neurologiche e psichiatriche esiste, ma non siamo ancora in grado di tradurla in mezzi per fare diagnosi o terapia».

Segnali

I riflettori sono puntati su uno degli elementi di dialogo potenzialmente modificabili, ovvero il microbiota intestinale e i segnali che invia al cervello: questa enorme popolazione di batteri, funghi e virus con cui

conviviamo (il numero di cellule complessive è stimato in dieci volte quelle del nostro corpo, con un peso totale che può arrivare a 1,5 chili) è considerata oggi uno dei principali anelli di congiunzione fra cervello e intestino grazie alle sostanze che produce, alle interazioni con la barriera intestinale e al controllo della risposta immunitaria.

«Il microbiota modula qualità e intensità dei segnali dall'intestino al cervello», osserva Amedei. «Quando c'è equilibrio, la barriera intestinale è più efficiente e la risposta im-

mune più controllata; se c'è uno squilibrio, la cosiddetta *disbiosi*, e soprattutto se diventa persistente, la permeabilità dell'intestino a ciò che arriva dall'esterno può crescere aumentando i segnali infiammatori, con possibili ripercussioni sulla funzione immunitaria e sulla comunicazione con il cervello. Il microbiota è molto dinamico e influenzato ogni giorno da ciò che mangiamo, dai farmaci, dalle abitudini, dallo stress: oggi, più che intervenire in modo diretto (si veda a lato), l'obiettivo è preservare l'equilibrio».

Nuove correlazioni

Riuscirci significa far dialogare meglio intestino e cervello, proteggendo magari nei confronti delle patologie in cui si è trovata un'associazione con le alterazioni del microbiota: come però sottolinea Amedei: «Nell'uomo sono emerse tante correlazioni fra profili micro-

bici, metaboliti e marcatori di infiammazione in varie malattie, ma dimostrarne il significato clinico è una sfida ancora aperta». All'Università di Firenze si sta per esempio studiando il microbiota in persone con sclerosi laterale amiotrofica (si veda a lato) e si sono dimostrate anomalie nelle popolazioni batteriche fecali e orali di persone con dipendenza da cocaina, in cui si sta anche valutando se l'astinenza indotta da una stimolazione magnetica transcranica ripetuta riporti il microbiota verso profili più «sani» ma, come aggiunge l'esperto: «Serve molta prudenza perché i fattori che incidono sul microbiota sono davvero tanti. Il possibile collegamento comune fra le malattie neurologiche in cui si sono viste anomalie del microbiota è verosimilmente l'infiammazione intestinale: alterazioni della funzione di barriera dell'intestino e una maggiore infiammazione della mucosa, connesse alle alterazioni del microbiota, possono amplificare segnali che in persone predisposte contribuiscono a modulare l'infiammazione anche a livello del sistema nervoso centrale», conclude Amedei.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Serotonina

● Il secondo cervello. Per capire quanto sia essenziale il benessere intestinale per quello mentale basta pensare al neurotrasmettitore del buonumore, la serotonina: si stima che per circa il 90 per cento del totale sia prodotta proprio da specifiche cellule presenti sulle pareti dell'intestino.



LA NOSTRA SALUTE È MINACCIATA DA MOLTI INQUINANTI

Viviamo in un ambiente fatto non solo d'aria ma anche di suoni, luci, sostanze e clima

di **Sergio Harari**

Nuove evidenze scientifiche documentano come accanto ai fattori di rischio tradizionali e allo smog, si aggiungano inquinamento acustico e luminoso, contaminazione da composti chimici sintetici, metalli pesanti, microplastiche e cambiamenti climatici.

Questi «acceleratori silenziosi» condividono meccanismi biologici comuni: stress ossidativo, infiammazione, danno dell'endotelio, alterazione dei ritmi circadiani, causando ogni anno oltre 5,5 milioni di morti per malattie cardiovascolari. Lo smog da solo è responsabile di oltre 2 milioni di decessi l'anno per infarto e ictus, con una perdita media di più di due anni di aspettativa di vita e costi economici sti-

mati in migliaia di miliardi di euro. Dati recenti collegano inoltre l'esposizione cronica al particolato alla comparsa di diabete, obesità e malattie come demenza, Parkinson e sclerosi multipla. Ma è il «cocktail tossico» metropolitano a preoccupare sempre di più. Il rumore da traffico, che in Europa supera i livelli di sicurezza per oltre il 20% della popolazione, non provoca solo disturbi del sonno: ogni aumento di 10 decibel è associato fino all'81% di rischio in più di ipertensione e a un incremento di cardiopatia ischemica e malattia coronarica. Anche la luce artificiale notturna è tutt'altro che innocua. L'illuminazione stradale e commerciale continua sopprime la melatonina, impedisce il fisiologico calo notturno della pressione e viene associata a circa 10 mila morti l'anno per cause cardiovascolari. Vivere in aree con maggiore inquinamento luminoso aumenta il rischio di de-

menza e Alzheimer. Il cambiamento climatico aggiunge un ulteriore livello di rischio. Oltre i 20-22 gradi, ogni grado in più di temperatura è legato a un aumento medio del 2,1% di mortalità cardiovascolare, per un totale di circa 100 mila morti l'anno nel mondo. Sul fronte chimico, alcuni composti presenti in pentole antiaderenti, tessuti impermeabili, cosmetici, imballaggi, sono associati a un incremento significativo del rischio di coronaropatia.

Mentre micro e nanoplastiche, ingerite e inalate, si accumulano nelle placche aterosclerotiche rendendole più instabili e raddoppiando il rischio di infarto e ictus. Il seminario internazionale RespiraMi che si terrà a Milano il 2 e 3 marzo, organizzato da Fondazione Menarini con il Policlinico di Milano e dall'Imperial College di Londra, punta a tenere insieme queste evidenze scientifiche e le risposte possibili: dalle politiche pub-

bliche, riduzione di emissioni da traffico, riscaldamento e agricoltura, barriere acustiche, regolazione dell'illuminazione, fino alle scelte individuali, come usare purificatori d'aria, tappi per le orecchie, timer per la luce e proteggere il buio in camera da letto. Perché viviamo in un ambiente fatto non solo d'aria ma anche di suoni, luci, sostanze e clima, e da questo mix dipende sempre più la nostra salute.

**Pneumologia e Medicina Generale Osp. San Giuseppe MultiMedica Irccs, Università di Milano*

Il «mix tossico» metropolitano preoccupa sempre di più: il rumore da traffico in Europa supera i livelli di sicurezza per oltre il 20% della popolazione



4 | Covid, con vaccino a future mamme gravidanza e parto più sicuri: lo studio

Vaccino anti-Covid alle mamme in attesa per gravidanze e parti più sicuri. Indipendentemente dall'effetto-scudo contro l'infezione da Sars-CoV-2, la vaccinazione anti Covid-19 in gravidanza, in particolare se accompagnata da una dose booster, riduce significativamente il rischio di preeclampsia, una grave complicanza ostetrica potenzialmente pericolosa per la vita materna e fetale. E' la conclusione di uno studio internazionale pubblicato sulla rivista 'EClinicalMedicine' (gruppo Lancet) e condotto nell'ambito del consorzio Intercovid, una rete di ricerca nata durante la pandemia per analizzare gli esiti materni e perinatali del Covid. Il lavoro è stato guidato dall'università di Oxford (Josè Villar e Aris Papageorgiou), che ne ha anche sostenuto il finanziamento attraverso il Covid-19 Research Response Fund, e ha coinvolto oltre 6.500 donne in gravidanza reclutate tra il 2020 e il 2022 in 40 ospedali di 18 Paesi del mondo.

Il centro capofila per l'Italia è stato l'Irccs ospedale San Raffaele di Milano con Paolo Cavaletto, primo autore dello studio, medico ostetrico-ginecologo responsabile della Medicina materno fetale dell'Unità di Ginecologia e Ostetricia diretta da Massimo Candiani, anche professore associato di Ginecologia e Ostetricia dell'università Vita-Salute San Raffaele. Per il nostro Paese hanno contribuito altri hub ostetrico-ginecologici e pediatrici tra cui la Fondazione Irccs Ca' Granda ospedale Maggiore Policlinico - Clinica Mangiagalli di Milano, l'Irccs azienda ospedaliero-universitaria di Bologna, l'Irccs Gaslini di Genova, l'ospedale Luigi Sacco - università degli Studi di Milano e il Sant'Anna Hospital - Aou Città della Salute e della Scienza di Torino.

La ricerca conferma che "la vaccinazione anti-Covid in gravidanza riduce il rischio di preeclampsia non solo prevenendo l'infezione da Sars-CoV-2, ma anche nella popolazione generale, riducendo inoltre la probabilità di parto pretermine, morbidità e mortalità materna e perinatale".

La preeclampsia - ricorda una nota del San Raffaele di Milano - è una



patologia che compare generalmente dopo la 20esima settimana di gravidanza e si caratterizza per un'ipertensione arteriosa associata a danno d'organo, spesso accompagnata da proteinuria (presenza di proteine nelle urine). E' una delle principali cause di complicanze ostetriche e di morbidità e mortalità materna e neonatale, responsabile di parto pretermine, danni renali ed epatici, disturbi neurologici e, nei casi più gravi, può mettere a rischio la vita della madre e del bambino. La preeclampsia colpisce fino dal 3% all'8% delle gravidanze a livello globale, in funzione del rischio gestazionale e dei protocolli clinici. Le origini della malattia non sono completamente note, ma si ritiene che derivi da un'alterazione dello sviluppo e della funzione della placenta, alla quale possono contribuire anche disfunzioni cardiovascolari. Questo processo può innescare uno stato di infiammazione diffusa e compromettere il corretto funzionamento di diversi organi, in particolare dei vasi sanguigni. "Questi meccanismi - spiega Cavoretto - sono gli stessi che si osservano nelle forme gravi di infezione da Sars-CoV-2. E' infatti noto che l'infezione da Covid-19 scatena una 'tempesta citochinica' infiammatoria e produca per questo danni ai vasi sanguigni, aggravando la vulnerabilità della placenta".

I vaccini anti-Covid agiscono stimolando il sistema immunitario a riconoscere e neutralizzare il virus Sars-CoV-2, riducendo il rischio di infezione e delle sue complicanze più gravi. Studi precedenti hanno già confermato la loro sicurezza in gravidanza e la capacità di prevenire forme severe di Covid-19, parto pretermine e mortalità materna e neonatale. Questo studio aggiunge un elemento innovativo, chiariscono gli autori: "La vaccinazione potrebbe influenzare positivamente i meccanismi del sistema immunitario e dei vasi sanguigni che giocano un ruolo chiave nello sviluppo della preeclampsia, potenzialmente offrendo una forma di protezione anche in assenza dell'infezione virale".

Dall'analisi prospettica delle 6.527 pazienti in gravidanza reclutate (3.753 donne non vaccinate e 2.774 vaccinate, di cui 848 avevano ricevuto anche la dose booster), emerge che l'infezione da Covid-19 in gravidanza è associata a un aumento del rischio di preeclampsia del 45%, che raggiunge il 78% nelle donne non vaccinate. Al contrario, la vaccinazione



anti-Covid risulta associata a una riduzione del rischio complessivo di preeclampsia del 33% dopo dose booster. Nelle donne con comorbidità preesistenti, tra cui diabete, ipertensione e patologie tiroidee, la riduzione del rischio associata alla vaccinazione con booster raggiunge il 58%. L'associazione tra vaccinazione e riduzione del rischio di preeclampsia rimane significativa anche tenendo conto di altri fattori che possono influenzare la gravidanza, suggerendo un possibile beneficio nella prevenzione della preeclampsia anche in assenza di infezione da Sars-CoV-2. Inoltre, le donne vaccinate mostrano una minore probabilità di altri esiti avversi relativi alla gravidanza, tra cui parto pretermine, morbidità e mortalità materna e perinatale, ciascuno ridotto di circa il 30%.

"Questo è il primo risultato prospettico su larga scala che dimostra come la vaccinazione anti-Covid, in particolare con dose booster, possa contribuire alla prevenzione della preeclampsia - afferma Cavoretto - In particolare, l'effetto protettivo è massimo nelle donne con comorbidità preesistenti, che sono proprio quelle a rischio più elevato".

Secondo i ricercatori, "queste osservazioni rafforzano l'importanza di sostenere e ampliare i programmi vaccinali per le donne in gravidanza, con particolare attenzione alla copertura booster e all'equità di accesso a livello globale".

"Lo studio - commenta Candiani, primario dell'Unità di Ginecologia e Ostetricia e Medicina della riproduzione dell'Irccs ospedale San Raffaele, ordinario di Ostetricia e Ginecologia all'università Vita-Salute San Raffaele - conferma il valore dell'integrazione tra clinica e ricerca che caratterizza l'eccellenza dell'Irccs ospedale San Raffaele e il nostro impegno per una cura a 360 gradi delle nostre pazienti. Essere protagonisti di una collaborazione internazionale di questa portata è motivo di orgoglio e testimonia la rilevanza globale del nostro lavoro".





Servizio Oncologia di frontiera

L'immunoterapia come «personal trainer» dell'organismo e il melanoma è la palestra

La nuova frontiera è la terapia adiuvante e neoadiuvante: il trattamento viene somministrato prima o subito dopo l'intervento chirurgico per "addestrare" il sistema immunitario a riconoscere e distruggere eventuali cellule tumorali residue

*di Paolo Ascierto **

20 febbraio 2026

Negli ultimi quindici anni il melanoma metastatico è diventato il paradigma della trasformazione che l'immunoterapia ha impresso all'oncologia clinica. Se fino a poco tempo fa una diagnosi in fase avanzata era associata a un'aspettativa di vita di pochi mesi, oggi lo scenario è radicalmente diverso. Grazie agli inibitori dei checkpoint immunitari, il sistema immunitario non è più uno spettatore passivo, ma un protagonista centrale del controllo della malattia e, in alcuni casi, della guarigione.

Il melanoma come laboratorio

Tra tutti i tumori, il melanoma è certamente quello contro il quale i progressi dell'immunoterapia hanno da subito prodotto risultati clinici rilevanti. La ricerca sta andando avanti velocemente, offrendo nuove speranze soprattutto a coloro che solo 10 o 20 anni fa non ne avevano alcuna. Il melanoma, in questo senso, ha fatto da laboratorio mondiale. I tassi di successo dei moderni trattamenti parlano chiaro: quasi la metà dei pazienti con stadio avanzato oggi guarda al futuro.

Questi risultati e le nuove prospettive della ricerca sono al centro del convegno annuale della Società Campana di Immunoterapia Oncologica (SCITO), che riunisce a Napoli specialisti impegnati nello sviluppo e nell'applicazione clinica delle più avanzate strategie immunoterapiche.

Il balzo della sopravvivenza

Qui il salto di qualità è impressionante. Prima dell'avvento degli inibitori dei checkpoint immunitari, la sopravvivenza a 5 anni per il melanoma in Stadio IV era inferiore al 10%. Oggi, i dati dello studio clinico CheckMate 067 mostrano una realtà completamente diversa: l'uso combinato di due farmaci immunoterapici, nivolumab e ipilimumab, ha portato la sopravvivenza globale a 10 anni al 43%. Per chi raggiunge una risposta completa, la probabilità di essere vivi a 5 anni supera l'85%, con molti pazienti che possono persino sospendere le cure. Anche nei casi più complessi, come le metastasi cerebrali asintomatiche, la combinazione immunoterapica ha mostrato tassi di risposta di circa il 50%, una cifra impensabile fino a un decennio fa.

Le nuove frontiere

Ma l'immunoterapia non sta salvando solo chi è in fase avanzata. La nuova frontiera è la terapia adiuvante e neoadiuvante: somministrare il trattamento prima o subito dopo l'intervento

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA

chirurgico per “addestrare” il sistema immunitario a riconoscere e distruggere eventuali cellule tumorali residue. Nello studio CheckMate 238, la sopravvivenza libera da recidiva a 3 anni è salita al 58%, riducendo drasticamente il rischio che la malattia ritorni.

A differenza della chemioterapia tradizionale, che attacca direttamente le cellule, incluse quelle sane, l'immunoterapia agisce come un “personal trainer” per le difese dell'organismo. Toglie i freni al sistema immunitario, permettendo alle cellule T di identificare il tumore come un nemico da eliminare. Questo non solo aumenta l'efficacia, ma crea una sorta di memoria immunologica che continua a proteggere il paziente nel tempo.

Le prossime sfide

Nonostante i successi straordinari, la ricerca non si ferma. Circa il 30-50% dei pazienti non risponde ancora in modo ottimale o sviluppa resistenza. La sfida è comprendere perché alcuni sistemi immunitari abbiano bisogno di un “boost” extra e come personalizzare ulteriormente le cure.

Tra i protagonisti di questa rivoluzione c'è anche la ricerca campana, dove sono ancora in corso i più promettenti trial clinici internazionali: dai vaccini terapeutici alla terapia cellulare TIL, linfociti che infiltrano il tumore, fino ai virus e ai batteri oncolitici e alle immunoterapie locali.

** Presidente di SCITO e Fondazione Melanoma - Professore ordinario di Oncologia all'Università Federico II di Napoli*



Servizio Anziani

Insufficienza respiratoria: il fattore nascosto che pesa su pazienti e ospedali

Hypoxia Day è il primo studio osservazionale dedicato all'ipossiemia nei pazienti over 55 promosso dalla Società italiana di geriatria ospedale e territorio

*di Filippo Luca Fimognari**

20 febbraio 2026

L'insufficienza respiratoria negli anziani ospedalizzati è un problema clinico noto, ma raramente misurato in modo sistematico. Eppure, secondo alcune stime, potrebbe riguardare oltre il 40% dei pazienti anziani ricoverati dal Pronto Soccorso nei reparti di Geriatria e Medicina Interna, incidendo in modo significativo su mortalità, durata della degenza e utilizzo delle risorse sanitarie. Per la prima volta in Italia, un ampio studio multicentrico prova a quantificarne il peso reale. Si chiama Hypoxia Day ed è il primo studio osservazionale nazionale dedicato all'ipossiemia – la riduzione dei livelli di ossigeno nel sangue arterioso – nei pazienti ospedalizzati over 55. L'iniziativa è promossa dalla Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio (SIGOT) e coordinata dall'Unità Operativa Complessa di Geriatria dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza e dalla Direzione Scientifica di SIGOT.

Una fotografia sulla pratica clinica quotidiana

Il 14 gennaio 2026, in un'unica giornata di rilevazione, circa 40 reparti ospedalieri per acuti – tra Geriatria e Medicina interna – distribuiti su tutto il territorio nazionale hanno valutato oltre 700 pazienti con età pari o superiore a 55 anni. L'obiettivo non è stato quello di testare nuovi trattamenti, ma di “fotografare” con accuratezza la pratica clinica quotidiana: quanta insufficienza respiratoria c'è davvero negli ospedali italiani, da cosa dipende e quali conseguenze produce sugli esiti di salute.

L'insufficienza respiratoria non è una patologia autonoma. È una sindrome, cioè la conseguenza fisiopatologica di condizioni estremamente frequenti nell'anziano, come scompenso cardiaco (prima causa in tutte le casistiche), polmonite, bronchite acuta, riacutizzazione di bronchite cronica o enfisema polmonare, embolia polmonare, infezioni, versamenti pleurici di varia natura, sepsi, eventi cerebrovascolari, tumori, fino ai gravi traumi ed alla stessa condizione di allettamento. Spesso, più di una di queste patologie coesistono nello stesso paziente e contribuiscono all'abbassamento di ossigeno nel sangue arterioso, cioè all'insufficienza respiratoria. Non raramente, questa sindrome si manifesta in forme lievi, asintomatiche, che possono essere identificate solo con un monitoraggio attento e giornaliero. Ma anche nelle forme lievi, rappresenta un fattore di rischio indipendente per mortalità e prolungamento della degenza, con ricadute dirette sull'occupazione dei posti letto e sui costi assistenziali.

Migliorare la qualità delle cure

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA

L'insufficienza respiratoria è estremamente frequente negli anziani ospedalizzati, ma non viene ancora riconosciuta come un problema centrale, soprattutto quando non si manifesta in forma grave. Con Hypoxia Day abbiamo voluto fornire basi scientifiche solide ad un uso appropriato delle risorse ospedaliere, a partire dalla distribuzione dei posti letto per acuti.

Negli ultimi anni, l'attenzione della Geriatria ospedaliera si è spostata sempre più verso sindromi trasversali – come delirium, fragilità, malnutrizione, anemia – che incidono sugli esiti più delle singole diagnosi. L'ipossiemia si inserisce in questo quadro come possibile “nuova sindrome geriatrica”, con un impatto che va oltre l'aspetto clinico e coinvolge l'organizzazione delle cure.

Studiare l'insufficienza respiratoria significa migliorare la qualità delle cure, ridurre le complicanze e rendere il sistema sanitario più organizzato per affrontare l'invecchiamento della popolazione. Un tema che rimanda direttamente alla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale, in un contesto di progressivo incremento del numero assoluto di pazienti anziani e di pressione sul Pronto Soccorso e sui reparti per acuti.

I pazienti sotto osservazione per 90 giorni

I pazienti arruolati nello studio saranno seguiti fino a 90 giorni dalla dimissione, per valutare mortalità, durata del ricovero e modalità di dimissione. I risultati completi, attesi nei prossimi mesi, potrebbero tradursi in raccomandazioni cliniche utili a ridurre complicanze evitabili. Ma forniranno anche indicazioni di politica sanitaria su un inevitabile e doveroso aumento dei posti letto ospedalieri di area medica, di Geriatria in particolare. È noto infatti che il congestionamento del Pronto Soccorso è determinato soprattutto dal fenomeno del “boarding”, cioè dal crescente numero di pazienti critici, in gran parte anziani, già arruolati per il ricovero che aspettano in Pronto Soccorso per giorni, dato che i posti letto nei reparti sono stati recentemente tagliati in un'ottica miope di risparmio. Moltissimi di questi pazienti hanno insufficienza respiratoria.

In un sistema sanitario sempre più chiamato a coniugare qualità delle cure e sostenibilità economica, anche fattori apparentemente “semplici” come il livello di ossigenazione potrebbero rivelarsi determinanti. Hypoxia Day rappresenta un primo passo per portare questi dati al centro del dibattito su ospedali, Geriatria e politiche sanitarie.

**Direttore Scientifico SIGOT*

*Direttore della Geriatria e del Dipartimento ad Attività Integrata Medico Polispecialistico,
Azienda Ospedaliera di Cosenza – Università della Calabria*
Membro del Consiglio Superiore di Sanità



Servizio Nutrizione di precisione

Dieta mediterranea: test “sentinella” spiega i vantaggi in caso di obesità e sovrappeso

Basterebbe un prelievo dopo un’ora dal pasto: il biomarcatore Sparc informa sull’infiammazione legata all’eccesso di tessuto adiposo

di Federico Mereta

20 febbraio 2026

Che l'alimentazione mediterranea sia il modello nutrizionale ideale è ormai acclarato. Grazie all'equilibrio di macro e micronutrienti, oltre che ad un valido apporto in fibre per la presenza delle classiche cinque porzioni di vegetali oltre che di un sufficiente quantitativo di cereali integrali, è considerata quanto di meglio in termini di salute e prevenzione si possa ottenere. Il tutto, considerando anche l'impatto positivo che aspetti sociali come la convivialità e i “tempi” di preparazione dei cibi, secondo le nostre ricette tradizionali e gli ingredienti più sani. Il nostro modello alimentare, insomma, va bene per tutti. E a tutte le età. Ma ci sono persone per le quali discostarsi da queste indicazioni generali potrebbe essere ancor più sbagliato. Perché i vantaggi sono ancora maggiori. Come riconoscere chi davvero non può fare a meno delle abitudini dei nostri nonni? La risposta potrebbe venire da una ricerca cinese, pubblicata su Life Metabolism. Grazie ad un semplice prelievo di sangue si potrebbe infatti conoscere il valore di un “segnalatore” post-prandiale, chiamato SPARC: se rilevato dopo un’ora dal termine del pasto indica chi trarrà maggiori benefici dall’adozione di una dieta mediterranea. E soprattutto è una sorta di “avanguardia” verso la nutrizione di precisione.

Modelli alimentari a confronto

Lo studio è stato coordinato da Jiqiu Wang e Guang Ning del Ruijin Hospital della Shanghai Jiao Tong University ed ha coinvolto per sei mesi 235 adulti cinesi con sovrappeso o obesità e prediabete. I partecipanti sono stati assegnati a tre diversi modelli alimentari a restrizione calorica: nel primo gruppo si è puntato sulla classica alimentazione mediterranea, nel secondo sulla dieta Jiangnan (modello alimentare salutare tradizionale del delta del fiume Yangtze, caratterizzato da un alto consumo di verdure di stagione, pesce d’acqua dolce, legumi e riso integrale, con un uso moderato di olio di colza e carne rossa, con cottura soprattutto a vapore e bollitura) o una dieta di controllo “moderna” della zona di Shanghai. Per tutti è stato proposto un calo di un quarto delle calorie totali attraverso pasti controllati per cinque giorni a settimana.

Ecco il segnalatore

Nel percorso di valutazione sono stati misurati i valori nel sangue di SPARC, una proteina secreta associata all’infiammazione adiposa, a digiuno, 1 ora e 2 ore dopo l’assunzione di glucosio. Risultato: le rilevazioni a un’ora dall’assunzione di glucosio al basale, non quello a digiuno o a 2 ore, ha predetto prediceva l’entità del miglioramento metabolico nel gruppo sottoposto a dieta mediterranea. Gli individui con livelli basali di SPARC a un’ora più bassi, inoltre, hanno mostrato

un trend di miglioramento più efficiente nella resistenza all'insulina, nell'insulina a digiuno e nella glicemia a digiuno dopo sei mesi di aderenza alla dieta con restrizione calorica. Questi tracciati di possibile interferenza metabolica non si sono osservati in chi seguiva la dieta Jiangnan o quella di controllo, a far ipotizzare un'interazione metabolica specifica per l'alimentazione mediterranea. Insomma: la misurazione di SPARC a un'ora dal pasto ha agito come valido predittore per capire chi più di altri poteva trarre vantaggi ancor maggiori dall'alimentazione mediterranea. Così, dunque, un singolo biomarcatore postprandiale potrebbe aiutare a identificare gli individui con maggiori probabilità di ottenere significativi benefici cardiometabolici da questo modello alimentare.

Una proteina multifunzione

“Lo studio è sicuramente di grande interesse, anche alla luce delle conoscenze su SPARC, una proteina che può avere diverse funzioni, anche in base alle cellule che ne favoriscono la produzione— commenta Michelangelo Giampietro, specialista in Scienza dell’Alimentazione, Direttore Istituto medicina Sport- Sport e Salute. Ad esempio quella prodotta in corso di attività muscolare (organo endocrino-immunitario) sembrerebbe che abbia un effetto benefico nel tempo e nella fase di adattamento, andando a spiegare il potenziale positivo per l’organismo. In questo caso specifico, parlando di produzione legata al tessuto adiposo, un calo della proteina SPARC nella prima ora avrebbe azione antinfiammatoria e quindi può aiutare chi fa la dieta mediterranea. Quindi occorre capire la doppia valenza di SPARC, che addirittura in epoca Covid era stata proposta come rilevatore per registrare i vantaggi dell’attività fisica. Quello che si può dire, in conclusione, è che abbiamo un tassello in più per spiegare il valore dell’alimentazione mediterranea e dei suoi vantaggi anche e soprattutto in caso di sovrappeso e dismetabolismi”.

STEFANI: AUMENTI DI STIPENDIO A MEDICI E INFERMIERI

Il Veneto già prepara la sanità differenziata

di **CLAUDIO MARINCOLA**

La chiamano autonomia. Ma a sentire Alberto Stefani sembra piuttosto un aumento selettivo dei privilegi. «Anzitutto vogliamo aumentare lo stipendio di medici, infermieri e operatori sanitari del servizio pubblico», annuncia il presidente del Veneto, con la soddisfazione di chi ha appena trovato la chiave della cassaforte. Non quella dello Stato, ma quella della sua Regione. La differenza non è semantica, è politica. Sociale.

Dietro la parola autonomia si profila già la sua traduzione concreta: busta paga differenziata, sanità differenziata, pensione differenziata. Vita differenziata. Il Veneto, forte delle pre-intese approvate dal governo, si prepara a distribuire 300 milioni aggiuntivi. Non bruscolini. Denaro che servirà a rendere più attrattivo il sistema sanitario regionale, a trattenere personale, ad accorciare le liste d'attesa. Tutto legittimo. Tutto razionale. Tutto devastante per chi quei soldi non li ha.

È questo il cuore dello "spacca-Italia" voluto con ostinazione dalla Lega e dal ministro agli Affari regionali Roberto Calderoli. Un progetto inseguito per trent'anni e oggi messo a terra, con qualche mugugno di Giorgia Meloni, che ne avrebbe fatto volentieri a meno ma non ha avuto la forza - o la volontà - di fermarlo. Il risultato è un Paese che rinuncia alla sua architettura

costituzionale in nome di una competizione territoriale permanente. Le quattro Regioni che hanno firmato le intese - Lombardia, Veneto, Piemonte e Liguria - si preparano a fare ciò che lo Stato non riesce più a fare: investire dove conviene, trattenere dove rende, selezionare dove è possibile. Risultato: chi ha di più, terrà di più. Chi ha meno, resterà indietro.

La traiettoria già scritta nei numeri. La Svimez lo dice con la gravità di un centro studi che sa leggere le conseguenze: il rischio è «cristallizzare le differenze di cittadinanza tra Nord e Sud». Tradotto: rendere permanente ciò che oggi è ancora reversibile. Trasformare il divario in destino.

Perché quando una Regione può pagare meglio i suoi medici, quei medici si sposteranno. Quando può costruire ospedali più efficienti, i pazienti migreranno. Quando può integrare pensioni e welfare, i cittadini resteranno. Dall'altra parte, c'è chi osserva il fenomeno con la lucidità di chi sa di essere già in svantaggio. «Non possiamo accettare una sanità a geometria variabile», avverte Zuccarelli, dirigente dell'Anao Assomed Campania. Il punto non è ideologico, è operativo. «Se si amplia il divario tra Regioni, si indebolisce il carattere nazionale della programmazione sanitaria». Meno equità per i cittadini. Meno tutele per i professionisti. Meno Stato.

E mentre al Nord si pianificano aumenti e telemedicina, al Sud si combatte con le macerie. In Calabria le cure palliative, diritto sancito da una legge del 2010, restano un miraggio per l'80% dei malati. Hospice costruiti

e mai aperti. Strutture vandalizzate. Reti mai completate. Diecimila persone l'anno che avrebbero diritto a un accompagnamento dignitoso e che invece trovano il vuoto. Qui non si parla di aumenti salariali. Qui si parla di assenza. È questa la vera fotografia del Paese che nasce dalle intese sull'autonomia differenziata: un'Italia che accelera da una parte e si svuota dall'altra. Dove il codice postale pesa più della cittadinanza.

Il paradosso è che tutto questo viene raccontato come un successo amministrativo. Efficienza, responsabilità, merito. Parole nobili, svuotate dal loro contesto. Perché l'efficienza senza perequazione è selezione. La responsabilità senza equilibrio è abbandono. Il merito senza pari condizioni di partenza è privilegio. La verità è più semplice e più brutale: l'autonomia differenziata non crea eccellenze. Le separa. E nel separarle, le rende irraggiungibili per chi resta indietro: lentamente, busta paga dopo busta paga. Medico dopo medico. Paziente dopo paziente.



LA MOBILITAZIONE SUI SOCIAL I VIDEO DI ATTORI E REGISTI, MA C'È ANCHE GRAMAZIO, IL PINGUINO EX MSI

Santamaria e altre star uniti per il Forlanini

Una crepa a destra sulla svendita al Vaticano

L'OSPEDALE ROMANO

L'ultimo è Claudio Santamaria: "Sarebbe uno spreco se il Forlanini cadesse in mani private", dice l'attore romano in un video, pubblicato su Facebook dal professor Massimo Martelli, già primario di chirurgia pediatrica al Forlanini. Prima di lui avevano preso posizione anche Sergio Rubini, Monica Guerritore, Ninetto Davoli e altre figure del mondo del cinema, tutte mobilitate da Martelli che oggi è in pensione. A sorpresa c'è pure un video di Domenico Gramazio, il "camerata pinguino", per decenni parlamentare e punto di riferimento dell'estrema destra romana dal Msi ad An e al Pdl.

Insomma, si apre almeno una piccola crepa anche a destra sulla discussa operazione di cui *il Fatto* scrive dall'estate 2023: la (s)vendita del Forlanini, chiuso nel 2015 dalla Regione Lazio allora governata dal Pd, al Vaticano. Del resto, nemmeno il presidente della Regione Lazio Francesco Rocca, ex Msi ora in Fdi, è mai sembrato davvero entusiasta

dell'operazione annunciata in pompa magna due anni fa dal sottosegretario alla Presidenza del Consiglio Alfredo Mantovano, notoriamente vicino alle gerarchie ecclesiastiche, e dal cardinale Segretario di Stato vaticano Pietro Parolin.

L'ACCORDO prevedeva la cessione dell'immobile, si diceva per 70 milioni di euro che è una cifra ritenuta bassa da chi si oppone, e i lavori di ristrutturazione per un costo fino a 6-700 milioni a carico dell'Inail in cambio di un canone che la Santa Sede pagherebbe in cento anni. Ottenendo piena sovranità su quella porzione di Roma, con una modifica dei Patti Lateranensi. Il Vaticano vorrebbe farne la nuova sede dell'ospedale pediatrico Bambino Gesù, centro d'eccellenza e quasi monopolista delle pediatrie nel Lazio. Ma chissà poi cos'altro, viste le ragguardevoli dimensioni del monumentale nosocomio del quartiere Monteverde, incastonato in una cittadella della sanità (pubblica) che comprende anche il San Camillo e lo Spallanzani. Ora però Rocca sembra del tutto fuori dalla partita: con un decreto dello scorso ottobre il governo ha trasferito la

proprietà del Forlanini al Demanio nazionale, quindi al ministero dell'Economia. C'è una diffida preparata dall'avvocato Giuseppe Libutti: il Forlanini resta patrimonio indisponibile, non potrebbe essere ceduto. Infatti da due anni è tutto fermo.

Contro la cessione si mobilitano da tempo comitati e associazioni in difesa della sanità pubblica, in prima linea Antonella Saliva dell'associazione La Fenice, il professor Martelli e numerose personalità dall'ex giudice costituzionale Paolo Maddalena all'ex direttore del Policlinico Umberto I Riccardo Fatarella. Ha preso nettamente posizione il M5S con i parlamentari Alessandra Maiorino e Francesco Silvestri e l'ex sindaca di Roma Virginia Raggi. Giovedì prossimo la Cgil di Roma e del Lazio organizza un'assemblea nella storica sede di via Buonarroti all'Esquilino con le associazioni. E anche una parte del Pd sembra intenzionata a schierarsi per dare un futuro al Forlanini nella sanità pubblica.

A. MAN.



Claudio Santamaria



Monica Guerritore



Sergio Rubini



Domenico Gramazio



Inaugurato al Sant'Eugenio il nuovo reparto d'urgenza

► Taglio del nastro ieri con Rocca, si allarga anche la Terapia sub intensiva con altri dieci posti letto. Amato (Asl Roma 2): «Una trasformazione profonda»

LA GIORNATA

«Questo intervento mette in condizione medici, infermieri e tutto il personale di poter dare il proprio meglio, dotandoli di tecnologie e strutture adeguate, e rimette il Sant'Eugenio al centro di questo quadrante della città. Un reparto come questo è estremamente significativo nella cura del paziente» così il governatore del Lazio, Francesco Rocca, ha inaugurato ieri mattina, insieme al dg della Asl Roma 2, Francesco Amato, il nuovo reparto di Medicina d'Urgenza e 10 posti letto di Terapia Sub Intensiva dell'Ospedale Sant'Eugenio.

«Il nostro è un lavoro costante e continuo, ogni giorno ci sono nuove aperture e nuove assunzioni che stanno continuando. È un lavoro lento perché deve essere preciso ma inesorabile. Il Sant'Eugenio è sempre stato un punto di riferimento per un quadrante importante della città, anche se ha avuto un periodo in cui è stato probabilmente trascurato, ma oggi stiamo recuperando il tempo perduto - ha sottolineato Rocca -. Questo reparto da 20 posti letto con la sub intensiva è particolarmente significativo per curare al meglio i pazienti di pronto soccorso. La combinazione ottima è offrire tecnologie moderne facendo crescere la professionalità dei medici», ha concluso Rocca.

INTERVENTO DA 400MILA EURO. IN ARRIVO LA RIQUALIFICAZIONE ANCHE PER RADIOLOGIA INTERVENTISTICA E PRONTO SOCCORSO

I DETTAGLI

Il nuovo reparto si estende su un'area completamente rinnovata per 550 metri quadrati, dove è stato effettuato un profondo adeguamento impiantistico e tecnologico: l'attuale configurazione consente una gestione flessibile degli spazi e una rapida rimodulazione dell'assetto assistenziale in base alle esigenze cliniche, elemento decisivo per affrontare situazioni di emergenza e per garantire continuità nella presa in carico dei pazienti più fragili. L'intervento di rinnovamento del reparto, costato 400mila euro, ha comportato la sua riconversione funzionale e l'adeguamento tecnologico degli impianti in particolare modo il rinnovo dell'impianto di areazione che garantisce almeno 6 ricambi orari in ogni stanza di degenza, assicurando un controllo avanzato della carica microbica e aumentando la protezione dei pazienti critici. Per quanto riguarda la sub intensiva, sono stati installati i trasformatori di isolamento e i nuovi sistemi di controllo dell'isolamento. Ciò rende possibile l'esecuzione di pratiche cliniche ad alta complessità in condizioni di massima sicurezza, con un beneficio diretto per i pazienti che necessitano di monitoraggio continuo e trattamenti intensivi. L'intervento è, tuttavia, solo il primo passo di un progetto di rinnovamento più ampio. Come spiegato dal direttore della Asl Roma 2, Francesco Amato: «La rete dell'urgenza-emergenza sarà completata definitivamente con la ristrutturazione, nei prossimi mesi, del pronto

soccorso e con la radiologia interventistica. Si tratta di una trasformazione profonda».

POTENZIAMENTO DELLA RETE

Con l'inaugurazione di ieri che al Sant'Eugenio fa seguito a quella di settembre scorso della nuova terapia intensiva, si rafforza il potenziamento della rete degli ospedali pubblici avviata da Rocca. A parte le diverse case della comunità, che fanno parte degli obiettivi da raggiungere del Pnrr, per rimanere solo agli ultimi ammodernamenti e implementazioni, a inizio mese (6 febbraio) è stato aperto il nuovo reparto di oncologia e del day hospital dell'ospedale di Colferro. Pochi giorni prima, il 29 gennaio, invece, era stata la volta del nuovo pronto soccorso ad alta intensità, del reparto di Ortopedia e di una nuova sala d'attesa del San Giovanni Addolorata. A dicembre scorso, era stato inaugurato il nuovo pronto soccorso e il blocco operatorio dell'ospedale di Monterotondo mentre, a fine novembre, il nastro era stato tagliato alla medicina d'urgenza del Policlinico di Tor Vergata.

Fernando M. Magliaro

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il cuore "bruciato"

Nella cartella clinica di Domenico manca il referto-chiave

NAPOLI Non sarebbe stato trascritto dai medici - indagati per omicidio colposo - il momento in cui è avvenuto l'espianto "anticipato" del cuore del bimbo effettuato prima dell'arrivo dell'organo.

Del Gaudio, Di Biase e Fusco

A pag. 16



Il dramma di Domenico «Nella cartella clinica mancano i minuti fatali»

► Non è stato trascritto dai medici, indagati a Napoli per omicidio colposo, il momento in cui è avvenuto l'espianto "anticipato" del cuore del bimbo. I Nas di nuovo al Monaldi

L'INCHIESTA

NAPOLI Una cartella clinica definita «incompleta», un documento ufficiale nel quale spicca un particolare non secondario: «Manca il diario di perfusione, vale a dire il tracciato della circolazione extracorporea del paziente». Prosa scientifica a parte, nella cartella clinica del piccolo Domenico Caliendo mancherebbe la nota capace di dimostrare il momento esatto in cui è avvenuto quello che ormai tutti definiscono un

espianto anticipato: il momento in cui a Domenico è stato tolto il suo cuore, in attesa dell'organo in arrivo da Bolzano e del trapianto del cuore ghiacciato. I carabinieri del Nas (che ieri sono tornati al Monaldi) dovranno stabilire se questo dato - fondamentale per le indagini - sia stato volutamente ommesso dalla cartella clinica. Sei cellulari sequestrati: si scava nelle memorie dei rispettivi account per recuperare comunicazioni precedenti e successive al trapianto, da parte dei medici coinvolti. Stando alle indagini interne i primi passi falsi di questa storia sarebbero avvenuti proprio a Bolza-

no: c'è chi sostiene che i medici di Innsbruck (giunti al San Maurizio per ricevere altri organi espianati al donatore) avrebbero aiutato i colleghi napoletani. Nelle carte del Ministero si parla di



«interventi correttivi», probabilmente in merito all'intervento realizzato dai partenopei. Una equipe, quella napoletana, rappresentata dalla dottoressa Gabriella Farina, che oggi si affida alla nota difensiva della penalista Anna Ziccardi: «È il momento in cui deve prevalere il silenzio, nel doveroso e profondo rispetto della famiglia. Occorrono senso di responsabilità e misura, evitando giudizi affrettati. Si confida nel lavoro sereno degli inquirenti».

LE ANOMALIE

Errori, silenzi e omissioni, si scava negli ultimi due mesi nell'inchiesta per omicidio colposo. Il fattore temporale non è secondario. Ed è probabilmente questo il

motivo che spinge l'avvocato Francesco Petrucci a rimarcare la presunta anomalia che avrebbe riscontrato nella cartella clinica. Per accertare le responsabilità del dramma, bisogna chiarire i tempi delle operazioni di espianto-impianto tra Bolzano e Napoli. Il primo passo formale di questa vicenda risale allo scorso 11 gennaio, il giorno in cui i due genitori di Domenico decidono di sporgere denuncia ai carabinieri di Nola. Sono passate più di due setti-

mane dall'intervento del 23 dicembre, quello in cui Domenico ha subito il trapianto di un cuore deteriorato. Un tempo lunghissimo nel quale nessuno al Monaldi si sarebbe premurato di fornire una spiegazione di quanto accaduto ai genitori del bimbo: ghiaccio secco e mancanza di formazione per l'uso di box termiche rimaste inutilizzate a Napoli. Intanto, però, la storia del cuore congelato entra in alcuni momenti di

confronto - rigorosamente a porte chiuse - all'interno dell'ospedale. Le date: è il 29 dicembre quando la direzione registra le dimissioni del cardiologo Giuseppe Limongelli, che decide di rinunciare a un ruolo strategico, quello di responsabile del trattamento pre trapianto. Conosce bene Domenico, lo ha seguito sin dalla nascita. Si dimette per un deficit di comunicazione interna all'ospedale. Nessuno lo avrebbe informato della missione altoatesina, della donazione di un cuore nuovo tra il 22 e il 23 dicembre.

LE AUDIZIONI

Limongelli non ha partecipato alla missione a Bolzano, né all'espianto-trapianto al Monaldi. E non è un caso che il dimissionario sia tra i primi testimoni ascol-

tati in Procura. E il 30 dicembre scorso, quando c'è il primo consulto tra la direttrice generale Anna Iervolino (non indagata) e il primario di cardiocirurgia Guido Oppido. È il momento in cui si discute apertis verbis della storia del ghiaccio. In sintesi, audit alla mano, Oppido avrebbe ribadito

una linea che viene sostenuta anche dai suoi legali: «Ha lottato contro il tempo e contro i minuti». Torniamo a quel 23 dicembre. L'equipe di rientro da Bolzano sa di avere poco tempo a disposizione, perché stanno finendo le 6 ore di vita del cuore donato. Non sanno ovviamente di aver trasportato un organo congelato. Sbarcano a Napoli, corsa in tangenziale, si arriva in sala operatoria, mentre viene dato l'ok all'espianto anticipato. Come avviene il via libera? A voce o con un messaggio? Quanto basta ad accedere ai server dei cellulari sequestrati, per poi analizzare le testimonianze di chi era in sala operatoria. Fatto sta che di fronte allo choc del cuore congelato, non c'è alternativa e il bimbo viene tenuto in vita in modo meccanico, fino al suo decesso, due giorni fa.

Leandro Del Gaudio

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LA VICENDA

Prima di Natale l'intervento

Domenico, 2 anni e pochi mesi, viene operato il 23 dicembre al Monaldi di Napoli. Il cuore per il trapianto viene prelevato a Bolzano. Ma qualcosa va storto: il piccolo entra in coma

L'organo trasportato con il ghiaccio secco

Si scopre che il cuore trapiantato era danneggiato. L'ipotesi è che durante il trasporto sia stato usato ghiaccio secco, che lo avrebbe "bruciato" a -75 gradi. La famiglia denuncia

La doppia inchiesta e i (primi) 6 indagati

Viene sequestrata la box usata per il trasporto. Sei i medici indagati, mentre il ministero della Salute invia gli ispettori a Napoli e Bolzano. Ieri nuovo blitz dei carabinieri del Nas al Monaldi

Neanche un cuore nuovo può salvarlo

Neanche un nuovo cuore riesce a salvare Domenico: il bimbo non è più trapiantabile. Viene accompagnato nel fine-vita con la terapia del dolore. Il decesso l'altro ieri

DAI CELLULARI SEQUESTRATI SI CERCA DI STABILIRE DA CHI È IN CHE MODO È STATO DATO L'OK AL TRAPIANTO

IL MISTERO DEGLI INTERVENTI CORRETTIVI E IL RUOLO DI UN'EQUIPE DI INNSBRUCK CHE A BOLZANO HA AIUTATO LO STAFF PARTENOPEO



Domenico, il bimbo di poco più di due anni morto due giorni fa all'ospedale Monaldi di Napoli dopo un trapianto di cuore fallito lo scorso 23 dicembre e oltre cinquanta giorni collegato all'Ecmo





L'INCHIESTA

NAPOLI

Il capo, la veterana e le giovani leve al vaglio le chat dei medici indagati

Il primario arrivato da Bologna più di dieci anni fa. La veterana della cardiocirurgia, l'esperta anestesista, i tre specializzati intorno ai trent'anni. Sono i medici dell'ospedale Monaldi che si sono occupati, tra Bolzano e Napoli, dell'espianto e del successivo trapianto sul piccolo Domenico del cuore risultato gravemente danneggiato dal contatto con ghiaccio secco. Per il ruolo ricoperto quel 23 dicembre sono i primi indagati dell'inchiesta. La procura ha disposto il sequestro dei cellulari per esaminare le chat. Siamo in una fase del procedimento dove le mosse della magistratura costituiscono innanzitutto un atto a tutela degli interessi e non un'affermazione di responsabilità. Ma per ricostruire l'accaduto, vanno ripercorsi gli eventi di quelle ore che porteranno al calvario del bambino.

Nato a Cosenza 54 anni fa, Guido Oppido è un cardiocirurgo con oltre tremila interventi alle spalle. Laureato alla Sapienza di Roma con il massimo dei voti, esperienze in Italia e all'estero, è il responsabile della Cardiocirurgia pediatrica. A Napoli arriva dal Policlinico Sant'Orsola di Bologna. È Oppido ad eseguire il trapianto nonostante il cuore appena arrivato da Bolzano sia risultato compro-

messo. Una scelta che il professionista, descritto come un dirigente dal carattere determinato e i modi perentori soprattutto in sala operatoria, motiverà nell'audit aziendale del 14 gennaio come dettata da assenza di alternative. «Siamo convinti sin d'ora che il nostro assistito abbia fatto tutto ciò che era professionalmente doveroso, e tutto quanto era umanamente possibile, per salvare la vita del piccolo Domenico» hanno detto i suoi avvocati, Alfredo Sorge e Vittorio Manes.

Ad affiancare Oppido, l'équipe del Monaldi composta dall'anestesista Francesca Blasi, 55 anni, un quarto di secolo speso nella Uoc di Cardiocirurgia pediatrica e cardiopatie congenite del Monaldi. E due giovani cardiocirurghi: la salernitana Mariangela Addonizio, trent'anni appena compiuti, laurea a Torino e specializzazione a Padova, da giugno 2025 al Monaldi, e la trentaduenne Emma Bergonzoni, nata in provincia di Ferrara, studi a Bologna, specializzazione a Padova, da luglio 2024 a Napoli. A Bolzano lo staff del Monaldi è guidato Gabriella Farina, 66 anni, una delle cardiocirurghie dalla carriera più lunga tra le corsie del presidio. Proprio per la sua competenza in materia di espianiti è lei ad occuparsi dell'espianto dal donato-

re con il trentatrenne Vincenzo Pagano, salernitano con studi tra Napoli e Bologna.

Questa équipe parte per l'Alto Adige con un contenitore per il trasporto dell'organo non di ultima generazione, diverso dal più moderno "Paragonix" di cui pure il Monaldi dispone, ma non vietato dalle norme. Sono loro a chiedere ai sanitari bolzanini di integrare il ghiaccio mancante fino alla copertura completa del secchiello contenente il cuore espantato, ricevendo però non ghiaccio di acqua, ma secco. «È un momento in cui deve prevalere il silenzio, nel doveroso rispetto della famiglia – dicono gli avvocati Anna Ziccardi e Dario Gagliano, legali di Farina – La complessità della vicenda impone senso di responsabilità e misura, evitando giudizi affrettati. Si confida nel lavoro sereno e rigoroso degli inquirenti, affinché i fatti possano essere accertati con obiettività, nel rispetto della verità e della trasparenza». — **D.D.P. — A.DICOST.**

Il primario da tremila interventi, l'anestesista esperta e gli altri: chi sono i sei che sono finiti nel mirino della procura

Guido Oppido,
primario
di Cardiocirurgia
all'ospedale
Monaldi
di Napoli



IL COMMENTO

Ma la sfiducia
negli ospedali rischia
di danneggiare
il sistema delle donazioni

Melania Rizzoli a pagina 17

ATTENTI, PERÒ, A METTERE IL MONALDI ALLA GOGNA

di **Melania Rizzoli**

Quale genitore con un figlio in attesa di trapianto si rivolgerebbe oggi all'Ospedale Monaldi di Napoli nella speranza di ricevere un organo? Insieme alla catena di errori accaduti nella procedura chirurgica di impianto di un cuore al piccolo Domenico, è calata purtroppo anche un'ombra impietosa sulla professionalità, sulla sicurezza, sul prestigio e sulla dirigenza di uno dei più importanti ospedali del Mezzogiorno, specializzato nei trapianti pediatrici.

Fino allo scorso Natale questo nosocomio era universalmente riconosciuto come un'eccellenza assoluta nel campo della cardiocirurgia, e il suo Centro Trapianti, animato da un gruppo di professionisti di grande esperienza e con uno sterminato patrimonio di competenze, era motivo di orgoglio non solo per Napoli, ma per l'Italia intera. Dopo il tragico esito della vicenda del piccolo Domenico però, emerge un problema non di poco conto, ma immenso nei confronti del Monaldi, nel senso della credibilità, della affidabilità e della sicurezza, tutte qualità un tempo riconosciute come eccelse ed ora precipitate nelle sfiducia e sfregiate nella memoria della maggioranza degli italiani, una lettera scarlatta che gli rimarrà impressa sul petto per sempre.

Al momento infatti, appare inutile sottolineare che in quell'Ospedale sono stati eseguiti negli anni centinaia di trapianti cardiaci con esito positivo, e che in quella struttura da anni operano chirurghi, anestesisti, cardiologi, medici di ogni specialità e personale infermieristico di enorme qualità professionale, che negli anni hanno contribui-

to a portare il grande corpo del Monaldi a un primo livello nazionale di eccellenza sanitaria e a farlo sveltare nella sua funzione insostituibile. Ma come non disperdere oggi questo grande patrimonio di competenze e di servizi dopo la drammatica fine del piccolo Domenico, con la sua storia tragica e assurda che per due mesi ha scosso e coinvolto emotivamente l'intero Paese? Sarebbe utile che nelle prossime settimane la Magistratura di Bolzano e di Napoli, anziché focalizzarsi nello scontro politico in atto in vista dell'imminente Referendum sulla Giustizia sulla separazione delle carriere, si concentri invece sulle carriere dei medici del Monaldi, sia inflessibile e soprattutto rapida nell'accertamento delle responsabilità, delle leggerezze e degli errori eclatanti avvenuti, trovando i veri colpevoli di questa vicenda e separando loro le carriere, eliminandoli cioè dalla catena di gestione dei trapianti, per assicurare le centinaia di cardiopatici che si sono affidati a questa struttura, che confidavano nella professionalità degli specialisti e che oggi sono smarriti e hanno paura di perdere ogni certezza, di veder crollare ogni speranza, come sta succedendo a tutti coloro che sono in attesa di un organo per non morire e continuare a vivere.

L'altro immenso problema che si è concretizzato in queste settimane è stato il crollo della fiducia dei cittadini verso la rete nazionale della Donazione di organi, un settore dove lavorano 15mila professionisti, che dopo la storia di Domenico viene guardato con sospetto, e l'Aido (Associazione Italiana Donazione Organi, un milione e mezzo di iscritti) con voce della sua Presidente Flavia Petrin, ha registrato in questi due mesi un calo delle manifestazioni di volontà al prelievo degli organi, le iscrizioni sono andate diminuendo, mentre sono aumentate le revocche delle adesioni, tutte

STAMPA LOCALE SUD E ISOLE

persone una volta fiduciose ed ora spaventate dal sospetto che l'organizzazione dei trapianti non sia efficiente e trasparente. La rete italiana dei trapianti è un'organizzazione complessa che non si ferma mai e in tal modo il numero dei trapianti in Italia ha superato i 4.600 all'anno, cioè 4.600 persone che hanno ripreso a vivere grazie alle donazioni di organi, grazie a impianti tutti con esito positivo. Ora, la straziante vicenda di Domenico, il singolo incidente, benché gravissimo, che ha visto sprecato il piccolo cuore a lui donato con grande generosità da una madre di Bolzano, e ridotto a un pezzo di carne congelata e rigida come un sasso, non può inficiare o modificare la valutazione complessiva di un'organizzazione così preziosa e non può cancellare la lunga lista dei successi precedenti.

Una volta si andava all'estero per cercare un organo da trapiantare e i pazienti si recavano in India, in Thailandia, in Cina o in Russia per farsi operare con esiti non sempre positivi, mentre oggi questa migrazione sanitaria, sotterranea e nascosta, è cessata da circa 15 anni, quando la Sanità italiana ha iniziato a provvedere di colmare questo deficit, stabilendo protocolli rigorosi per tutti i cittadini italiani, sempre a spese del SSN, (ogni impianto di organo costa allo Stato dai 100mila ai 300mila€), anche se attualmente sono circa 8.400 i pazienti in attesa di un organo, il doppio rispetto a quelli realmente disponibili. La commozone per la morte del piccolo Domenico è quella di un intero Paese ma la Scienza si sa, ha le sue rigide leggi e non sbaglia, è al servizio dell'umanità per la sopravvivenza della specie.

