

**8 maggio 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**





DIFENDIAMO L'EUROPA VALLEVERDE

la Repubblica



VALLEVERDE

Fondatore EUGENIO SCALFARI

Direttore MARIO ORFEO



Racconti

Baricco: "Tutti in piazza a leggere Dostoevskij"

di RAFFAELLA DE SANTIS alle pagine 40 e 41

Rispettacoli

Sossai, regista da David "Vittoria degli sconfitti"

di ARIANNA FINOS a pagina 45



Venerdì 8 maggio 2026 Anno 51 - N° 104 Oggi con il venerdì in Italia € 2,90

Monito del Papa a Rubio "Lavorare per la pace"

Tensioni su Iran e Cuba nell'incontro in Vaticano tra Leone XIV e il segretario di Stato Usa Dazi, Trump a von der Leyen: l'Europa rispetti le intese entro il 4 luglio oppure saliranno

L'incontro per chiarirsi dopo gli attacchi di Trump c'è stato ma lo scambio di idee tra papa Leone XIV e il segretario di Stato americano Marco Rubio sulle guerre in corso non cancella le distanze. Fermo il monito del Papa: "Bisogna lavorare per la pace". Tensione su Cuba, prossimo obiettivo di Trump. Sui dazi la Casa Bianca minaccia ancora l'Europa.

di BASILE, CIRIACO, DE CICCO, LOMBARDI, MASTROLILLI e SCARAMUZZI alle pagine 2, 3, 4 e 35

Ricucire non è facile

di MAURIZIO MOLINARI

Due ore e mezza di incontri tra Marco Rubio e i vertici della Chiesa non allontanano tutte le nubi dai rapporti Usa-Vaticano ma fanno affacciare un possibile «reset». «Abbiamo discusso sui conflitti in Medio Oriente e sui temi di comune interesse nell'emisfero occidentale».

a pagina 13



Andrea Sempio e, sotto, Chiara Poggi

Chiusa l'inchiesta "Ha ucciso Chiara Sempio a processo"



L'inchiesta sull'omicidio di Chiara Poggi è chiusa: la procura di Pavia è pronta a chiedere il processo per Andrea Sempio. E sollecita la revisione per Alberto Stasi, ora in prigione per l'omicidio.

di GUARINO e PISA alle pagine 10 e 11

La giustizia e l'errore

di MICHELE AINIS

Il vero e il falso. Talvolta si confondono, s'accavallano, si scambiano l'odore. Succede, sta succedendo adesso per il delitto di Garlasco. Dove c'è una giovane vittima (Chiara Poggi) e un colpevole acclarato (Alberto Stasi): assolto in primo grado nel 2009, in appello nel 2011, poi condannato in via definitiva dopo un ping pong tra la Cassazione e un nuovo giudice d'appello. È in carcere dal 2015.

a pagina 13



Il selfie di Jannik Sinner con i tifosi al primo allenamento al Foro Italico

TENNIS

Sinner, bagno di folla a Roma per vedere l'allenamento

di CALANDRI e CAROTENUTO

alle pagine 46 e 47

MAPPE

Fdi e Lega in calo cresce a destra l'allarme Vannacci

di ILVO DIAMANTI

Non è cambiato molto l'orientamento politico degli italiani negli ultimi mesi, nonostante l'esito del referendum sulla giustizia e i magistrati voluto dal governo e bocciato dai cittadini. Una situazione diversa dal 2016, quando la riforma promossa dal governo Renzi, per il superamento del bicameralismo, venne bocciata e causò le dimissioni del governo.

a pagina 16

Advertisement for 'LA CURA' by Concita De Gregorio. Text: 'Anche nella fragilità la vita non smette di incantarci, di rivelarci nuovi mondi.' Includes image of a colorful fish.

Minetti, primi risultati dall'Interpol "Nessuna irregolarità sulla grazia"

Nessuna retromarcia per ora sulla grazia a Nicole Minetti: i primi risultati delle indagini non hanno evidenziato nessuna irregolarità. A gennaio il giudizio dei magistrati era stato positivo, poi il fascicolo era passato al ministero della Giustizia e al Quirinale, che il 18 febbraio aveva concesso la clemenza. Dopo le verifiche chieste da Mattarella sono partite altre indagini affidate all'Interpol per scavare, tra Spagna e Uruguay, nella vita dell'ex consigliere regionale e del compagno Giuseppe Cipriani. La decisione definitiva è attesa la settimana prossima.

di ROSARIO DI RAIMONDO

a pagina 19



Paura hantavirus l'Oms rassicura: non sarà il Covid

di ELENA DUSI

a pagina 14

# CORRIERE DELLA SERA

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



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

**SANMARCO INFORMATICA**  
SANMARCOINFORMATICA.COM

**GRANDE AR** **Favorito Vingegaard**  
Parte dalla Bulgaria il Giro delle sorprese  
di **Marco Bonarrigo**  
alle pagine 50 e 51

**Aveva 92 anni**  
Addio al pci Cervetti: disse no ai rubli russi  
di **Paolo Franchi**  
a pagina 19

**SANMARCO INFORMATICA**  
SANMARCOINFORMATICA.COM

Attacchi incrociati Iran-Usa, la tregua a rischio. Libano, un razzo sulla base italiana. Il tycoon pressa l'Europa sui dazi

## Leone vede Rubio: dialogo e pace

Il segretario di Stato in Vaticano, la linea prudente della Santa Sede. Oggi visita a Meloni

### OCCASIONI PERDUTE

di **Giuseppe Sarcina**

**D**onald Trump ha fretta di chiudere un accordo. Vedremo se anche a Teheran c'è lo stesso interesse. La lista dei danni causati da questi sciagurati sessanta giorni di guerra è talmente lunga che probabilmente a noi europei andrà comunque bene.

Il presidente americano dovrà accettare uno schema molto diverso da quello immaginato e annunciato all'inizio del conflitto. L'Iran potrebbe concedere una moratoria, una pausa nel piano di arricchimento dell'uranio, ma non cancellerà per sempre il percorso che porta alla costruzione della bomba atomica. A Teheran non c'è stato alcun cambio di regime, anche se il controllo della dittatura sembra passato dagli ayatollah ai pasdaran. Ancora: la capacità militare iraniana sarà pure diminuita, ma è stata comunque sufficiente per costringere la Us Navy, la più potente del mondo, a rinunciare al roboante «Project Freedom», il piano per ripristinare con la forza la navigazione nello Stretto di Hormuz.

Sul piano geopolitico, Trump è riuscito nell'impresa di litigare praticamente con tutti gli alleati. Un Nobel capovolto. Si è parlato molto, naturalmente, delle tensioni con Emmanuel Macron, Friedrich Merz, Keir Starmer e, da ultimo, con Giorgia Meloni.

continua a pagina 34



LA LINEA DI PREVOST PER LA CHIESA

**Tranquillità (e fermezza)**  
Così il Papa si è «svelato»

di **Massimo Franco**

a pagina 2

PARLA PIZZABALLA

**«No all'ultima parola**  
a chi vuole distruggere»

di **Paolo Foschini**

a pagina 5

MA LA VERIFICA PROSEGUE

**Caso Minetti, i magistrati: primi controlli, niente anomalie**

a pagina 14

BOLOGNA

**Uno Bianca, caccia ai complici Filmati d'epoca setacciati con l'AI**

di **Baccaro**

a pagina 22

**Garlasco** Indagini chiuse. C'è l'aggravante della crudeltà. Marco Poggi ai carabinieri: mi influenzate



Andrea Sempio, 38 anni, fuori dalla caserma dell'Arma a Milano

## I pm: Sempio il colpevole Per Stasi revisione possibile

di **Cesare Guizzi** e **Pierpaolo Lio**

«**A**ndrea Sempio ha ucciso Chiara con crudeltà dopo il rifiuto delle sue avances». La Procura di Pavia ha chiuso le indagini sul delitto di Garlasco, e a 19 anni dalla morte di Chiara Poggi, il (presunto) colpevole non è più il «fidanzato» dagli occhi di ghiaccio, Alberto Stasi, ma l'amico del fratello della vittima, Sempio, appunto. Le nuove carte del pm pavese sono già state trasmesse alla Procura generale di Milano cui spetterà incardinare la procedura verso una eventuale revisione della condanna di Stasi. Che ora spera...

da pagina 10 e 13 **Corcella, Sciacca**

LA NOTA DELL'OMS

**La nave, il virus: «Non è il Covid»**

Hantavirus, tre le vittime e otto i contagiati sulla nave Hondius, «ma non è il Covid». Così l'Oms, che ritiene possibili nuovi casi. In Sudamerica il primo ammalato, e gli indizi portano alla coppia di olandesi morti.

a pagina 23 **Cuppin, Gandolfi**

### IL CAFFÈ

di **Massimo Gramellini**

**C'**è una telefonata che non riesco a togliermi di dosso da quando l'ho letta sul Post, che a sua volta l'ha ripresa da un reportage dell'inviato in Libano del Los Angeles Times. A riceverla sul suo cellulare è stato un uomo di 62 anni, appena rientrato in casa. «Pronto, Ahmad?» ha detto una voce in arabo. «Sì». «Sono un ufficiale dell'esercito israeliano. Vuoi morire con le persone che ti stanno attorno o da solo?». Ahmad, raccontano i familiari, è rimasto qualche secondo in silenzio, poi ha risposto: «Da solo». Si è alzato ed è uscito in strada incrociando la moglie, ma fingendo di non vederla: è salito in macchina e si è allontanato il più possibile. Trenta secondi dopo, un drone ha centrato l'automobile, dissolvendola dentro

### Vuoi morire da solo?

una nuvola di fuoco come in un videogioco. Non sappiamo chi fosse e che cosa avesse fatto, questo Ahmad, e se ne avesse uno. Sappiamo però che è esistito un tempo primitivo in cui i bersagli venivano eliminati senza preavviso da altri esseri umani che li guardavano negli occhi. Adesso ci siamo evoluti e gli uomini uccidono a distanza, affidando l'incombenza a una macchina. Loro si limitano a fare una telefonata alla vittima per annunciarle il suo destino e addossarle la responsabilità di trasformare la propria esecuzione in una strage. Ma forse sono troppo ottimista e anche la voce che ti chiede se preferisci morire da solo o in compagnia è quella di un computer.

### MAGNESIO COMPLETO

4 fonti di Magnesio per un'azione completa

PRINCIPIUM®

BIOS LINE

In Farmacia, Parafarmacia ed Erboristeria.



principiumlife.com



IL CASO

### "Ha ammazzato la moglie" In fuga dal Texas a Torino

ELISA SOLA - PAGINA 16



LA CULTURA

### Fondazione Sandretto viaggio sull'isola che c'è

MICHELTA TAMBURRINO - PAGINA 19



LA TECNOLOGIA

### L'intelligenza artificiale e la fine delle certezze

GABRIELE SEGRE - PAGINA 23

1,90 € • ANNO 160 • N. 121 • IN ITALIA (PREZZI PROMOZIONALI ED ESTERO IN ULTIMA) • SPEDIZIONE ABB. POSTALE • DL 353/03 (CONV. IN L. 27/02/04) • ART. 1 COMMA 1, DCB-TO • WWW.LASTAMPA.IT



# LA STAMPA

VENERDÌ 8 MAGGIO 2026

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



GNN

L'ULTIMA MINACCIA DEL PRESIDENTE USA A VON DER LEYEN: "AZZERATE I DAZI ENTRO IL QUATTRO LUGLIO O NOI ALZEREMO I NOSTRI"

## Conti, Bruxelles apre all'Italia

Il commissario Dombrovskis: ho visto Giorgetti, sull'uscita dalla procedura decidiamo in autunno

L'ANALISI

### Perché il Pnrr non ha funzionato

VERONICA DE ROMANIS

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (Pnrr) non sta contribuendo a rafforzare il potenziale di sviluppo del Paese. E questo, in estrema sintesi, l'impatto atteso dal governo nel quadriennio 2025-2029. Tradotto: i circa 200 miliardi messi in campo dall'Europa non sono serviti a incrementare la crescita potenziale del Paese che, peraltro, è già molto contenuta. Nello specifico, il Piano sottrarrà circa due decimi di punto percentuale alla nostra crescita potenziale. Stime di questo tipo sorprendono visto che il Pnrr nasceva con l'obiettivo opposto: rafforzare l'economia, renderla più efficiente e più attrattiva. E invece il risultato appare rovesciato. Che cosa non ha funzionato? Partiamo dai numeri. Nel Documento di Finanza Pubblica approvato la scorsa settimana emerge che la crescita potenziale - ossia la quantità di risorse che un'economia può produrre se i fattori di produzione vengono impiegati nel migliore dei modi - si attesterà attorno allo 0,7 per cento nei prossimi anni, quasi la metà della media dell'area euro. Un risultato tutt'altro che brillante. - PAGINA 22

L'INTERVISTA

### Patuelli: "Piano Ue contro la crisi"

GIUSEPPE BOTTERO

«Siamo in un'emergenza economica e finanziaria. Se non è ancora esplosa, è perché la guerra è cominciata il 28 febbraio. Ma dobbiamo muoverci in tempi stretti. Non possiamo andare avanti con il passo della lencorazia europea». Per Antonio Patuelli, presidente dell'Abi, servono misure eccezionali. - PAGINA 3

MARCO BRESOLIN, ALBERTO SIMONI



C'è ancora uno spiraglio per l'uscita anticipata dalla procedura per disavanzi eccessivi già nel 2026. - PAGINE 2-3

LA POLITICA

### Schlein si gioca la carta Obama

NICCOLÒ CARRATELLI

Diciotto anni fa lei, in trasferta a Chicago, distribuiva volantini con la faccia di lui e la scritta "Yes we can". Oggi a Toronto Schlein si ritroverà davanti Obama. - PAGINA 11

### Così il potere divora se stesso

MARCO FOLLINI

In mezzo a tante notizie grame, la buona notizia è che il potere di questi tempi non paga e non rende più di tanto. Somiglia più a una bolla di sapone che a una goccia di veleno. - PAGINA 23

IL GIALLO

### Uno Bianca, caccia alla rete di coperture L'esposto dei parenti "Ecco i depistatori"

GENTA, FIORINI



«Depistaggi organizzati omogenei a una strategia della banda non solo di garantirsi l'immunità, con visibili appoggi esterni, ma di rompere il tessuto politico-sociale della Regione "rossa", indicandola come preda di bande criminali e sanguinarie. Così l'avvocato Gamberini nell'esposto delle famiglie delle vittime della Uno Bianca. - PAGINA 13

RUBIO VEDE IL PAPA: NO ALLA TERZA GUERRA MONDIALE. L'IDEA DEL FACCIA A FACCIA CON TRUMP

## Andiamo in pace

ILARIO LOMBARDO



Donald, l'Iran e il fallimento epico

NATHALIE TOCCI

Reina: "Ma Leone cita Gesù"

GIACOMO GALEAZZI

Scambio di doni fra Papa Leone e il Segretario di Stato Usa Marco Rubio. MAGRI, RICCI, STABILE. CON IL TACCUINO DI SORGI - PAGINA 4-9

L'INCHIESTA

### "Sempio ha ucciso Chiara con odio"

SERRA, ZANCAN

Dopo un anno e mezzo di indagini, consulenze, un incidente probatorio, dibattiti in tv, interviste più o meno ritratte, la procura di Pavia ha chiuso l'inchiesta su Andrea Sempio, accusato di aver ucciso Chiara Poggi con crudeltà e per motivi riconducibili all'odio. - PAGINE 14 E 15

IL COMMENTO

### Garlasco e lo show che non finisce mai

RAFFAELLA ROMAGNOLO

Come certi romanzi ottocenteschi, detti "feuilleton", che uscivano a puntate sui giornali ed erano progettati per durare nel tempo perché l'autore era pagato un tanto al pezzo. Allo stesso modo, "Garlasco" non finisce mai. - PAGINA 23

## Buongiorno

Il magnifico Pietrangelo Buttafuoco è dunque arrivato sino in fondo, e domani inaugurerà la sua Biennale aperta a tutti, perché l'arte è libertà d'espressione, la migliore e la peggiore. Qualcuno ha motivato il disaccordo con argomentazioni affatto sciocche, e ci si potrebbe dibattere con godimento per mesi e anni e secoli. Qualcun altro ha invece opposto obiezioni legali, o roba del genere, sospettando un aggravamento delle sanzioni alla Russia, e l'Ue difatti ritirerà il peraltro non generosissimo finanziamento di due milioni di euro in tre anni. Spiace per la sensibilità dei vertici europei, ma a questo punto uso le righe residue per segnalare che ancora stiamo comprando gas russo, lo compreremo fino alla fine del 2026 e stiamo comprando tutto quello disponibile per farne scorta in vista del prossimo

## Lido del Kirghizistan

MATTIA FELTRI

anno - di modo che in vista del prossimo anno Putin faccia scorta di armi per l'Ucraina. Spiace anche segnalare che le esportazioni della Germania verso il Kirghizistan, alleato della Russia, sono aumentate del quintuplo, di colpo dopo l'invasione dell'Ucraina, e ora sono sopra del decuplo. Sono aumentate anche verso Armenia, Uzbekistan, Tagikistan e più o meno da tutti i paesi europei, Italia compresa. Per esempio, l'Italia esportava in Kirghizistan armi per un milione, ora per cinquanta milioni. La molto pacifista Spagna ne esportava per dieci milioni e ora per cinquanta. L'Austria ne esportava per dieci milioni e ora per ottanta. Allora i casi sono due: o il Kirghizistan è incaricato di espugnare il Lido e destituire Buttafuoco, oppure, cara Ue, bisogna che ti venga un sospettuccio. —

**ODONTOBI**  
Dir. Sanitario - Dott.ssa Emanuela Bianca

### Prevenzione dentale over 60

Castelletto Sopra Ticino (NO)  
Tel. 0331 962405  
odonatobi@odonatobi.it  
www.odonatobi.it



€ 1,40\* ANNO 148 - N° 123  
Sped. in A.P. 0333/2003 come L. 48/2004 art. 1, c. 1, 03/38/01

Venerdì 8 Maggio 2026 • S. Vittore

# Il Messaggero

NAZION

IL GIORNALE D

Commenta le notizie su [ILMESSAGGERO.IT](#)



VALLEVERDE

L'evento, Oggi Davis e Billie Jean King Cup protagoniste  
**FORO MESSAGGERO**  
**FIGLIOLLO APRE LO SHOW**

Marchetti nello Sport



**Gli Internazionali**  
**È Sinner-mania**  
**E lui dice: felice di giocare a Roma**

Carina e Martucci nello Sport

COLLOQUIO DI 45 MINUTI IN VATICANO

## Il Papa a Rubio: avanti per la pace

► Il Segretario di Stato Usa: «Relazioni solide». Il dialogo resta aperto, le distanze permangono. Oggi l'incontro con Meloni. Ieri a palazzo Chigi i bilaterali con Magyar, Tusk e il premier libico

ROMA Papa Leone incontra Rubio: avanti per la pace. Bechis, Evangelisti, Giansoldati, Ventura, **Analisi** di Filippo Fasulo e il **reportage** di Nicola Pinna alle pag. 2, 3, 4 e 7

L'editoriale  
**IL RUOLO ATTIVO DELLA CHIESA**

Paolo Pombeni

Ci sarebbe da chiedersi se Trump abbia spedito a Roma Marco Rubio prendendogli la famosa domanda che Stalin fece a chi lo invitava nel secondo dopoguerra a tenere conto del peso di papa Pio XII: «Ma quando divisioni ha il Vaticano?». Si può supporre che se non in questi termini, almeno nella sostanza una questione simile stia nei pensieri del presidente Usa, che si ostina a giudicare il papa come una delle pedine, poco significative, che partecipano all'impresa del ridisegno degli equilibri internazionali.

Non fosse che la storia non è certo la materia preferita dal tycoon, sarebbe da ricordargli l'importanza che ebbe l'aver inserito nella incipiente guerra fredda post 1945 un confronto ideale fra l'Occidente «cristiano» e l'Oriente bolscevico «ateo»: perché le sistemazioni «imperiali» hanno bisogno non di ideologie strumentali, ma di quadri ideali capaci di giustificare i cambiamenti della geopolitica e quel confronto è durato più di quarant'anni.

Continua a pag. 18

Chiusa l'indagine bis. Marco Poggi «ostile» nelle risposte, per i pm ha cambiato versione



«Sempio ha ucciso Chiara con crudeltà»

Dall'alto verso il basso Chiara Poggi, Andrea Sempio e Marco Guasco e Di Corrado alle pag. 10 e 11

Il racconto  
**ROMA CENTRO DEL MONDO**

Mario Ajello

Non è una coincidenza la concentrazione di stati stranieri in queste ore a Roma, con il via vai tra il Vaticano e Palazzo Chigi, tra la città religiosa e la capitale laica, tra una parte e l'altra del Tevere.

Continua a pag. 3



Colloquio con Elly Schlein  
**«Una rete internazionale per fermare le destre»**

Pigliautile a pag. 5

La Procura e le prime indagini sulla grazia  
**L'Interpol dà ragione a Minetti**  
**«Parere per ora confermato»**

Allegrì a pag. 12

**I numeri veri**  
**Anche la povertà non è un'opinione**

Marco Fortis

Dal 2015 al 2025 le persone a rischio povertà sono diminuite di oltre 4 milioni.

A pag. 9

**Il nuovo contratto Statali, aumento per i buoni pasto**

Bisozzi a pag. 8

LA LISTA DEL CDA ALLA PROVA DEI FATTI HA FUNZIONATO

► Critiche ingenerose e poco convincenti

di Maurizio Onza

Negli ultimi giorni, in riferimento a talune rilevanti vicende della finanza italiana, alcuni autorevoli opinionisti sono intervenuti pubblicamente sul tema della cosiddetta «lista del Cda». Si tratta di contributi che meritano attenzione, perché toccano un nodo delicato della governance delle società quotate italiane. Tuttavia, le critiche formulate non appaiono adeguatamente giustificate né, in ogni caso, condivisibili.

La disciplina introdotta dalla Legge Capitali, infatti, non ha prodotto gli effetti di distorsivi che alcuni paventavano. Al contrario, alla prova dei fatti ha mostrato una significativa capacità di tenuta. Essa ha reso più rigoroso il procedimento di formazione della lista del consiglio uscente, imponendo un'istruttoria approfondita e un controllo più attento sulla qualità, sulla indipendenza e sull'equilibrio complessivo della proposta di composizione del consiglio.

Il punto decisivo è che la lista del Cda non si è tradotta in un meccanismo autoreferenziale né in uno strumento di chiusura rispetto alla base sociale. Al contrario, anche e soprattutto attraverso il premio riconosciuto alla minoranza, ha assicurato un'adeguata rappresentanza delle diverse componenti degli azionisti, evitando che la governance venisse «appiattita» su una sola sensibilità.

Continua a pag. 18

Il caso Villa Pamphilj



**Kaufmann esce dal carcere: psicotico dev'essere curato**

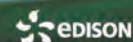
Federica Pizzi

Kaufmann esce dal carcere. «Disturbo psicotico, va curato». Stop al processo per l'assassino di Villa Pamphilj.

A pag. 13

## Futuro in corso.

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



Diventiamo l'energia che cambia tutto.



Il Segno di LUCA

ACQUARIO, PUNTA SULL'INTUIZIONE

La Luna arriva nel tuo segno dove si congiunge con Plutone. L'astro è appena diventato retrogrado e ti invita a prendere una pausa per quanto riguarda le crisi e i dubbi. Adesso inizia una fase di osservazione, uno sguardo in parte retrospettivo che ti consentirà di correggere il tiro, capendo meglio quello che è davvero prezioso e non può essere scartato. Fai leva sulla tua intuizione per tradurlo poi in indicazioni per il lavoro.

MANTRA DEL GIORNO

Le piante ci insegnano ad aspettare.

L'oroscopo a pag. 18

\* Tariffe con altri quotidiani (non acquistati separatamente): nella provincia di Padova, L'Espresso, il Messaggero - Nuovi Quotidiani di Puglia € 1,20; la domenica il Messaggero - Corriere dello Sport - Stradio € 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 - Stradio € 1,50; **Guida ai migliori itinerari in bicicletta di Roma e dintorni** - € 9,90 (Roma); **Passaggio a Roma** - € 8,90 (Roma)

Venerdì 8 maggio 2026 ANNO LIX n° 106 1,50 € Beata Vergine del Santo Rosario di Pompei

Avvenire Quotidiano di ispirazione cattolica www.avvenire.it



Editoriale Leone XIV e il dono della comunione DISARMATI PER DISARMARE

MATTEO MARIA ZUPPI La fumata bianca è giunta rapidamente, inaspettata, considerando quello che era stato descritto come un conclave difficile, interpretato e enfatizzato dal toto-papa digitale...

IL FATTO Iran in stand by sulla proposta di intesa Usa, razzo sulla base Unifil in Libano (sospetti su Hezbollah) Impegno comune

Incontro «cordiale» tra il Papa e Rubio: condivisa la volontà di coltivare buone relazioni e «di lavorare instancabilmente per la pace». Ma resta il nodo degli strumenti più idonei

ARCIVESCOVO COAKLEY «La Chiesa non fa attività politica E Prevost richiama al bene comune»



Leone XIV e il segretario di Stato Usa Marco Rubio / Reuters

IL SEGRETARIO DI STATO Palazzo Chigi punta alla normalizzazione con Washington Europa alla finestra

Marcellì e Rosana a pagina 3

LETTERE INEDITE Don Mazzolari e quei soldati senz'odio, premessa per uscire dalla guerra

LA GUERRA A EST Ucraina, tregua violata Mosca, paralizzata dalla paura, blocca la rete internet

Del Re a pagina 4

nostri temi PAROLE Una bonifica paziente per il linguaggio MARCO GIRARDO I discorsi d'odio non nascono nel vuoto di parole, nascono nel vuoto di senso... BATTAGLIA «Leone XIV a Napoli, città che conosce dolore e fraternità» GIACOMO GAMBASSI «Da Napoli si leva un "no" deciso, senza ambiguità...»

SELEZIONE Prima un test iperonzionistico, poi un orale "farsa": su 30mila, promossi in 230 Il concorso per guide sbaglia strada

IL CONTAGIO L'epidemiologo Ciccozzi Hantavirus, tre morti «Non è come il Covid ma serve attenzione»

L'ESPERIENZA DI «RE.TE.» L'online che diventa rifugio e la cura per i giovani isolati

ADUNATA OLTRE LE POLEMICHE A Genova 400mila alpini «campioni di solidarietà»

I CRITERI DEL BES OLTRE IL PIL L'Onu prova a misurare il vero benessere dei Paesi

Corpo zavorra «Drei la fragile casa che abitiamo», esordisce così Sara, corpo esile, leggero, sorriso aperto e una vita accanto ai malati terminali di un hospice...

Gutenberg Risalendo là, dove il sacro nasce

LUOGHI INFINITO IL SOGNO DEL VOLO Disponibile in edicola e online su luoghiindefinito.it

# Rivoluzione medici di famiglia

Pronta la riforma della sanità territoriale  
Camici bianchi scettici, ma le Regioni dicono sì

PAOLORUSSO

**Q**uel misero 4% di Case di comunità — i maxi ambulatori finanziati dal Pnrr - pienamente funzionanti, deve essere stata la goccia che ha fatto traboccare il vaso e spinto il ministro della Salute, Orazio Schillaci, a calare la carta del decreto legge di riforma dei medici di famiglia. Che gradualmente e “volontariamente” potranno passare da liberi professionisti in convenzione con il Ssn a dipendenti. Su questo la Premier e le Regioni hanno dato già il via libera a un decreto che serve a popolare le case di Comunità. Dovrebbe invece essere demandato a un disegno di legge l'altro punto cardine della riforma, quello che legherebbe la retribuzione dei medici di famiglia non più al numero di assistiti in carico, bensì agli “obiettivi” raggiunti. In primis, quello di dover lavorare obbligatoriamente un certo numero di ore — se ne ipotizzano 6 a settimana — nelle Case di comunità e di

prendersi carico con continuità dei malati cronici.

Il testo presentato alle Regioni prevede che al cittadino resti comunque la scelta del medico di fiducia (in sua assenza potrà comunque trovarne un altro). Oltre alla rivolta dei medici (che minacciano lo sciopero), qualche crepa si è aperta anche nella maggioranza, con la presa di distanza di FI. I sì sovrastano comunque i no, aprendo la strada a una riforma che, con il crollo della sanità territoriale in era Covid, è da tutti giudicata non più rinviabile. —

## 40mila

I medici di famiglia in Italia  
Nel 2027 ne andranno in pensione 8000

## 5700

Il numero di medici di famiglia mancanti  
Al Nord le criticità



## IL RAPPORTO CONTRATTUALE

# Verso il passaggio al lavoro dipendente

Il decreto Schillaci dice chiaro e tondo che «la convenzione resta il modello ordinario» per i medici di famiglia e i pediatri, che potranno prendere in carico i ragazzi fino a 18 anni. Non viene abolito il rapporto fiduciario: ogni assistito potrà continuare a scegliersi il proprio medico di fiducia, sapendo però che in sua assenza ne troverà un altro nelle case di comunità o negli studi medici associati.

La riforma però prevede un doppio canale, con accanto alla “convenzione riformata” la figura del medico di famiglia dipendente “su base volontaria”. Una misura – si legge nello schema di decreto – «che serve a

dare stabilità al nuovo modello organizzativo territoriale». Tradotto per i cittadini significa avere almeno un nucleo di presenze mediche certe nelle nuove case di comunità, per far sì che le spoke più grandi siano aperte 7 giorni su 7 per 24 ore e le hub per almeno 12 ore.

I sindacati di categoria temono che questo sia solo l'antipasto di un successivo passaggio in massa verso la dipendenza, che a loro avviso finirebbe per burocratizzare ancor più l'attività medica. Con il rischio, secondo la Fimmg, di una privatizzazione del si-

stema. Perché per entrare nella dipendenza serve la specializzazione che pochi medici di famiglia hanno. Conseguentemente le regioni potrebbero essere spinte a rivolgersi ai privati che non hanno l'obbligo di fornire medici specialisti, come la storia dei gettonisti insegna. I contributi previdenziali continuerebbero invece a confluire all'Enpam. Una soluzione che i medici considerano giuridicamente poco sostenibile. P. RUS. —



## LA RETRIBUZIONE

# Pagati per i risultati e non per gli assistiti

**L**a vera rivoluzione della riforma Schillaci è qui, nel ribaltamento del modo di retribuire i medici di famiglia: non più in base al numero di assistiti in carico ma per “obiettivi”. Che, tradotto, significa più servizi per i cittadini. Lo spiega con esempi concreti lo schema di decreto che ha avuto un sostanziale placet dalle Regioni. Ipotizzando una quota di 120 euro per assistito, 20 verrebbero corrisposti per la presa in carico dei malati cronici e fragili. Ciò significa organizzare un piano di cura e controlli senza abbandonarli nelle braccia non

sempre amiche del Cup. Ma anche supportare i caregiver familiari, badanti incluse, nel garantire una migliore assistenza domiciliare a cronici e fragili. Altri 30 euro potrebbero essere destinati alla digitalizzazione, come teleconsulti o l'obbligo di caricare sul nostro fascicolo sanitario elettronico le informazioni su terapie, accertamenti e malattie. Ulteriori 20 euro andrebbero per l'attività di prevenzione, 10 per il lavoro in team con infermieri e specialisti, 20 per garantire almeno sei ore di lavoro settimanale nelle nuove Case di Comunità: le nuove strutture dove dovrebbero lavorare insieme medici di famiglia, specialisti, infermieri

e tecnici della riabilitazione e dove dovrebbero potersi eseguire accertamenti di primo livello, come ECG e ecografie, ma che stanno venendo su come scatole vuote per assenza di personale. E il problema che più di ogni altro ha spinto Schillaci verso la riforma. Osteggiata dai medici di famiglia, che nel modello di retribuzione della “convenzione riformata” vedono un attentato alle loro certezze stipendiali. Fatto che potrebbe aumentare la fuga già in atto dal Ssn. P.RUS. —



## LE NUOVE STRUTTURE

# Obbligo di servizio nelle case di comunità

**L**a data cerchiata in rosso è il 30 giugno prossimo. Per allora le Case di comunità finanziate con 2 miliardi del Pnrr non dovranno limitarsi a mostrare una targa sulla porta, ma offrire i servizi per cui sono state pensate. Ossia offrire assistenza anche nei festivi, per tutto l'arco della giornata, oltre che esami diagnostici di base. Funzioni che oggi solo il 4% di quelle già funzionanti garantiscono.

«Non possiamo perdere un'occasione storica per l'Italia», ha detto Schillaci presentando il suo decreto. Che, per popolare le nuove strutture, oltre all'opzione della dipendenza e alla remunerazione per obiettivi, intro-

duce il "debito organizzativo minimo", che sono poi le funzioni basilari che i dottori devono garantire per essere pagati. E tra queste, oltre all'utilizzo dei sistemi informativi comuni, all'integrazione con i percorsi di presa in carico multiprofessionale, all'adesione agli audit e alla partecipazione effettiva alla rete territoriale, c'è proprio l'attività nelle Case di Comunità. Che «costituisce componente strutturale del nuovo modello di medicina generale e della pediatria di libera scelta e non mera attività

incentivata». Questo, dal punto di vista del cittadino, dovrebbe garantire la piena operatività del-

le nuove strutture che, altrimenti, a fine giugno potrebbero perdere i finanziamenti Ue.

I medici temono invece di dover dividere il proprio tempo di lavoro tra i vecchi studi, dove continuerebbero a svolgere parte dell'attività, e le nuove strutture. Che avendo un bacino di 50 mila abitanti, potrebbero comportare spostamenti un po' troppo pesanti anche per gli assistiti che vivono in zone poco popolate. P. RUS. —



**LA PROFESSIONE** ha perso attrattività tra carichi burocratici e mancanza di prospettiva di carriera

## *Sanità e riforma medici di famiglia Schillaci: solo dopo confronto con i sindacati*



Una riforma dei medici di famiglia da varare dopo il confronto con le organizzazioni sindacali. Così il ministro della Salute, Orazio Schillaci, ha risposto al Question time alla Camera all'interrogazione sulla riforma della medicina generale e il potenziamento dell'assistenza sanitaria territoriale. Il Governo - aggiunge Schillaci, "non vuole smantellare la figura del medico di famiglia ma liberiamo il potenziale, è un presidio di prevenzione, stili di vita e cronicità gestita sul territorio prima che diventi emergenza". "Dobbiamo passare da una sanità che gestisce la malattia a una sanità che "costruisce la salute". Con il cittadino come partner informato, non come utente passivo. Il confronto con le Regioni è in corso da inizio legislatura. È stato costruttivo, operativo e la proposta finale sarà il frutto di un lavoro condiviso con i soggetti attuatori che quelle strutture le devono realizzare e gestire. Con le organizzazioni di categoria il confronto come in passato ci sarà", ha puntualizzato il ministro. "I pronto soccorso sono spesso intasati, i codici bianchi e verdi sono persone che potrebbero e dovrebbero essere seguiti

altrove ma che spesso non sanno dove andare. Non è colpa dei cittadini, non è colpa dei medici di famiglia, è risultato di un mondo che è cambiato - ha ricordato. Le persone si informano di più, si preoccupano di più, cercano risposte più rapidamente, il sistema non tiene il passo. Nel frattempo, i medici di famiglia sono sempre meno, la professione ha perso attrattività negli anni, carichi burocratici, isolamento professionale, mancanza di prospettiva di carriera, i giovani medici guardano altrove. E chi rimane regge spesso in maniera eroica un modello non più adeguato alla domanda di salute del nostro tempo".

"Il medico di medicina generale è - e deve tornare ad essere - il garante della salute dei cittadini, non solo il gestore di malattie acute. Il medico di famiglia è il presidio della prevenzione, dell'educazione agli stili di vita, della cronicità gestita sul territorio prima che diventi emergenza. Per farlo ha bisogno di una squadra, di strumenti digitali, di un contesto organizzativo che sostenga il suo lavoro. Le case di comunità e la telemedicina non sono un'idea stratta, sono una risposta concreta a un medico oggi solo davanti a una doman-

da di salute sempre più complessa", ha concluso Schillaci.

Intanto si è insediata il 5 maggio, presso il ministero della Salute, la Cabina di regia nazionale che avrà il compito di supportare l'attuazione del Regolamento Ue sullo Spazio europeo dei dati sanitari, ovvero il primo quadro normativo interamente dedicato allo scambio dei dati sanitari. Approvato dal Parlamento Europeo e dal Consiglio dell'Unione Europea, il regolamento è entrato in vigore il 26 marzo 2025 e definisce le regole per la condivisione, l'accesso e il riutilizzo dei dati sanitari in tutti gli Stati membri. Punta a garantire ai cittadini continuità delle cure attraverso il pieno controllo sui propri dati sanitari, anche all'estero, e a consentire a ricercatori, autorità sanitarie e industria di accedere a dati aggregati e canonizzati per scopi di ricerca, innovazione e policy, nel rispetto delle garanzie di privacy.

**Ce.Au.**



## LA SANITÀ

# No alla riforma I medici di base in agitazione

di **CLAUDIO MARINCOLA**

**L**a Fimmg, il principale sindacato dei medici di famiglia, proclama lo stato di agitazione contro la riforma voluta dal ministro della Salute Orazio Schillaci che, dopo il via libera delle Regioni, entro la fine del mese approderà in Parlamento. Il sindacato contesta una tra-

sformazione «di portata sistemica» destinata a cambiare il rapporto tra medico e paziente, l'organizzazione della medicina territoriale e perfino la natura stessa della professione. I nodi sono rappresentati da orari, organizzazione del lavoro, presenza obbligatoria nelle Case di comunità e, soprattutto, dal dilagare della burocrazia.

a pagina XII

## LA CARENZA DI PERSONALE SANITARIO

# Medici di base: no alla riforma Sciopero sempre più vicino

di **CLAUDIO MARINCOLA**

**I** medici di famiglia sono pronti a sfilarsi il camice. La Fimmg, il principale sindacato della categoria, ha proclamato lo stato di agitazione contro la riforma del ministro della Salute Orazio Schillaci che, dopo il via libera delle Regioni, entro la fine del mese approderà in Parlamento. Sul tavolo, avverte il sindacato, c'è una trasformazione "di portata sistemica" destinata a cambiare il rapporto tra medico e paziente, l'organizzazione della medicina territoriale e perfino la natura stessa della professione. Tradotto dal burocrate sanitario: preparatevi alla guerra dei camici bianchi.

Del resto in Italia la riforma dei medici di famiglia viene annunciata con la stessa puntualità con cui si annunciano le grandi opere incompiute: conferenze stampa, tavoli tecnici, commissioni, slogan sulla sanità del futuro e immancabile promessa di "voltar pagina". Poi, regolarmente, tutto si arena tra interessi di categoria, resistenze sindacali, regioni in ordine sparso e lobby sanitarie che riescono sempre a trovare il modo di rinviare il cambiamento. Stavolta però il governo sembra deciso ad andare fino in fondo, (nonostante le perplessità di Forza Italia che potrebbe mettersi di traverso) E infatti la categoria è salita subito sulle barricate.

La riforma punta a superare l'attuale modello del medico convenzionato, libero professionista pagato a quota capitaria, per inserirlo stabilmente nel Servizio sanitario nazionale con un rapporto molto più vicino alla dipendenza pubblica. Oggi

un medico di medicina generale percepisce circa 91 euro l'anno per ogni assistito.

Più mutuati, più compensi. A prescindere dal numero delle prestazioni. Domani cambierebbero orari, organizzazione del lavoro e presenza obbligatoria nelle Case di comunità. Il nuovo schema prevede 38 ore settimanali distribuite tra studio, attività territoriali e strutture sanitarie.

Ed è proprio qui che esplode lo scontro. I sindacati temono la fine dell'autonomia professionale e accusano il governo di voler trasformare i medici di famiglia in dipendenti col badge, schiacciati dalla burocrazia. Il ministero replica che il vecchio sistema non regge più: troppi pensio-



namenti, pochi giovani disposti a scegliere la medicina generale e intere aree del Paese ormai scoperte.

Perché mentre si discute di modelli organizzativi, la sanità territoriale italiana continua a perdere pezzi. Nel Nord produttivo, quello che per anni ha impartito lezioni di efficienza al resto d'Italia, man-

cano centinaia di medici di base. Lombardia, Veneto, Piemonte faticano a coprire gli ambulatori. Nemmeno l'aumento del numero massimo di assistiti per medico è riuscito a colmare i vuoti. In alcuni territori trovare un medico è diventato un percorso a ostacoli.

Nel frattempo il Pnrr ha disseminato il Paese di Case della comunità, le strutture destinate a diventare il cuore della nuova assistenza territoriale. Entro il 2026 ne dovrebbero essere operative 1.288 grazie a quasi due miliardi di investimenti europei. Sulla carta saranno presidi aperti dodici ore al giorno con medici, infermieri, specialistica ambulatoriale, screening, vaccinazioni, telemedicina e percorsi dedicati ai malati cronici. Una sorta di mini ospedali di prossimità pensati per ridurre gli accessi impropri al pronto soccorso.

Ma finite le inaugurazioni con fascia tricolore e fotografie di rito, adesso arriva il problema vero: chi ci lavorerà dentro? Perché le mura si costruiscono con i fondi del Pnrr, ma il personale va assunto e pagato. E qui il Mezzogiorno continua a inseguire. Molte Case della comunità al Sud sono ancora incomplete oppure prive dei servizi essenziali. La sfida non è più edilizia ma organizzativa: integrare medici di famiglia, pediatri, infermieri e assistenza sociale in una rete che oggi semplicemente non esiste.

I numeri raccontano un sistema già in sofferenza. Secondo il rapporto Ocse rilanciato dal sindacato Nursing Up, l'Italia è prima in Europa per numero di medici ma ultima per infermieri. Ci sono 5,4 medici ogni mille abitanti ma appena 6,9 infermieri, ben al di sotto della media europea. Il rapporto infermieri-medici è fermo a 1,3 contro il 2,2 dell'Unione europea. Tradotto: abbiamo tanti camici bianchi che prescrivono ma troppo pochi professionisti che assistano davvero i pazienti sul territorio. E senza infermieri, le Case della comunità rischiano di trasformarsi in scatole vuote.

Nessuno dimentica il tributo in vite umane dei medici di famiglia durante il Covid. Molti hanno continuato a visitare pazienti senza protezioni adeguate, pagando anche in vite umane il prezzo della pandemia. Hanno rappresentato un argine mentre ospedali e pronto soccorso collassavano. Ma proprio l'epidemia ha mostrato tutte le fragilità della nostra sanità territoriale: assistenza domiciliare insufficiente, medicina di prossimità disorganizzata, integrazione quasi inesistente tra ospedali e territorio.

Ora Schillaci tenta di chiudere il cerchio con una riforma che promette di cambiare tutto. Ma la sensazione è che la politica - in un clima già elettorale - stia provando a ristrutturare un edificio mentre mancano muratori, elettricisti e perfino i custodi. Il timore è che l'ennesima rivoluzione sanitaria finisca come sempre: annunciata, e infine rinviata.

---

## LO SCONTRO

*I sindacati*

*temono di perdere*

*autonomia*

*professionale*

*La replica: il vecchio*

*sistema non regge*



# Sicurezza, sanità e qualità dei servizi: i nuovi indicatori Onu per superare il Pil

## Il rapporto

### Proposta degli esperti alle Nazioni Unite: una dashboard con 31 parametri

**Michela Finizio**

L'Onu lancia la dashboard globale del benessere per superare il Pil. È stato pubblicato ieri il rapporto finale del gruppo di esperti di alto livello nominato a maggio 2025 dal segretario generale delle Nazioni Unite, António Guterres, e il testo propone 31 indicatori per misurare progresso, sostenibilità e qualità della vita. Dalla salute mentale alla fiducia nelle istituzioni, l'obiettivo è affiancare il Pil con una nuova bussola globale.

Per decenni il prodotto interno lordo è stato l'unico indicatore con cui governi, mercati e istituzioni hanno misurato il progresso. Ma oggi non basta più. Crescita economica, disuguaglianze crescenti, crisi climatica, crisi sanitarie, sfiducia nelle istituzioni e tensioni sociali convivono ormai nello stesso scenario globale. È da questa constatazione che nasce «Counting what counts», il rapporto finale del gruppo indipendente di 14 esperti, tra i quali figura anche l'italiano Enrico Giovannini, uno dei protagonisti del dibattito internazionale sul superamento del Pil come unico indicatore di sviluppo dei Paesi.

Il documento è stato presentato ieri all'Assemblea generale dell'Onu e rappresenta il primo tentativo ufficiale delle Nazioni Unite di definire una cornice globale condivisa per misura-

re il progresso economico, sociale e ambientale dei Paesi. Il cuore della proposta è una dashboard composta da 31 indicatori, organizzati attorno a quattro grandi pilastri: benessere, equità e inclusione, sostenibilità e resilienza e diritti fondamentali. Non solo reddito e occupazione, dunque, ma anche salute, istruzione, sicurezza, qualità ambientale, fiducia nelle istituzioni, coesione sociale e benessere soggettivo. Tra gli indicatori entrano ad esempio la soddisfazione di vita, la percezione della sicurezza, la solitudine, la qualità dei servizi pubblici, il lavoro di cura non retribuito, le emissioni climalteranti, la biodiversità e perfino la fiducia tra cittadini.

La proposta non punta però a "sostituire" il Pil, che continua ad essere uno strumento indispensabile per misurare l'attività economica. L'obiettivo è affiancare agli indicatori economici tradizionali una nuova dashboard. Nel prossimo passaggio politico saranno poi gli Stati membri dell'Onu a discutere come trasformare questa architettura statistica in uno standard internazionale condiviso. «Si tratta di una grande sfida - spiega Giovannini - perché la statistica internazionale non si è mai occupata di certi temi». Resta ancora nel cassetto, però, l'idea di sviluppare un unico indicatore composito che tenga conto di tutte queste dimensioni: «Non ce l'abbia-

mo fatta - chiosa Giovannini -: su questo punto c'è stato un grande scontro accademico tra noi esperti, tra chi proponeva di dare a tutti gli indicatori lo stesso peso e chi voleva introdurre metriche differenti. Ma non è detto che non si riesca in futuro».

In questa direzione proprio oggi, nell'ambito del Festival dello Sviluppo Sostenibile organizzato dall'Alleanza italiana per lo sviluppo sostenibile, a Bruxelles si discuterà del nuovo rapporto Onu e del recente lavoro pubblicato dal Joint Research Centre in cui viene presentato il primo indice composito che misura il benessere e mette a confronto le performance di Europa e Stati Uniti. Ne è emerso un quadro per niente scontato: tra 2010 e 2023 Washington ha corso sul Pil (+25% contro +17%), ma Bruxelles è avanti sul benessere (+9,5 contro +1,2) e ha meno disuguaglianze. Un vantaggio che, come sottolinea il report Jrc, senza crescita però rischia di non reggere nel tempo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Manca l'accordo per stilare un unico indice sintetico ma il Jrc ci ha già provato: Europa batte Usa sul benessere



SPESA SANITARIA

LE SFIDE  
CONCENTRICHE  
PER GARANTIRE  
CURE MIGLIORI

di **Gianfelice Rocca** — a pag. 14

# Le sfide concentriche per garantire le cure migliori

Spesa sanitaria

Gianfelice Rocca

**L'**Italia spende nella Sanità meno rispetto agli altri Paesi: proprio per questo deve spendere meglio. Il Documento di finanza pubblica prevede un incremento dei fondi per il Sistema sanitario nazionale (Ssn) di circa 11 miliardi di euro, per arrivare nel 2029 a circa il 6,4 per cento del Pil (contro il 6,3 per cento attuale). È un segnale importante, ma richiede uno sforzo per “far funzionare” la Sanità nel migliore dei modi. Altrimenti il tentativo del Governo di accrescere i finanziamenti per il Ssn, pur in un quadro economico complesso, rischia di cadere nel vuoto.

In tutta Europa, i sistemi sanitari devono affrontare la sfida di tre forze concentriche: l'invecchiamento della popolazione, che fa crescere la domanda di cure; il declino demografico, che riduce le risorse a disposizione; e il progresso tecnologico, che rende possibili cure sempre più avanzate ma può comportare costi crescenti.

Per risolvere questo dilemma abbiamo due grandi alleati. Il primo è agire sull'organizzazione. «L'Italia ha una tradizione scientifica formidabile, ma la tradizione, da sola, non basta – ha detto il Ministro Orazio Schillaci in occasione del trentesimo anniversario di Humanitas –. Occorre una governance solida, capace di unire le eccellenze e indirizzarle verso obiettivi comuni». Perché gli obiettivi siano raggiungibili, devono anzitutto essere espressi in termini quantitativi e, pertanto, misurabili. L'Italia è, sotto questo profilo, un'eccellenza: Agenas da anni compie rilevazioni puntuali sulla performance delle diverse strutture, pubbliche e private, fungendo da bussola al miglioramento complessivo della Qualità clinica nazionale. Grazie alla trasparenza possiamo intervenire sull'organizzazione del



settore per utilizzare al meglio le risorse disponibili, che sono per definizione limitate: questo vale per i capitali finanziari e soprattutto per il capitale umano, a partire da ricercatori, medici e infermieri. Per offrire cure servono sia competenze tecniche, sia quel tipo di soft skill che derivano solo dalla frequentazione

assidua dei pazienti e dalla comprensione delle loro esigenze. Serve, parimenti, rafforzare la contiguità con la frontiera della ricerca, che la Premier Giorgia Meloni ha definito «leva strategica per difendere il diritto alla salute». Gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCSS) sono uno strumento originale ed efficace per rendere sostenibile e accessibile l'innovazione.

Tuttavia, la Sanità è un settore particolare, nel quale spesso il progresso tecnologico fa crescere i costi, visto che dobbiamo sviluppare terapie legate alle caratteristiche dei singoli pazienti. Ci sono fortunatamente ragioni di ottimismo: come ha osservato Richard Barker, la medicina di precisione, l'intelligenza artificiale e un approccio alla longevità basato sulle evidenze possono aiutarci, specialmente se sapremo migliorare ed estendere le pratiche di raccolta dei dati clinici.

Occorre, dunque, fare della Sanità non solo il fondamento del nostro contratto sociale, ma anche un diritto concretamente fruibile, perché tutti i cittadini possano avere accesso alle cure migliori. Nel nostro dna di italiani c'è la capacità di fare tanto con poco: di applicare un ingegno che vorrei definire imprenditoriale ai problemi complessi, trovando soluzioni originali. La misurazione degli outcome e della qualità dovrebbe diventare una disciplina quotidiana a tutti i livelli, perché è l'unico modo per diffondere le eccellenze e correggere gli errori. Il vero nemico, prima ancora della mancanza delle risorse, è la minaccia dell'autoreferenzialità: dobbiamo avere il coraggio di abbattere gli steccati, per costruire un impegno condiviso e perseguire maggiore coinvolgimento e piena valorizzazione di tutte le professionalità esistenti. In questo quadro è cruciale riconoscere l'importanza delle diverse esperienze e modelli (anche a livello regionale), senza i quali non avremmo la possibilità di osservare approcci alternativi, misurarne gli esiti e valorizzare quelli più efficaci. Dobbiamo attrarre e premiare il talento e il successo, perché – nel campo della Sanità – sono ciò che rende possibile garantire cure migliori e più anni di vita in salute per tutti.

*Presidente Humanitas*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**SERVE RAFFORZARE  
LA CONTIGUITÀ  
CON LA RICERCA  
SVILUPPANDO  
TERAPIE LEGATE  
AI SINGOLI  
PAZIENTI**





Servizio La survey

## Pronto soccorso: +1,5 mln di accessi in 2 anni e pazienti ancora «senza rete» sul territorio

Ingressi in aumento, "gettonisti" ancora in campo e ingorghi sui reparti ma senza una regia per il collegamento con Rsa, ospedali di comunità e hospice e i cittadini stazionano giornate intere in barella: la denuncia degli specialisti dell'emergenza

*di Barbara Gobbi*

7 maggio 2026

Gli accessi in Pronto soccorso sono aumentati di 1,5 milioni in due anni, tra 2023 e 2025 e di 750mila pazienti nel solo 2024-2025: questa l'ultima stima, in assenza di dati ufficiali, elaborata dalla Società di Medicina di emergenza-urgenza (Simeu) sulla base di una flash survey appena realizzata su un campione di strutture. Dall'analisi-lampo emerge una media di "stazionamento" del paziente in Pronto soccorso pari a 23 ore - ma con strutture che arrivano a registrare il dato drammatico di quattro giorni per il cosiddetto boarding in barella, cioè in attesa di collocare la persona in un reparto o in una struttura sul territorio. Ed è proprio sul collegamento con questo "setting" di cura che emerge il dato più nuovo - mai valutato prima - e decisamente preoccupante: solo poco più di un terzo degli ospedali (il 36%) dichiara di avere una collaborazione reale e costante - basata su protocolli aziendali e gestione congiunta - con centri come le Rsa o gli ospedali di comunità o con le strutture di cure palliative. Al contrario, per il 64% degli intervistati da Simeu, il dialogo è "saltuario o del tutto assente. Con i servizi sociali, il dato migliora ma non supera la sufficienza: la quota di Pronto soccorso che rivendica una cooperazione efficace si ferma al 50%, mentre l'altra metà vive una condizione di "isolamento operativo".

### Senza una regia

Se è la stessa Società scientifica a precisare che i dati presentati hanno il valore di un campione e dovranno essere ulteriormente valutati in futuro, il campanello d'allarme preventivo è forte. Anche soltanto a guardare l'ultimo dato, in tempi in cui il riordino delle cure sul territorio voluto dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr) dovrebbe essere ormai quasi completato. Come sottolinea il presidente Simeu Alessandro Riccardi, «l'integrazione tra Pronto soccorso e strutture socio-assistenziali è il pilastro su cui deve reggersi il futuro del Servizio sanitario nazionale. E' indispensabile definire indicatori realistici e sistemi di rilevazione accurati: senza una reale continuità assistenziale, la pressione sulle aree di emergenza è destinata a diventare insostenibile».

«Da una parte il territorio è insufficiente, dall'altra molte dimissioni a esempio da Medicina, che finiscono in Rsa, potrebbero essere anticipate direttamente dal Pronto soccorso ma questo non succede laddove non c'è un'adeguata regia da parte delle direzioni di distretto sul territorio - spiega il past president Simeu, Fabio De Iaco -. La mancata attuazione del Pnrr diminuisce del resto le possibilità di accoglienza dei pazienti sul territorio ma oltre a questo il tema è che manca una regia che faccia da ponte e consenta la co-gestione dei pazienti tra ospedale e territorio. Chi ha i pazienti

in ospedale e chi deve prendersene cura sul territorio, dovrebbero parlarsi ma questo ancora oggi non avviene e i pazienti ne fanno le spese».

### **Gettonisti ancora in campo**

Dalla flash-survey emerge che solo l'11% degli ospedali interrogati da Simeu dichiara un organico medico sufficiente a garantire il servizio, senza necessità di integrazioni di alcun tipo. Il restante 89%, riferisce di integrare la copertura medica necessaria attraverso soluzioni quali le prestazioni aggiuntive dei dirigenti medici o contratti libero-professionali stipulati a livello aziendale. Il 29% delle strutture interrogate riferisce di continuare a ricorrere anche ad agenzie di servizi, i cosiddetti "gettonisti", malgrado le indicazioni ministeriali. In questo contesto, la percentuale di pazienti che vengono ricoverati in ospedale dopo l'accesso di Pronto Soccorso si conferma intorno al 13%, confermando precedenti rilevazioni.

### **Pazienti fermi "in barella"**

Alla domanda se il boarding costituisca un problema strutturale del Pronto soccorso il 70% delle strutture ha confermato di dover fronteggiare quotidianamente malati in barella in attesa di posto letto; solo il 30% delle strutture dichiara di non avere problemi di boarding.

Pur in una grande variabilità di valori - rilevano gli specialisti Simeu - il tempo medio di attesa per il ricovero in reparti di area medica dichiarato dalle strutture che segnalano il boarding è di circa 23 ore. «Il boarding non è più accettabile, perché lede il diritto del cittadino all'accesso alle cure - sottolinea ancora il presidente Riccardi - e danneggia il sistema stesso perché è causa di abbandoni dall'emergenza-urgenza per un vero e proprio danno morale sugli operatori. Sebbene Simeu sia convinta che la soluzione al problema debba essere di sistema, in primis di adeguamento dei posti letto per acuti rispetto alle esigenze, qualsiasi soluzione deve essere intrapresa per evitare lo stazionamento in barella in Pronto soccorso di malati destinati a un ricovero».



Servizio Oncoematologia

## **Mieloma multiplo, cure innovative entro 3 mesi ma per l'80% dei pazienti costi di tasca propria**

*di Redazione Salute*

7 maggio 2026

Il sistema ematologico italiano si conferma un'eccellenza clinica nella cura del mieloma multiplo, con il 92,5% dei centri che garantisce l'accesso alle terapie innovative in meno di tre mesi, ma mostra al contempo profonde fragilità organizzative e sociali: la fotografia è quella di una rete ospedaliera in affanno in cui il 72,5% delle strutture denuncia un sovraccarico di pazienti e il 65% una grave carenza di personale. C'è anche un problema di frammentazione territoriale evidente, con il 45% dei centri ancora sprovvisto di un Percorso diagnostico terapeutico assistenziale (Pdta) specifico e formalizzato.

A pagare il prezzo di queste carenze strutturali sono soprattutto i pazienti e le loro famiglie, in particolare sul fronte dell'assistenza psicologica, un diritto che il 47,5% dei reparti fatica a garantire e che lascia insoddisfatta esattamente la metà dei malati. L'impatto della malattia travolge anche la sfera economica e logistica, costringendo l'81,1% dei pazienti a sostenere costi diretti di tasca propria, prevalentemente legati ai trasporti per raggiungere i luoghi di cura. Il peso dell'assistenza quotidiana ricade in modo totalizzante sui caregiver familiari, figure che nel 74,3% dei casi sono donne e in maggioranza (71,5%) in piena età lavorativa, sotto i 60 anni. Questo impegno ha costretto oltre il 37% di loro a lasciare o ridurre drasticamente la propria attività professionale, generando livelli di stress e stanchezza altissimi in quasi l'86% di chi assiste un malato. Tutto ciò avviene in un contesto in cui la "Carta dei Diritti dei Pazienti con Mieloma Multiplo" risulta essere uno strumento di tutela ancora sconosciuto all'87% dei diretti interessati.

### **Il Position Paper**

Questi sono alcuni dei dati che Cittadinanzattiva ha presentato con il Position Paper "Mieloma Multiplo: Diritti, aspettative, risposte", progetto indipendente realizzato con il contributo non condizionante di GSK. Il documento nasce con l'obiettivo generale di analizzare il reale livello di attuazione dei diritti e la qualità dei percorsi di presa in carico in Italia, unendo e confrontando la dimensione clinico-organizzativa dei centri con quella esperienziale dei malati e di chi se ne prende cura. Tra gli obiettivi, sensibilizzare le istituzioni sull'importanza di adottare politiche sanitarie che garantiscano una vera equità di accesso alle cure su tutto il territorio nazionale, riconoscendo il valore vitale dell'innovazione scientifica. Infine si punta a promuovere il riconoscimento di questa patologia come una condizione che necessita di percorsi omogenei a livello nazionale, spingendo per un netto miglioramento della presa in carico attraverso il potenziamento della medicina territoriale e il monitoraggio costante dell'applicazione dei principi sanciti dalla Carta dei Diritti.

### **Semplificare i percorsi**

«Il nostro Servizio sanitario nazionale ha raggiunto traguardi straordinari sul fronte clinico e dell'innovazione terapeutica, ma la sfida di oggi non è più esclusivamente terapeutica: è soprattutto organizzativa, relazionale e sociale - dichiara Valeria Fava, Responsabile del coordinamento politiche della salute di Cittadinanzattiva - e i dati ci dicono chiaramente che l'obiettivo non è più solo curare meglio, ma semplificare l'accesso alle cure e stabilire Pdta omogenei. I pazienti chiedono di essere accompagnati nella complessità della malattia con un supporto psicologico stabile, mentre i caregiver, veri pilastri e infrastruttura invisibile del sistema, necessitano di aiuti pratici, tempo e tutele lavorative. Non possiamo permettere che la qualità della vita e l'esigibilità dei diritti dipendano dall'iniziativa delle singole strutture o dalle risorse della famiglia. È il momento di trasformare le buone pratiche esistenti in uno standard assistenziale diffuso e uniforme, facendo della Carta dei Diritti uno strumento pienamente integrato nei luoghi di cura».

## **Le priorità**

Il Position Paper si conclude tracciando una serie di proposte e raccomandazioni - in totale otto - e sono rivolte alle istituzioni nazionali e regionali, ai professionisti sanitari e alle organizzazioni civiche:

- Rafforzare il coordinamento nazionale sulle politiche per il mieloma multiplo, in modo da ridurre le disomogeneità territoriali e garantire a tutti un accesso equo alle cure e alle innovazioni.
- Consolidare le reti ematologiche regionali chiarendo i ruoli tra centri hub e spoke per assicurare una presa in carico di prossimità.
- Garantire Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali (PDTA) non solo su carta, ma condivisi e realmente applicati nella pratica clinica.
- Assicurare un accesso tempestivo e uniforme agli esami diagnostici, limitando i disagi per i pazienti che oggi spesso devono rivolgersi a strutture esterne o private.
- Rafforzare la multidisciplinarietà e l'integrazione tra servizi ospedalieri e territorio.
- Integrare stabilmente il supporto psicologico lungo tutto il percorso di cura, riconoscendolo come parte essenziale per il benessere del paziente e dei familiari.
- Promuovere l'informazione e la partecipazione del malato nelle scelte terapeutiche, diffondendo in modo capillare la Carta dei Diritti nei luoghi di cura.
- Riconoscere e sostenere formalmente il ruolo dei caregiver familiari, prevedendo misure di sollievo, supporto formativo e politiche di flessibilità lavorativa.

IL «FOCOLAIO» IN CROCIERA

# Tre morti sulla nave Hondius

## L'Oms: «Possibili nuovi contagi»

SIMONE MARCER

**P**otrebbe essere destinato a salire il numero dei contagiati da hantavirus, attualmente otto tra passeggeri e personale di bordo (compreso il medico, ricoverato in gravi condizioni) della MV Hondius, la nave da crociera attualmente in navigazione da Capo Verde a Tenerife dove dovrebbe arrivare domani. Alle Canarie i passeggeri saranno sbarcati sotto controllo medico, da lunedì, (nonostante le proteste dei portuali del luogo). Lo ha comunicato il direttore generale dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), Tedros Ghebreyesus, durante un media briefing: «L'Oms è consapevole del fatto che ci sono segnalazioni di altre persone con sintomi che potrebbero essere entrate in contatto con uno dei passeggeri. In ogni caso, siamo in stretto contatto con le autorità competenti. Dato il periodo di incubazione» del ceppo Andes dell'hantavirus, «che può arrivare fino a sei settimane, è possibile che vengano segnalati altri casi», ha dichiarato sempre Ghebreyesus. Intanto Oceanwide Expeditions, l'operatore della nave da crociera in cui si è sviluppato il focolaio di hantavirus che ha ucciso tre persone conferma che il 24 aprile, 29 passeggeri sono sbarcati a Sant'Elena, dove la nave in crociera antartica di "birdwatching" ha fatto scalo, bypassando quindi i controlli sanitari. Un ulteriore elemento che rafforza l'ipotesi di un possibile allargamento del contagio. Nel comunicato della Oceanwide si parla di 30 persone, contando però lo sbarco della salma del primo dei tre deceduti, l'11 aprile.

«Tutti i passeggeri sbarcati sono stati contattati. Stiamo lavorando per stabilire i dettagli di tutti i passeggeri e membri dell'equipaggio che si sono imbarcati e sbarcati nelle varie fermate», ha tenuto a precisare Oceanwide Expeditions, in una nota, fornendo aggiornamenti, dopo l'evacuazione di 3 persone con sospetta infezione, arrivate ieri in Olanda, dove sono state ricoverate. Tre operatori sanitari solo ieri sono saliti sulla nave.

Salpata l'1 aprile a Ushuaia in Argentina con 114 passeggeri, più il personale di bordo, la MV Hondius ha fatto tappa il 24 aprile a Sant'Elena, dove appunto è stato sbarcato il gruppo dei 29. Nel frattempo, il 6 aprile, il primo passeggero, un olandese di 70 anni, aveva manifestato i primi sintomi dell'infezione - difficoltà respiratorie - che lo avrebbero portato alla morte cinque giorni dopo, l'11 aprile. Dopo altri due giorni è deceduta la moglie, di 69 anni, morta in un pronto soccorso di Johannesburg dopo essere sbarcata e aver tentato di prendere un volo per Amsterdam, e siamo al 13

di aprile. Mentre il test microbiologico sul primo deceduto è stato fatto il 24 aprile, a Sant'Elena dopo gli sbarchi. Almeno uno dei passeggeri sbarcati sarebbe stato infettato dal virus ed è stato rico-

verato mercoledì in un ospedale in Svizzera. Nel frattempo, il 2 maggio è morto anche il terzo passeggero, un cittadino tedesco. E soltanto due giorni dopo ancora l'operatore Oceanwide Expeditions registra ufficialmente il morbo a bordo: «Il primo caso confermato di hantavirus è stato segnalato il 4 maggio 2026», scrive infatti l'operatore. Solamente negli ultimi tre o quattro giorni dunque l'Organizzazione Mondiale della Salute avrebbe così iniziato a contattare le persone sbarcate,

una circostanza che solleva interrogativi sulla gestione iniziale del tracciamento.

Dei 3 passeggeri evacuati mercoledì dalla nave, «2 persone sono in condizioni stabili in ospedale» nei Paesi Bassi, «una è asintomatica e si trova ora in Germania. L'ottavo caso registrato riguarda un uomo che era sbarcato a Sant'Elena. Seguendo le indicazioni dell'operatore navale, si è presentato a Zurigo, in Svizzera, con sintomi, ed è stata confermata l'infezione da hantavirus - conferma l'Oms -. Gli Ospedali universitari di Ginevra hanno quindi sequenziato il virus, confermando che si tratta del virus Andes. Nessuno dei restanti passeggeri o membri dell'equipaggio a bordo della nave presenta attualmente sintomi». Un'assistente di volo della Klm su cui si era imbarcata la donna poi deceduta a Johannesburg ha denunciato «sintomi lievi», ma per l'Ue il rischio contagio è moderato.

Un altro aspetto d'indagine riguarda l'origine del contagio. L'Oms ipotizza che la coppia olandese abbia contratto il virus durante un'escursione a Ushuaia, nella Terra del Fuoco - quindi prima imbarcarsi - dove i due hanno visitato una discarica in cui potrebbero essere entrati in contatto con i topi portatori dell'infezione. Le autorità argentine hanno ricostruito le tappe del viaggio: marito e moglie erano arrivati in Argentina il 27 novembre, per poi recarsi in Cile e Uruguay prima di tornare di nuovo in Argentina il 27 marzo e imbarcarsi sulla nave il primo aprile. Sempre secondo



quanto riferiscono le autorità sanitarie, l'itinerario ha incluso anche l'ingresso il 31 gennaio nella provincia di Neuquén, una delle zone endemiche del ceppo andino, e un'altra visita in Cile 12 giorni dopo. Il ministero della Salute argentino ha sottolineato che «squadre tecniche dell'Istituto Malbrán si recheranno a Ushuaia per condurre operazioni di cattura e analisi di roditori nelle aree collegate agli spostamenti dei casi e per rilevare l'eventuale presenza del virus in serbatoi naturali». Per le autorità sanitarie del Paese, «è importan-

te sottolineare che, sebbene non sia confermato che l'infezione si sia verificata in Argentina, la Terra del Fuoco non ha registrato alcun caso di Hantavirus da quando è iniziata la segnalazione obbligatoria dell'evento».

Il primo decesso l'11, ma solo il 24 aprile il test microbiologico  
Intanto 29 turisti erano scesi a terra  
L'Oceanwide Expedition: «Stiamo contattando tutti i passeggeri sbarcati». Positiva e con lievi sintomi una assistente di volo della Klm



**IL CONTAGIO** L'epidemiologo Ciccozzi

## Hantavirus, tre morti «Non è come il Covid ma serve attenzione»

VIVIANA DALOISO

Il nastro si riavvolge fino al 20 gennaio del 2020, la nave da crociera Diamond Princess diventò il primo focolaio "monitorato" dell'epidemia che di lì a poco avrebbe paralizzato il mondo. «Si scoprì poi che almeno una quarantina di altre navi da crociera avevano vissuto lo stesso incubo» ricorda il professor Massimo Ciccozzi, epidemiologo dell'Università Campus Bio-Medico di Roma, tra gli scienziati italiani che hanno pubblicato più studi inter-

nazionali sul Covid-19. Oggi, seppur in uno scenario molto diverso e senza elementi che facciano pensare a una nuova pandemia globale, lo scenario si ripete col focolaio di hantavirus Andes registrato a bordo della nave Hondius. E riapre interrogativi che vanno ben oltre il singolo caso: «Non siamo certo davanti a un nuovo Covid - dice Ciccozzi - Piuttosto è la fragilità della rete epidemiologica territoriale».

Marcer a pagina 9

# Sos hantavirus: «Non è il Covid Ma siamo ancora impreparati»

VIVIANA DALOISO

Il nastro si riavvolge fino al 20 gennaio del 2020, quando a bordo della nave da crociera Diamond Princess in partenza dal Giappone salì un passeggero positivo al coronavirus: non servì molto perché larga parte dei quasi 4mila passeggeri iniziò a manifestare i sintomi dell'infezione. La nave, rientrata nella baia di Yokohama ai primi di febbraio, fu messa in quarantena e diventò il primo focolaio "monitorato" dell'epidemia che di lì a poco avrebbe paralizzato il mondo. «Si scoprì poi che almeno una quarantina di altre navi da crociera avevano vissuto lo stesso incubo» ricorda il professor Massimo Ciccozzi, epidemiologo dell'Università Campus Bio-Medico di Roma, tra gli scienziati italiani che hanno pubblicato più studi internazionali sul Covid-19. Oggi, seppur in uno scenario molto diverso e senza elementi che facciano pensare a una nuova pandemia globale, lo scenario si ripete col focolaio di hantavirus Andes registrato a bordo della nave Hondius. E riapre interrogativi che vanno ben oltre il singolo caso: quanto sono davvero preparati i sistemi sanitari, nonostante quello che è successo appena sei anni fa, a intercet-

tare e contenere un'epidemia in ambienti chiusi e altamente promiscui? E soprattutto: che cosa è rimasto, concretamente, dell'eredità organizzativa lasciata dalla pandemia? Saremmo in grado di affrontarne un'altra? «Il punto più critico - spiega subito Ciccozzi - non è tanto il rischio di una diffusione incontrollata dell'hantavirus, non siamo certo davanti a un nuovo Covid. Piuttosto è la fragilità della rete epidemiologica territoriale». A cominciare da quella italiana.

**Professore, andiamo con ordine. Che cosa sta succedendo esattamente con questo focolaio di hantavirus?**

Intanto bisogna chiarire una cosa: gli hantavirus conosciuti sono 38 diversi. Quello coinvolto in questo caso, il virus Andes, è particolare perché è l'unico per cui sia stata accertata la trasmissione da uomo a uomo per via respiratoria. Gli altri hantavirus si trasmettono normalmente inalando particelle provenienti da urine o feci di roditori infetti, che sono il serbatoio naturale del virus. Pensiamo ai fienili o agli ambienti agricoli: quando si solleva polvere contaminata si può creare un aerosol che viene respirato e che favorisce il

contagio.

**Che cosa potrebbe essere accaduto sulla nave?**

Probabilmente le prime due persone decedute hanno contratto il virus durante un'escursione o entrando in contatto con qualcosa di contaminato. Poi uno dei due, verosimilmente il marito, potrebbe avere trasmesso il virus all'altro, vista la stretta convivenza. Il problema è che non sono stati isolati subito dal punto di vista epidemiologico e nel frattempo hanno avuto contatti con altre persone dell'equipaggio.

**Il cosiddetto "tracciamento dei casi" insomma è subito fallito?**

Sì. Peggio ancora: sappiamo che alcuni passeggeri sono già sbarcati negli Stati Uniti, uno in Svizzera e ora c'è anche il caso dell'hostess risultata positiva in Olanda. Quando i contatti si disperdono in più Paesi, il controllo epidemiologico dell'evento si indebolisce moltissimo. In una situazione del ge-



nera invece, lo abbiamo imparato, la prima cosa da fare sarebbe il monitoraggio immediato, il tracciamento rigoroso dei contatti e la loro quarantena. L'incubazione degli hantavirus va da una fino a 8 settimane: questo significa che potremmo avere altri casi nei prossimi giorni.

**Le navi da crociera restano un punto critico dunque...**

Lo sono per natura architettonica: sono ambienti chiusi, divisi per compartimenti, molto favorevoli alla diffusione delle infezioni. Lo abbiamo visto con il Covid, con la legionella, con altri focolai respiratori e persino con quelli alimentari. Per questo motivo continuo a dire che servirebbe un piano epidemico specifico per le crociere: controlli, derattizzazione nei porti, protocolli chiari, personale formato. Molte navi sono dotate per altro di strutture sanitarie importanti, alcune addirittura di sale operatorie: si tratta di addestrare il personale a gestire eventi di questo tipo.

**A proposito del caso svizzero: facciamo un'ipotesi per assurdo, e cioè che il passeggero abbia un conoscente italiano, che l'abbia incontrato e che oggi stesso scopriremo di avere anche in Italia un primo caso di hantavirus. Cosa accadrebbe?**

Bella domanda. Il tanto auspicato e discusso Piano pandemico nazionale è stato approvato soltanto pochi giorni fa, dopo due anni e mezzo di discussioni. Sulla carta sappiamo cosa fare: isolamento dei casi, tracciamento dei contatti, quarantene. Ma un piano va anche allenato, ciò che non abbiamo avuto il tempo di fare. Soprattutto, ab-

biamo perso una parte fondamentale della rete territoriale: mi riferisco agli osservatori epidemiologici regionali, una rete strutturata a cui in passato i medici di famiglia e gli ospedali trasmettevano dati che poi venivano a loro volta inoltrati all'Istituto Superiore di Sanità. Questo ci permetteva di avere una fotografia aggiornata della situazione. Oggi invece ognuno procede per conto proprio, lo abbiamo visto nel recente caso dell'epatite nel Napoletano: le singole Asl hanno lavorato sul territorio, ma senza un vero coordinamento epidemiologico centrale e senza quei bollettini regionali che anni fa esistevano regolarmente. Questo rende più difficile capire rapidamente la portata di un focolaio.

**Quindi il problema potrebbe essere la capacità di intervenire rapidamente?**

Esatto. Il Piano pandemico serve a questo. Però, lo ribadisco, un piano deve essere operativo, deve essere preparato, avere alle spalle esercitazioni, casi concreti.

**C'è il rischio di una nuova pandemia come il Covid?**

No, al momento non ci sono elementi per dirlo. Questo virus lo conosciamo già, sappiamo qual è il suo serbatoio naturale e sappiamo che la trasmissione interumana del virus Andes richiede contatti stretti. Il Covid era un'altra cosa: aveva una diffusività enorme ed è stato rapidissimo nell'adattarsi all'uomo.

**Eppure la letalità dell'hanavirus è molto alta.**

Sì, il virus Andes può arrivare a una letalità anche del 40%. Ma una maggio-

re letalità non significa automaticamente maggiore diffusività. Il Covid ha fatto molte più vittime perché si trasmetteva con estrema facilità.

**Quali sono i sintomi principali?**

All'inizio sono simili a quelli influenzali: febbre alta, dolori muscolari, mal di testa, tosse secca. Nei casi più gravi possono comparire complicazioni respiratorie importanti e interessamento renale.

**Esistono cure specifiche?**

No. Non esiste una terapia antivirale specifica. Le cure sono soprattutto di supporto: idratazione, antipiretici e gestione delle complicanze.

**Professore, siamo tranquilli o ci preoccupiamo?**

Niente allarmismi, ma nemmeno superficialità. Questa vicenda ci ricorda che i virus continueranno a esistere e che la differenza la fa la capacità organizzativa: tracciamento, rete territoriale, coordinamento epidemiologico e piani realmente operativi».

«Il Piano pandemico nazionale è stato approvato appena qualche giorno fa dopo due anni e mezzo di discussione: non ci siamo allenati». Il ruolo sempre meno incisivo dei medici di base e la scomparsa degli osservatori epidemiologici

Falle nel  
tracciamento  
dei casi e ritardi  
dei sistemi  
sanitari  
(a cominciare da  
quello italiano)  
L'epidemiologo  
Massimo Ciccozzi  
esclude che  
l'incubo del 2020  
possa ripetersi



Servizio L'emergenza

## Hantavirus, cresce l'allarme. L'Oms: non è una pandemia, ma possibili altri contagi

Tre decessi tra gli otto casi segnalati, ma le infezioni potrebbero essere di più: parte la caccia ai contatti dei passeggeri della nave focolaio che sabato dovrebbe raggiungere le Canarie

*di Marzio Bartoloni*

7 maggio 2026

Cresce a livello internazionale l'allarme hantavirus, la pericolosa zoonosi che ha la capacità di trasmettersi da persona a persona. Al momento i numeri sono limitatissimi: 8 i sospetti contagiati (ma potrebbero essere di più) con 3 morti, una coppia olandese e una donna tedesca. Mentre ventinove passeggeri sono sbarcati il 24 aprile nell'isola di Sant'Elena dalla nave da crociera Mv Hondius, da dove è partito il focolaio, e ora al largo delle Canarie. Alcuni di questi passeggeri hanno cercato di raggiungere casa autonomamente, tra questi la donna olandese, poi deceduta, scesa da un volo Klm e che potrebbe aver contagiato una assistente di volo entrata in contatto con lei che ora presenta sintomi lievi. Un caso questo emerso insieme a un altro di una cittadina francese che se confermata potrebbe far crescere l'allarme. Intanto le Canarie sono pronte ad accogliere sabato la nave, poi ogni passeggero con un meccanismo di protezione sanitaria sarà rimpatriato nel suo paese. Al momento nessun altro passeggero mostrerebbe sintomi.

Fin qui la nuda cronaca di questo allarme sanitario che sembra evocare ricordi non così tanto lontani legati alla pandemia da Covid: questo virus in realtà è noto da anni e si contraddistingue per una letalità alta - intorno al 30% (il Sars-Cov 2 era il 3%) - colpendo polmoni e reni e una bassa trasmissione perché il contagio si verificherebbe solo dopo un lungo contatto come nel caso della crociera. E proprio l'Oms, l'Organizzazione mondiale della Sanità, facendo il punto sull'allarme hantavirus, ha assicurato che «non è l'inizio di un'epidemia», o peggio «di una pandemia». L'agenzia dell'Onu per la salute ha però precisato come sia possibile che si registrino ulteriori casi collegati al focolaio, vista la lunga incubazione del virus che oscilla tra le due alle sei settimane. Da qui la caccia a livello internazionale delle autorità sanitarie in quattro continenti a tutte le persone che sono venute in contatto con i contagiati di almeno 12 Paesi (non risultano italiani). E per garantire tempestività è stato predisposto anche l'invio di 2.500 kit diagnostici dall'Argentina (dove il virus registra casi da diversi anni come in Cile) a laboratori di cinque Paesi.

Il Dg dell'Oms Tedros Adhanom Ghebreyesus in un media briefing ha ripercorso passo passo quanto accaduto dal 6 aprile, quando il primo paziente, un uomo, ha sviluppato i sintomi ed è morto a bordo della nave l'11 aprile. Non erano stati prelevati campioni e, poiché i suoi sintomi erano simili a quelli di altre malattie respiratorie, non si era sospettato l'hantavirus, ha spiegato il capo dell'agenzia Onu per la salute. La moglie è sbarcata quando la nave ha attraccato sull'isola di Sant'Elena ed era sintomatica. Ma le sue condizioni sono peggiorate durante un volo per Johannesburg il 25 aprile ed è deceduta il giorno successivo. «A lei sono stati prelevati campioni,

poi analizzati presso l'Istituto nazionale per le malattie infettive del Sudafrica» dal quale è arrivata la conferma dell'hantavirus. «La terza vittima - ripercorre il Dg - è una donna a bordo della nave, che ha manifestato i sintomi il 28 aprile ed è deceduta il 2 maggio. Un altro uomo si è presentato al medico di bordo il 24 aprile ed è stato evacuato il 27 aprile dall'isola di Ascensione al Sudafrica, dove si trova tuttora in terapia intensiva», in condizioni che mostrano un miglioramento.

Da ieri a preoccupare però è il possibile contagio della hostess che era sul volo per Johannesburg con la donna poi deceduta. L'hostess è attualmente ricoverata all'University Medical Center (Umc) di Amsterdam e sono in corso ulteriori accertamenti. Anche una cittadina francese con «sintomi lievi» di hantavirus è in isolamento e si è sottoposta a test medici, dopo essere stata identificata come un caso di contatto collegato alla seconda vittima che ha volato da Sant'Elena a Johannesburg.

Intanto sembra confermato come il possibile serbatoio della ceppa andina dell'hantavirus contratto per primi dai due turisti olandesi a bordo dell'Mv Hondius sia una discarica a cielo aperto all'entrata di Ushuaia - nella provincia argentina di Terra del Fuoco - nei dintorni della quale è frequente la presenza di appassionati di birdwatching e dove si sono recati in visita anche i due pazienti "zero", la coppia di olandesi poi deceduti. Qui il ministero della Salute argentina ha già inviato una squadra di investigatori.

Servizio Crociera

## Hantavirus, Ue attiva meccanismo protezione civile

L'Oms ha informato 12 Paesi i cui cittadini sono sbarcati dalla Hondius a Sant'Elena. I 12 Paesi sono: Canada, Danimarca, Germania, Paesi Bassi, Nuova Zelanda, Saint Kitts e Nevis, Singapore, Svezia, Svizzera, Turchia, Regno Unito e Stati Uniti.

*di Enrico Bronzo*

7 maggio 2026

Mentre si lavora per gestire il focolaio di hantavirus che ha colpito la nave da crociera Hondius, e per prevenire l'ulteriore diffusione dell'infezione, proseguono le indagini sulle cause dell'epidemia.

Prima di imbarcarsi sulla nave, i primi due casi marito (70) e moglie (69) olandesi deceduti (lui a bordo della nave e lei all'arrivo a Johannesburg in Sudafrica), avevano viaggiato in Argentina, Cile e Uruguay per un viaggio di birdwatching, che includeva visite a siti in cui è presente la specie di ratto nota per essere portatrice del ceppo Andes" dell'hantavirus.

Lo ha riferito il direttore generale dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) Tedros Adhanom Ghebreyesus durante un media briefing.

### Ricoverata hostess Klm entrata in contatto con deceduta

Il 7 maggio un'assistente di volo della Klm è stata sottoposta al test per l'hantavirus dopo aver manifestato sintomi lievi ed è stata ricoverata ad Amsterdam. L'annuncio arriva da un portavoce del ministero della Salute dei Paesi Bassi.

L'assistente di volo è entrata in contatto con la donna olandese fatta scendere prima del decollo dall'aereo Klm su cui aveva cercato di imbarcarsi il 25 aprile per lasciare Johannesburg per Amsterdam. L'equipaggio, date le sue condizioni di salute, aveva rifiutato il trasporto. La donna in seguito è deceduta (è la donna della coppia già citata, ndr).

### Il bilancio aggiornato dell'hantavirus

Questo il bilancio aggiornato; sei degli otto casi di sospetto hantavirus segnalati sulla nave da crociera Hondius sono stati confermati; si tratta dei tre deceduti, di due ricoverati nei Paesi Bassi a Leida e Nimega (tra cui dovrebbe esserci il medico di bordo) più uno svizzero a Zurigo.

Tra gli altri due casi sospetti uno è ricoverato a Düsseldorf in Germania.

### L'armatore: a bordo nessun passeggero con sintomi. Incubazione dura sei settimane

In un comunicato, l'operatore olandese gestore della crociera Oceanwide Expeditions ha annunciato che "tutti i passeggeri che mostravano sintomi da hantavirus sono stati fatti sbarcare dalla Hondius".

Ma va anche detto che “considerato il periodo di incubazione del virus Andes, che può arrivare fino a sei settimane, è possibile che vengano segnalati ulteriori casi”, ha dichiarato Ghebreyesus (Oms).

Il primo caso risale a un uomo che ha sviluppato sintomi il 6 aprile ed è deceduto l'11 aprile, senza che all'epoca venissero effettuati test specifici per l'hantavirus.

L'imbarcazione è salpata il 1° aprile 2026 da Ushuaia, in Argentina.

### **Oms: informati i 12 Paesi dei passeggeri sbarcati a Sant'Elena**

“L'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) ha informato 12 Paesi i cui cittadini sono sbarcati” dalla nave da crociera MV Hondius “a Sant'Elena. Questi 12 Paesi sono: Canada, Danimarca, Germania, Paesi Bassi, Nuova Zelanda, Saint Kitts e Nevis, Singapore, Svezia, Svizzera, Turchia, Regno Unito e Stati Uniti”.

### **Tensioni a Tenerife**

I lavoratori portuali di Tenerife, nelle Isole Canarie, hanno in programma uno sciopero per domani per protestare contro l'arrivo della nave da crociera Hondius previsto nella notte tra sabato e domenica. Lo comunica il sindacato all'emittente francese Bfmtv. Un'ora dopo il presidente delle Canarie, Fernando Clavijo, ha annunciato che la nave non attraccherà nel porto di Granadilla, a Santa Cruz di Tenerife, ma “resterà ormeggiata al largo, per consentire l'evacuazione dei passeggeri e il successivo trasferimento in aeroporto per i rimpatri. L'evacuazione dei passeggeri avverrà con lance o con un'imbarcazione, che li preleverà per il trasferimento, in sicurezza, in aeroporto” per i rimpatri, ha dichiarato Clavijo,

In aggiunta, l'esponente del governo ha ribadito che i controlli medici “saranno effettuati a bordo e i passeggeri saranno sbarcati per i trasferimenti e i rimpatri, con dispositivi di protezione, in un'operazione sanitaria specifica, nel rispetto dei protocolli di sicurezza e senza contatto con la popolazione”.

### **Ue attiva meccanismo protezione civile**

“Oggi la Commissione ha ospitato una riunione a cui hanno partecipato le autorità sanitarie e di protezione civile degli Stati membri” per “fornire gli ultimi aggiornamenti” sui casi di hantavirus a bordo della Hondius e “garantire un buon coordinamento su questioni quali il rimpatrio, le linee guida sulla quarantena e la comunicazione dei rischi”. Lo riferisce una portavoce dell'esecutivo Ue.

“La Commissione ha informato che il meccanismo di protezione civile è stato attivato dalla Spagna” ha spiegato, aggiungendo che “domani si terranno ulteriori discussioni per esaminare e definire i protocolli sulla quarantena e le linee guida”.

### **Casi in aumento in Argentina, Paese da cui crociera è partita**

Funzionari ed esperti argentini stanno cercando affannosamente di capire se il loro Paese sia all'origine dell'epidemia di hantavirus che ha colpito la nave da crociera Hondius nell'Oceano Atlantico.

L'emergenza sanitaria a bordo della nave si verifica mentre l'Argentina registra un'impennata di casi di hantavirus che molti ricercatori locali nel campo della sanità pubblica attribuiscono agli effetti acceleranti del cambiamento climatico.

L'Argentina, da dove è partita la crociera, è regolarmente classificata dall'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) come il Paese con la più alta incidenza di questa rara malattia trasmessa dai ratti in America Latina.

Martedì il ministero della Salute argentino ha segnalato 101 infezioni da hantavirus dal giugno 2025. Si tratta di circa il doppio dei casi registrati nello stesso periodo dell'anno precedente.

### **Il possibile serbatoio in una montagna di rifiuti all'entrata di Ushuaia**

Il possibile serbatoio della ceppa andina dell'hantavirus contratto per primi dai due turisti olandesi a bordo dell'Hondius è una discarica a cielo aperto all'entrata di Ushuaia - nella provincia argentina di Terra del Fuoco - nei dintorni della quale è frequente la presenza di appassionati di birdwatching.

Lo conferma all'Ansa Gastón Bretti, fotografo e guida locale, secondo il quale "è abituale per gli appassionati andare alle discariche perché ci sono molti uccelli, in generale necrofagi che si nutrono di carogne".

Bretti sottolinea che si tratta di un posto "di facile accesso che si trova all'entrata delle città" e la descrive come "una montagna di rifiuti che oggi supera di molto il limite prefissato inizialmente dalle autorità".

"Gli avvistamenti - precisa la guida - si fanno ad ogni modo da un sentiero parallelo, ed è lì dove andiamo abitualmente".

E' proprio su questa discarica che si dirige adesso l'attenzione delle autorità sanitarie argentine, che hanno annunciato ieri l'invio a Ushuaia di esperti dell'Istituto Malbran per catturare esemplari di ratti presenti nella zona ed esaminare campioni delle feci.

Secondo i registri ufficiali la Terra del Fuoco non è classificata come zona endemica della ceppa andina dell'hantavirus, e si tratta quindi di escludere variazioni della situazione epidemiologica.

Risulta d'altra parte che i due turisti olandesi, nelle settimane prima di imbarcarsi il primo aprile a Ushuaia sulla Mv Hondius, hanno visitato altre zone dell'Argentina e del Cile considerate come endemiche della ceppa andina.

# «SIBILLA, ANNA E LA DISOBEDIENZA PER LA VITA: POTREBBE TOCCARE A ME, A NOI»

Ne *Il prezzo della libertà* la giornalista Valentina Petrini raccoglie la storia di due donne: una ha potuto scegliere come morire, l'altra no. «In Italia mancano una legge e l'accesso alle giuste informazioni»

di MICOL SARFATTI

# I

In Italia manca una legge sul fine vita, da sempre. Eppure le persone continuano a voler scegliere come morire, anzi, come vivere: non è una questione di "diritto alla morte", ma di diritto a una esistenza dignitosa, fino all'ultimo. *Il prezzo della libertà* (Solferino) di Valentina Petrini, giornalista e conduttrice, racconta questo diritto ancora senza una legge, incrociando storia e romanzo, attraverso la storia di due donne. Sibilla Barbieri, regista e attrice, è una malata oncologica terminale, che, a 58 anni, ha scelto di andarsene praticando il suicidio assistito in Svizzera. Anna è una sarta romana quasi ottantenne, che avrebbe voluto finire i suoi giorni in modo diverso, ma non lo ha potuto fare. Se non ci sono tutele, sceglie solo chi può permetterselo.

## **Perché raccontare proprio queste due storie?**

«Nel mio lavoro mi sono sempre occupata dei temi sociali collettivi, come il lavoro o i salari, e meno dei diritti della persona. Ho a lungo avuto la sensazione che fossero in qualche modo meno urgenti. Però ho sempre portato avanti un bel confronto con Marco Cappato, tesoriere dell'Associazione Luca Coscioni e promotore di tante battaglie, è stato lui a farmi incontrare per la prima volta Sibilla Barbieri. Grazie a lei ho capito che non esiste differenza tra il diritto di vivere e il diritto di morire e questi diritti vanno tutelati».

## **Chi era Sibilla?**

«Un'attrice e autrice, ma, soprattutto, una donna meravigliosa, travolgente, ogni giorno sembrava alla conquista del mondo e ha emanato luce e vita fino all'ultimo. Sapeva essere dieci persone in una. La ricordo ancora, prima di partire per il viaggio finale verso Zurigo, truccata e ben vestita, nonostante fosse ormai costretta a letto da mesi. La prima cosa che mi ha detto quando ci siamo conosciute non è stata "voglio scegliere come morire", ma "voglio scegliere come vivere i miei ultimi giorni". Cercava qualcuno che potesse raccontare la sua storia, ma anche quella di persone che si trovavano nella sua stessa situazione senza però poter scegliere, perché non avevano le risorse economiche o anche solo le giuste informazioni. È stata lei a invitarmi a cercare Anna: aveva frequentato per dieci anni gli ospedali e conosceva bene la disparità sociale che si annida anche nel dolore. L'aveva vista, respirata, e voleva venisse raccontata. Voleva denunciare l'ingiustizia per cui alcuni servizi che dovrebbero essere garantiti a tutti, dalla fisioterapia, alle creme anti decubito, fino, appunto, alla libertà di scelta sulla vita e la morte, diventano un privilegio da ricchi».

## **Come ha incontrato Anna?**

«L'ho trovata girando per i reparti degli ospedali come volontaria. Nel libro le ho creato intorno un'aura un po' romanzata perché, come racconto, ad un certo punto ha smesso di parlare, anche se riusciva a farsi comprendere sulle cose importanti. Ho ricostruito la sua giovinezza attraverso i ricordi della sorella Gabriella, ma non ho voluto renderla troppo riconoscibile. A differenza di Sibilla, Anna non si è potuta au-



to determinare, per questo volevo diventasse un personaggio paradigmatico. Tra le corsie ho incontrato troppe Anna e, purtroppo, Anna siamo quasi tutti noi».

**Come ricorda ne *Il prezzo della libertà*, meno di trecentomila italiani hanno fatto testamento biologico. Tradotto: solo 1 su 191 ha usufruito di questo diritto. Sibilla era l'uno, Anna tutti gli altri.**

«Basandosi su questi dati si potrebbe dire che non c'è interesse per il testamento biologico. Invece è il contrario, ed è qui che serve il giornalismo. Secondo le ricerche condotte sul campo dall'Associazione Coscioni sono soprattutto Asl e Comuni a non aver predisposto sportelli ad hoc sul tema. L'informazione deve partire dal territorio, pensiamo a quante campagne sono state fatte per la donazione degli organi, che, infatti, è cresciuta esponenzialmente. Sibilla diceva che la nostra ignoranza è uno strumento del potere per tenerci buoni. Se lo Stato fa la sua parte nella divulgazione dell'esistenza di un diritto, i cittadini possono fare la loro libera scelta, sul fine vita c'è una volontà esplicita e calcolata di non farlo sapere e non dare consapevolezza».

**Perché la politica, tutta, è ancora così scollata dalle richieste della società sul fine vita?**

«A destra perché resiste una totale dipendenza del pensiero conservatore verso la Chiesa cattolica, intesa come istituzione, che disattende il principio di laicità dello Stato. Oggi, secondo i sondaggi, il 70% degli italiani è favorevole a una legge giusta sul fine vita, è ovvio che tra questi molti sono cattolici. A sinistra, come al solito, non riescono a mettersi d'accordo perché nelle coalizioni convivono tante identità diverse. Questo è un tema che dovrebbe prescindere dall'identità politica. Il caso del Veneto è stato emblematico: la proposta di una legge regionale sul fine vita è arrivata dal governatore leghista Luca Zaia. È stata la sua stessa maggioranza a bocciarla, ma uno dei voti contrari decisivi è arrivato da una consigliera del Pd. La richiesta dei cittadini di una legge giusta, però, sta diventando un urlo. E va ascoltato».

**Come è riuscita a stare a contatto con così tanta sofferenze per la scrittura di questo libro?**

«È stato difficilissimo, non mi nascondo. Nel mio lavoro di giornalista ho fatto molte cose: sono stata in guerra, ho visto l'Africa, Mosul, il Donbass. Vengo da Taranto, una città sfregiata dai drammi dell'Ilva. Di occasioni per conoscere il dolore degli altri ne ho avute tante, ma l'esperienza con Sibilla e Anna mi ha devastata come mai mi era accaduto, forse anche perché ero diventata mamma da poco. Ad un certo punto sono crollata, per la prima volta in vita mia ho avuto un attacco di panico e ho deciso di rivolgermi, di nuovo, alla psicanalisi. Ormai viviamo in un cortocircuito che ci anestetizza persino davanti alle grandi tragedie internazionali: quando leggiamo dei morti nel Mediterraneo, in Ucraina, in Iran o in Palestina è come se vedessimo solo i numeri, perché non conosciamo i volti. Sibilla e Anna le ho guardate, le ho vissute, mi sono identificata con loro. Ho detto "potrebbe succedere anche a me". Quando entri nella vita di una persona cambia tutto, dovremmo raccontare così ogni forma di dolore. Da un punto di vista professionale questa esperienza mi ha dato per la prima volta la possibilità di declinare il racconto in tante forme diverse: libro, podcast, spettacolo teatrale».

**Cosa le hanno insegnato Sibilla e Anna?**

«A disobbedire. Queste donne hanno risvegliato in me il desiderio di disobbedienza civile non violenta. La vita corre, è difficile, ma è necessario fare la propria parte e non essere indifferenti. Ho capito che il mio lavoro va interpretato come una forma di disobbedienza intellettuale e è necessario andare a ficcare il naso là dove lo Stato non vuole che si vada a ficcare il naso».

**«LA RICHIESTA DEI CITTADINI DI UNA NORMA GIUSTA SUL FINE VITA STA DIVENTANDO UN URLO. CHE VA ASCOLTATO»**



Sibilla Barbieri, attrice e produttrice, ha scelto di morire con il suicidio assistito in Svizzera il 6 novembre 2023



*Il prezzo della libertà* (Solferino) racconta il tema del fine vita attraverso le storie di Sibilla Barbieri e Anna. L'autrice Valentina Petri (sotto) lo presenta al Salone del Libro di Torino venerdì 15 maggio alle 11.30 allo stand di Solferino



Drew Weissman

## “Non ci sarà una pandemia di Hantavirus Il contagio è debole, fra 10 mesi il vaccino”

L'immunologo premio Nobel: “Kennedy jr è No vax perché faceva soldi attaccando le compagnie farmaceutiche”

### L'INTERVISTA

CHIARA COMAI

TORINO

«L' Hantavirus si trasmette tra uomini ma non si diffonde velocemente come il Covid. Sono casi sporadici, da monitorare, ma non siamo sull'orlo di una nuova pandemia. Anche se di nuove pandemie ce ne saranno di sicuro, in futuro». Drew Weissman è l'immunologo che ha vinto il Premio Nobel per la Medicina nel 2023 per il suo contributo decisivo allo sviluppo dei vaccini a mRNA efficaci contro la pandemia da Covid-19. Poco prima di ricevere il titolo di dottore di Ricerca honoris causa in Scienze Biomediche e Oncologia all'Università degli Studi di Torino, ha spiegato il contagio sulla nave da crociera alle Canarie e quale sia la situazione legata alle pandemie a sei anni di distanza dal Covid-19.

**Alcune persone sono morte per un'infezione di Hantavirus. Stiamo assistendo a una nuova pandemia?**

«L'Hantavirus circola da molto tempo, in realtà. Ed è vero che il contagio avviene da uomo a uomo. C'è una differenza però rispetto al Covid: l'Hantavirus non si diffonde così velocemente, anzi, la trasmissione è molto più debole».

**Il numero di contagiati sta però aumentando. Dobbia-**

**mo preoccuparci?**

«Io non lo sono, credo siano episodi molto circoscritti e a questo livello il contagio non dovrebbe diventare un caso mondiale. Non siamo sull'orlo di una nuova pandemia, però questo non significa che dobbiamo abbassare la guardia».

**Cosa si può fare?**

«Continuare a monitorare. Finora è stata gestita bene: alla nave non è stato subito concesso di attraccare e i pazienti malati sono stati isolati. Credo sia ragionevole, anche perché non abbiamo vaccini per ora, quindi non possiamo fare altro».

**Arriveranno vaccini anche per questo nuovo virus?**

«Sono già nei laboratori, solo che ci vogliono nove o dieci mesi perché siano accessibili. Stiamo lavorando su tutti i virus potenzialmente responsabili di pandemie, ma ci vogliono tempi tecnici per mettere queste tecnologie sul mercato. Anche con il Covid li avevamo pronti già da prima».

**Davvero è certo che ci saranno altre pandemie?**

«Ne sono sicuro. Abbiamo avuto tre pandemie da Coronavirus, e decine da influenza negli ultimi 150 anni. Sono fenomeni naturali per il nostro ambiente. Il problema è che non siamo preparati».

**Come mai?**

«Per prevenirle bisogna investire sulla ricerca e questo significa mettere a disposizione fondi. Ma i politi-

ci di oggi non pensano al futuro, pensano solo a quello che serve oggi e non investono in questo campo. Per questo non vogliono finanziare ricerche future che possono proteggerci».

**Non siamo preparati a una nuova pandemia?**

«Per me essere preparati significa avere il vaccino pronto per essere dato alle persone per immunizzarle: è questa la differenza tra prevenire e curare. Ma il governo si è stancato di questo argomento e ha smesso di finanziarci. Nella loro visione, prepararsi significa avere abbastanza mascherine e guanti. Ma aspettare dieci mesi per avere un vaccino (un tempo incredibilmente veloce per la scienza) porta comunque a un crollo economico».

**Con il suo lavoro ha salvato milioni di vite, eppure la voce di chi rifiuta i vaccini è sempre più forte e trova spazio anche nelle istituzioni: negli Stati Uniti il segretario alla salute Robert F. Kennedy Junior è un dichiarato no vax. Com'è possibile?**

«All'interno della categoria dei no vax bisogna fare delle distinzioni. Da un lato ci sono persone come Kennedy, che ha un passato da avvocato e ha fatto dei soldi attaccando le compagnie far-



maceutiche che producono vaccini. Non sarò mai in grado di convincere le persone come lui».

**Altri sono convincibili?**

«Tante persone non sono sicure sul tema e si informano magari sui social. È a loro che parlo per la maggior parte del mio tempo, cercando di convincerle a prendere il vaccino».

**A che cosa sta lavorando ora?**

«Nuovi vaccini contro il cancro che lo colpiscono quando emerge. Per intercettare il tumore bisogna capire quali sono le modifiche ge-

netiche che lo causano. Colpendo queste mutazioni possiamo prevenire la formazione di alcuni tumori».

**Una delle sue battaglie è l'equità dell'accesso ai vaccini e alle terapie. Pensa che oggi l'innovazione sia accessibile a tutti i Paesi del mondo?**

«Ci ho lavorato fin dal momento in cui sono diventato scienziato. Parte del problema è che ci sono diverse tipologie di preparazione. Durante il Covid-19 i vaccini cinesi sono stati resi disponibili in fretta in tutto il

mondo, ma il punto è che non erano così efficaci e hanno smesso di funzionare dopo un paio di mesi. Ci sono voluti uno o due anni perché il vaccino a mRNA raggiungesse l'Africa subsahariana, il Sud America, il Sud-est asiatico. Troppo. Gli Usa e l'Europa si sono vaccinati nell'arco di due mesi. Aspettare un anno o due, con le persone che morivano ogni giorno per la mancanza di vaccino, per me è criminale». —

Per prevenire le pandemie s'investa in ricerca  
Ma oggi la politica non pensa al futuro

Negli ultimi 150 anni abbiamo avuto vari contagi globali  
Sono naturali nel nostro ambiente, ma non siamo preparati

Lavoriamo a vaccini che frenano il cancro quando emerge, colpendo le mutazioni genetiche che lo causano

## S La parola

### Hantavirus

L'Hantavirus è un virus raro ma potenzialmente letale, trasmesso dai roditori all'uomo attraverso escrementi e saliva. L'incubazione può durare da sette a 60 giorni. Nel mondo si registrano circa 150 mila casi all'anno, la metà in Cina



“

**Drew Weissman**

premio Nobel per la Medicina



#### La ricerca

Gli scienziati lavorano a soluzioni nei laboratori, ma sovente si scontrano con la mancanza di fondi



## IL VIRUS IN CROCIERA. E ADESSO?

Contagio ambientale (da roditori infetti) prima dell'imbarco o durante il viaggio, o trasmissione da persona a persona. I dati e le loro relazioni, ipotesi e rischi. Come ragionare davanti all'incertezza, senza trasformarla in confusione

di *Enrico Bucci*

Molto si sta già dicendo sul cluster di hantavirus associato alla MV Hondius, e molto altro si dirà nei prossimi giorni, perché l'indagine è ancora in sviluppo, i dati clinici e virologici vengono aggiornati, le autorità sanitarie correggono le valutazioni a man a mano che arrivano nuovi campioni, nuove interviste, nuove sequenze e nuove ricostruzioni dei contatti. In una fase di questo tipo, la parte più utile della vicenda non è l'accumulo dei dettagli provvisori, ma il metodo con cui quei dettagli vengono trasformati, quando possibile, in conoscenza affidabile. Un evento epidemico in corso permette infatti di osservare una cosa che nella comunicazione pubblica resta spesso invisibile: gli scienziati non procedono sommando notizie, ma distinguendo i fatti accertati dalle inferenze plausibili, le ipotesi operative dalle spiegazioni dimostrate, e aggiornando il peso di ciascuna interpretazione quando arrivano dati migliori. L'Ecde (European Centre for Disease Prevention and Control) nella valutazione del 6 maggio definisce l'evento "rapidly evolving" e precisa che la propria analisi è preliminare e destinata a essere aggiornata con l'arrivo di nuove informazioni: questa è la cornice corretta per leggere tutta la vicenda.

Il valore divulgativo di un caso simile sta proprio nella possibilità di mostrare come si ragiona davanti all'incertezza senza trasformarla in confusione. Un cluster epidemiologico è un segnale: più persone si ammalano in un intervallo di tempo, in uno spazio o in una rete di relazioni che suggerisce una connessione. Quel segnale non contiene ancora la sua spiegazione. Può derivare da una sorgente comune, da esposizioni ambientali simili ma separate, da una catena di trasmissione fra persone, oppure da una combinazione di questi meccanismi. La prima operazione consiste allora nel costruire una mappa ordinata delle possibilità e nel chiedersi che cosa ciascuna ipotesi dovrebbe produrre se fosse vera. Una ricostruzione orientata verso una sorgente ambientale deve identificare luoghi contaminati, presenza di roditori, tracce di escreti, polveri, attività a rischio e tempi compatibili con l'incubazione. Una ricostruzione orientata verso la trasmissione interumana deve invece documentare contatti stretti, durata dell'esposizione, convivenza, assistenza ai malati, sequenza degli esordi e assenza di esposizioni ambientali alternative di

pari plausibilità. In questa fase, il metodo scientifico consiste nel valutare quanto ogni ipotesi resti coerente con l'insieme dei dati disponibili.

Nel caso della Hondius, le ipotesi principali sono tre. La prima è un'esposizione comune avvenuta prima dell'imbarco, in un ambiente contaminato da roditori infetti. La seconda è un'esposizione ambientale durante il viaggio o in una delle tappe, sempre attraverso materiale biologico di roditori. La terza è una trasmissione da persona a persona, ipotesi che per Andes virus deve essere considerata perché questo hantavirus è stato associato, in alcune circostanze documentate, a contagio interumano dopo contatti stretti e prolungati. Le tre ipotesi non partono dallo stesso punto, perché la via ordinaria di infezione da hantavirus è l'esposizione ambientale a urine, feci o saliva di roditori infetti aerosolizzate; tuttavia, l'identificazione di Andes virus cambia il profilo dell'indagine, perché introduce un meccanismo raro ma rilevante per la gestione dei contatti. L'Ecde formula, infatti, l'ipotesi preliminare secondo cui alcuni passeggeri possano essersi esposti ad Andes virus in Argentina prima dell'imbarco e possano poi avere trasmesso il virus ad altri passeggeri, precisando però che questa valutazione nasce in una fase precoce e con informazioni ancora limitate.

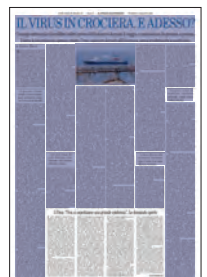
Il primo vincolo è il tempo. In un'indagine epidemica, la data di esordio dei sintomi non serve a costruire una cronologia narrativa, ma a delimitare ciò che è biologicamente possibile. L'Oms riferisce, per i casi collegati alla Hondius, esordi distribuiti tra il 6 e il 28 aprile 2026; l'Ecde ricorda che il tempo di incubazione delle infezioni da ortohantavirus è di solito intorno a due settimane, con un intervallo che può andare da sette giorni a sei settimane, mentre la descrizione Oms della sindrome cardiopolmonare da hantavirus considera un intervallo più ampio in casi diversi. Questi valori non sono dettagli secondari: un esordio molto precoce rispetto alla partenza da Ushuaia orienta la ricerca verso un'esposizione precedente o molto vicina all'imbarco; esordi più tardivi possono restare compatibili con esposizione comune, esposizione successiva o trasmissione interumana. Le date non dimostrano la causa, ma modificano il peso relativo delle spiegazioni, perché una ipotesi epidemiologica deve rispettare la finestra biologica dell'infezione per restare credibile.

Il secondo vincolo è la geografia del-

le esposizioni. Per una zoonosi mantenuta da roditori, il luogo in cui la malattia viene riconosciuta può essere molto distante dal luogo in cui l'infezione è stata acquisita. Una nave concentra i casi, facilita il loro riconoscimento e rende visibile l'evento alle autorità internazionali; la sorgente può trovarsi giorni o settimane prima, in un ambiente attraversato dai pazienti durante il viaggio. Il ministero della Salute argentino ha comunicato di avere ricostruito una traiettoria lunga mesi del possibile caso indice attraverso Argentina, Cile, Uruguay e ritorno in Argentina prima della partenza da Ushuaia, e di avere avviato, con Anlis-Malbrán, attività di supporto diagnostico internazionale e indagini locali, compresa la cattura e l'analisi di roditori in aree collegate al percorso dei casi. Questo dato sposta correttamente l'indagine dal luogo in cui il cluster è stato osservato ai luoghi in cui l'esposizione può essersi verificata.

Il terzo vincolo è biologico. Gli hantavirus sono virus a Rna mantenuti in natura da roditori; l'uomo si infetta soprattutto respirando particelle contaminate da urine, feci o saliva di animali infetti, per esempio quando polvere contaminata viene sollevata in ambienti chiusi, depositi, edifici infestati, aree rurali o luoghi di lavoro ed escursione. Nelle Americhe alcuni hantavirus causano la sindrome polmonare o cardiopolmonare da hantavirus, che può iniziare con febbre, mialgie, cefalea, malessere e sintomi gastrointestinali, per poi evolvere rapidamente verso edema polmonare, insufficienza respiratoria, ipotensione e shock. Andes virus appartiene a questo gruppo e ha una particolarità: è

il principale hantavirus per il quale la trasmissione interumana sia stata documentata o fortemente sospettata in alcuni cluster sudamericani, soprattutto dopo contatti ravvicinati e prolungati. L'Ecde sottolinea però che questa trasmissione non è facile, che la via ambientale resta centrale e che il rischio per la popolazione generale europea è molto basso anche perché il



reservoir naturale di Andes virus, il roditore *Oligoryzomys longicaudatus*, non è presente in Europa.

La difficoltà metodologica più importante riguarda la co-esposizione. Per separare le ipotesi servono interviste accurate, tempi di esordio, attività comuni, durata e tipo dei contatti, risultati sierologici, Pcr, sequenze virali dei pazienti, campioni ambientali e, quando possibile, sequenze ottenute dai roditori delle aree sospette.

La letteratura su Andes virus mostra perché questa prudenza sia necessaria. L'outbreak di Epuén, in Argentina, descritto nel 2020 sul *New England Journal of Medicine*, è uno dei riferimenti principali per la trasmissione interumana: gli autori ricostruirono 34 infezioni confermate da Andes virus nella provincia di Chubut, con 11 decessi, e interpretarono l'evento come una catena di trasmissione da persona a persona sostenuta da alcuni individui con ruolo di super-diffusori, sulla base di dati clinici, epidemiologici e genomici. Questo studio rende comprensibile la cautela delle autorità quando Andes virus viene identificato in un cluster con contatti stretti e in un ambiente chiuso o semi-chiuso.

La stessa letteratura impone però di non trasformare quella possibilità in una scorciatoia esplicativa. Una revisione sistematica pubblicata sul *Journal of Infectious Diseases* ha valutato criticamente le prove disponibili sulla trasmissione interumana degli hantavirus e ha concluso che le evidenze comparative più solide non sostengono in modo forte la trasmissione interumana, mentre gli studi non comparativi, più esposti a bias, suggeriscono che la trasmissione di Andes virus possa essere possibile in alcuni cluster di Argentina e Cile. Gli autori indicano esplicitamente la necessità di studi capaci di controllare la co-esposizione ai roditori. Questo punto è decisivo: in sanità pubblica è ragionevole agire come se una trasmissione rara ma grave potesse avvenire; nella ricostruzione scientifica, invece, ogni catena causale deve essere dimostrata contro l'alternativa dell'esposizione ambientale condivisa.

La genomica aiuta molto, ma non elimina da sola il problema. Se i virus isolati da due pazienti sono incompatibili fra loro dal punto di vista filogenetico, una trasmissione diretta diventa improbabile. Se invece sono identici o quasi identici, il legame fra i casi diventa più plausibile, ma resta da capire se quel legame passi attraverso una persona oppure attraverso la stessa sorgente ecologica. In un'area endemica, due individui possono infettarsi con virus molto simili perché hanno incontrato la stessa popolazione virale circolante nei roditori locali. Per questo il confronto fra se-

quenze umane e sequenze ottenute dai roditori è spesso il passaggio più informativo. La somiglianza fra virus isolati da pazienti diversi misura la prossimità genetica delle infezioni; il suo valore causale dipende dal contesto epidemiologico e dal confronto con i virus presenti nel reservoir locale.

Il bollettino epidemiologico argentino della settimana 16 del 2026 offre un esempio concreto, distinto dal caso Hondius, ma molto utile per capire il metodo. A Cerro Centinela, nel Chubut, tre conviventi hanno presentato infezioni da Andes virus con esordi sequenziali; l'indagine ambientale ha rilevato roditori selvatici riconosciuti come serbatoi di hantavirus e un esemplare è risultato positivo. Le sequenze virali umane erano simili al 99,99 per cento fra i tre casi, un dato che rafforza l'idea di un legame stretto tra le infezioni; nello stesso aggiornamento, però, il sequenziamento del virus rilevato nel roditore sieropositivo era ancora pendente. In termini di ragionamento scientifico, il dato umano sostiene l'esistenza di una relazione fra i casi, mentre il dato animale, quando disponibile, può chiarire se quella relazione sia spiegata meglio da una sorgente ambientale condivisa, da una catena interumana, oppure da una combinazione dei due meccanismi.

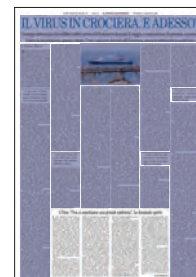
Un'indagine di outbreak procede quindi come un aggiornamento progressivo del peso relativo delle ipotesi. All'inizio, la biologia nota degli hantavirus assegna un peso elevato all'esposizione ambientale da roditori. L'identificazione di Andes virus aumenta il peso della trasmissione interumana come ipotesi operativa. Le date di esordio possono rafforzare l'ipotesi pre-imbarco oppure rendere più plausibili casi secondari. Le interviste distinguono fra convivenza, assistenza diretta, contatto intimo, semplice compresenza e condivisione di ambienti. I test molecolari confermano l'agente; la sierologia può documentare esposizioni o fasi diverse dell'infezione; le sequenze virali misurano la parentela fra i virus; i campioni ambientali e zoologici riportano la catena al serbatoio naturale. A ogni passaggio, alcune spiegazioni diventano più robuste, altre perdono forza, altre restano aperte in attesa di dati che le separino.

Questa logica spiega anche perché una risposta sanitaria possa essere prudente senza essere allarmistica. L'Ecdc considera tutti i presenti sulla nave come contatti stretti, per il contesto chiuso e la condivisione di spazi e attività, ma nello stesso tempo valuta molto basso il rischio per la popolazione generale europea. La coerenza fra queste due affermazioni dipende dalla distinzione fra rischio individuale, rischio dei contatti e rischio comunita-

rio. Una malattia può essere grave per il singolo paziente e poco capace di diffondersi nella popolazione generale. Può richiedere isolamento, monitoraggio, dispositivi di protezione, test e rapido trasferimento in terapia intensiva per i sintomatici, pur non presentando le caratteristiche di un agente facilmente pandemico. Nel caso di Andes virus, la severità clinica impone misure rapide; la bassa efficienza della trasmissione interumana e l'assenza del reservoir europeo riducono il rischio di un'ampia diffusione comunitaria.

La clinica rende ancora più evidente la differenza fra agire e concludere. La sindrome cardiopolmonare da hantavirus può iniziare con sintomi comuni, sovrapponibili a molte infezioni banali, e precipitare poi verso insufficienza respiratoria e shock. L'Oms ricorda che non esiste un antivirale specifico approvato per questa sindrome e che la sopravvivenza dipende soprattutto dal riconoscimento precoce e dal supporto intensivo: ventilazione, controllo dei fluidi, vasopressori, dialisi quando serve. Ecmo nei casi più gravi. Questa informazione giustifica una risposta clinica immediata anche mentre l'origine del cluster resta in discussione. L'urgenza di proteggere pazienti e contatti appartiene alla gestione sanitaria; la ricostruzione della causa appartiene alla dimostrazione scientifica, e richiede più tempo.

L'altro aspetto da chiarire al lettore è che l'antivirus è una malattia di ecologia prima ancora che di trasporto internazionale. Uno studio pubblicato nel 2024 su dati del Nord-Ovest argentino ha trovato una relazione positiva fra casi di sindrome polmonare da hantavirus e abbondanza dei roditori con un ritardo di circa tre mesi, e fra casi e pioggia con un ritardo di circa otto mesi. La sequenza è biologicamente comprensibile: l'aumento delle precipitazioni può favorire la crescita della vegetazione, la disponibilità di semi, la presenza di rifugi e la capacità dell'ambiente di sostenere popolazioni più numerose di roditori; quando i roditori aumentano, cresce anche la probabilità che le persone entrino in contatto con escreti contaminati. Questo studio non dimostra nulla sull'origine del cluster della Hondius, ma chiarisce il tipo di processo che biso-



gna avere in mente quando si indaga un hantavirus: accanto alle relazioni fra persone, bisogna ricostruire anche la relazione fra clima, roditori, ambienti e attività umane.

Davanti a un aggiornamento, la prima domanda riguarda la natura del dato e il modo in cui quel dato modifica l'interpretazione complessiva. Un nuovo caso aumenta la dimensione del cluster, ma chiarisce il meccanismo solo se porta con sé informazioni utili su esordio, esposizioni e contatti. Un risultato molecolare identifica l'agente, mentre la sorgente richiede un collegamento con luoghi, serbatoi e sequenze ambientali. La parentela genetica fra virus isolati da pazienti diversi diventa più informativa quando viene interpretata insieme alla cronologia,

alle relazioni fra i casi e alla presenza o assenza di un reservoir animale compatibile. Anche una valutazione di rischio basso per la popolazione generale va letta nel suo livello corretto: indica una bassa probabilità di diffusione ampia, non una bassa gravità clinica per i pazienti già colpiti o per i contatti più esposti. Ogni informazione ha un peso diverso, e quel peso dipende dal modo in cui si collega alle altre.

Questa distinzione è il contrario della comunicazione epidemica basata su impressioni immediate. Un evento sanitario in sviluppo produce inevitabilmente numeri provvisori, ipotesi provvisorie e decisioni provvisorie. La conoscenza affidabile nasce quando questi elementi vengono messi in ordine. Prima si stabilisce che cosa è accertato; poi si definiscono le ipotesi compatibili; poi si cercano dati capaci di separarle; poi si controlla se la spiegazione scelta regge anche contro le alternative. Nel caso della Hondius, ciò significa integrare tempi di incubazione, viaggi precedenti, esposizioni ambientali, contatti stretti, risultati

molecolari, sequenze virali, campioni di roditori e informazioni cliniche. Solo questa integrazione può trasformare un cluster in una storia causale.

La conclusione più solida, allo stato dei dati pubblici, resta necessariamente graduata. Andes virus rende plausibile una componente interumana in presenza di contatti stretti e prolungati; la trasmissione ambientale da roditori resta il meccanismo fondamentale da indagare; la cronologia orienta il peso delle ipotesi senza chiudere da sola la questione; la genomica può rafforzare o indebolire le catene ricostruite, soprattutto se confrontata con campioni animali; il rischio per la popolazione generale europea appare molto basso, mentre la gestione dei casi e dei contatti richiede prudenza per la severità della malattia.

Il punto più delicato, in una fase simile, è tenere sotto controllo i nostri bias cognitivi. Il primo è il bias di disponibilità: ciò che è più visibile, una nave con passeggeri isolati e casi respiratori gravi, tende a occupare tutta la scena mentale, anche quando la sorgente biologica potrebbe trovarsi altrove e molto prima. Il secondo è l'ancoraggio: la prima ipotesi ascoltata, per esempio la trasmissione fra persone oppure l'esposizione in Argentina, rischia di diventare il riferimento implicito anche quando arrivano dati nuovi. Il terzo è il bias di conferma, che porta a selezionare solo gli elementi compatibili con la spiegazione preferita. Il quarto è la chiusura prematura, molto frequente nelle emergenze sanitarie: si trasforma una spiegazione provvisoria in conclusione, perché l'incertezza è scomoda e perché il pubblico, i media e talvolta anche le istituzioni preferiscono una risposta semplice a una risposta graduata. Proprio per questo serve pensiero critico, non

nel senso generico di diffidenza, ma nel senso tecnico di una disciplina dell'inferenza: distinguere il dato dalla sua interpretazione, chiedere quale ipotesi venga rafforzata, quale venga indebolita, quale resti compatibile, e quale prova manchi ancora.

Applicata al rischio, questa disciplina porta a una conclusione provvisoria ma già abbastanza solida. Andes virus è un hantavirus clinicamente serio, capace di causare una sindrome cardiopolmonare grave e fatale; per questo i casi sospetti, i sintomatici e i contatti stretti devono essere gestiti con prudenza, diagnosi rapida, isolamento appropriato e accesso tempestivo alla terapia intensiva. Allo stesso tempo, i dati disponibili non indicano un rischio elevato per la popolazione generale europea.

La conclusione corretta, dunque, non è una formula definitiva, ma una valutazione bayesiana provvisoria: allo stato attuale, alta attenzione per casi e contatti stretti, bassa probabilità di diffusione ampia nella popolazione generale, forte necessità di ricostruire sorgente, contatti, sequenze virali e possibile ruolo dei roditori. Se nuovi dati mostreranno casi secondari fuori dalla nave, contatti infettati senza esposizione ambientale plausibile, sequenze compatibili con una catena interumana ordinata o evidenze ambientali più precise, il peso delle ipotesi cambierà. La forza del ragionamento scientifico sta esattamente qui: non nel produrre certezze premature, ma nel modificare le conclusioni quando l'evidenza cambia, senza perdere il controllo logico del processo.

*In questa fase, il metodo scientifico consiste nel valutare quanto ogni ipotesi sia coerente con l'insieme dei dati disponibili*

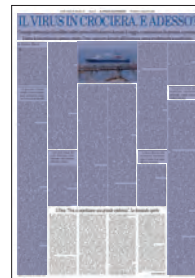
*Integrare tempi di incubazione, esposizioni ambientali, contatti stretti, risultati molecolari*

*La bassa efficienza della trasmissione interumana riduce il rischio di un'ampia diffusione comunitaria*

*Ogni catena causale deve essere dimostrata contro l'alternativa dell'esposizione ambientale condivisa*



Uno scatto della Mv Hondius, la nave da crociera colpita dall'Hantavirus (foto Ansa)



## L'Oms: "Non ci aspettiamo una grande epidemia". Le domande aperte

La MV Hondius è ancora ferma al largo di Tenerife. Nei prossimi giorni, i 146 passeggeri ancora a bordo sbarcheranno nel porto di Granadilla. Lo ha deciso il governo spagnolo su richiesta dell'Oms. Nessuno, alle Canarie, voleva quella nave. Il presidente della regione, Fernando Clavijo, ha protestato a lungo. Alla fine, ha vinto Madrid. Non è stato semplice. Prima di ottenere il via libera per le Canarie, la nave aveva chiesto invano di attraccare a Capo Verde, che ha negato l'accesso al proprio porto. La Spagna ha accettato solo dopo le rassicurazioni dell'Oms sulla gestione del rischio sanitario. Il direttore generale dell'Oms, Tedros Adhanom Ghebreyesus, ha voluto chiarire: "Rischio basso per gli abitanti delle Canarie. Siamo fiduciosi nella capacità della Spagna di gestire questa emergenza". Ma le domande restano aperte.

La storia comincia a Ushuaia, la città più australe del mondo, in Argentina, da dove la nave è salpata il primo aprile. E comincia con una coppia di turisti olandesi: lui 70 anni, lei 69. Secondo gli investigatori, i due avevano partecipato a un'escursione di birdwatching nei dintorni. Qualche giorno dopo, a bordo, i primi sintomi. L'uomo è morto l'11 aprile. La moglie è collassata in un aeroporto di Johannesburg ed è morta il 26. Una terza passeggera, una donna tedesca, è deceduta il 2 maggio. Tre vite strappate dall'hantavirus, variante Andes - l'unica capace di trasmettersi da uomo a uomo. Il 24 aprile, durante una sosta nella remota isola di Sant'Elena, non sono scesi solo il corpo dell'uomo e sua moglie. Dalla nave sono sbarcate trenta persone di almeno dodici nazionalità. Hanno preso voli commerciali per tornare a casa, disperdendosi in tre continenti prima che le autorità sanitarie venissero in-

formate. Le autorità olandesi non hanno confermato dove si trovino ora quei passeggeri. Nel frattempo, le autorità in Sudafrica e in Europa stanno cercando di rintracciare i contatti di tutti coloro che sono scesi dalla nave.

Un passeggero svizzero è risultato positivo. Due britannici sono in isolamento. Altri sono monitorati negli Stati Uniti e in Turchia. La compagnia Oceanwide Expeditions ha impiegato giorni prima di ammettere quei trenta sbarchi. L'Oms ha ricostruito la sequenza: l'ottavo caso è proprio un uomo sbarcato a Sant'Elena, risultato positivo a Zurigo. Il periodo di incubazione del virus Andes può arrivare a sei settimane. "E' possibile che vengano segnalati ulteriori casi", ha avvertito Tedros.

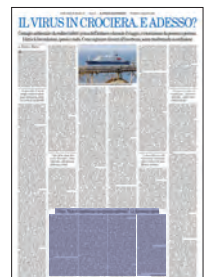
Mentre il mondo guardava alla nave, il ministero della Salute argentino pubblicava il bollettino epidemiologico numero 806. Il focolaio sulla Hondius non è un episodio isolato. E' la punta di un iceberg. Tra luglio 2025 e aprile 2026, l'Argentina ha registrato 101 casi confermati di hantavirus. Trentadue decessi. Letalità al 31,7 per cento: più del doppio della media dei cinque anni precedenti. L'Argentina è al primo posto in America Latina per incidenza di questa malattia. Ma quest'anno si va oltre i parametri storici. Il bollettino traccia un identikit delle vittime: età mediana 36 anni, 80 per cento uomini, 69 per cento tra i 20 e i 49 anni. Adulti in piena attività. La mappa del contagio cambia: la provincia di Buenos Aires ha registrato 54 casi e 16 decessi. Salta, nel nord ovest, 30 casi e 10 morti, il tasso più alto del paese. E poi c'è Río Colorado, località fuori dalle aree endemiche, dove un residente si è ammalato.

Perché tutto questo proprio ora? "Il cambiamento climatico. L'Argentina è diventata più tropicale", spiega

l'infettivologo Hugo Pizzi. Siccità e piogge intense spingono i roditori fuori dagli habitat. Oggi l'83 per cento dei casi si concentra nell'estremo nord. Un tempo era solo Patagonia. Intanto, una hostess della KLM è stata ricoverata ad Amsterdam dopo un breve contatto con la donna olandese deceduta in Sudafrica. L'incontro è stato forse aeroportuale. Se il test fosse positivo, significherebbe che il virus potrebbe trasmettersi anche con un contatto meno stretto di quanto finora ritenuto. La prudenza in questo caso è d'obbligo. La KLM ha rivelato: la stessa passeggera aveva tentato di imbarcarsi su un volo per Johannesburg, ma l'equipaggio, vedendola in condizioni critiche, le aveva negato l'accesso. E' morta il giorno dopo.

In questo scenario, l'Oms predica prudenza e prova a spegnere l'allarmismo. "Non ci aspettiamo una grande epidemia. Si tratta di un cluster in uno spazio confinato con contatti ravvicinati. Le misure di sanità pubblica possono interrompere la catena di trasmissione. Non è coronavirus. E' un virus molto diverso. Non siamo nella stessa situazione di sei anni fa". La speranza è che anche le capacità di risposta degli organismi sanitari, nazionali e internazionali, non sia la stessa che ci ha colti impreparati anni fa.

**Giovanni Rodriguez**



## GLI EFFETTI DEL DIGITALE

# In calo le gravidanze precoci negli Usa? Una notizia buona su uno sfondo cupo

MASSIMO CALVI

**T**ra le tante conseguenze che la diffusione degli smartphone ha prodotto ce n'è una che può essere valutata in modo benevolo: il crollo delle gravidanze adolescenziali. Da quando l'iPhone ha fatto il suo debutto, nel 2007, negli Stati Uniti la fecondità delle ragazze tra i 15 e i 19 anni è calata del 70%. Il caso americano potrebbe fare un po' storia a sé, per il particolare contesto sociale, tuttavia lo stesso fenomeno ha riguardato moltissime altre nazioni sviluppate a partire da quell'anno. Il fatto è che il legame con la diffusione degli smartphone non sembra essere una semplice coincidenza: uno studio pubblicato lo scorso aprile da ricercatori dell'Università di Cincinnati (*The collapse of teen fertility in the digital era*) ha provato a dimostrare che esiste un rapporto causale robusto tra la possibilità di essere connessi online in ogni momento e il "collasso" della fecondità adolescenziale, anche tenendo conto dei cambiamenti culturali ed educativi che si sono avuti negli anni. Che il telefonino possa avere un effetto contraccettivo indiretto, un po' come avviene con l'accesso all'istruzione, non dovrebbe essere una cattiva notizia. Le cose cambiano nel momento in cui la natalità tra i teenager cessa di essere trattata per quello che è, ma viene vista come un "indicatore relazionale", ossia una delle tante conseguenze possibili della frequenza con cui i giovani escono di casa, si incontrano, stanno insieme, vivono relazioni dirette e non filtrate dalla tecnologia digitale, arrivando così a misurare il crollo della socializzazione "in presenza" e la crescita del rischio di isolamento sociale. Ecco, da questo punto di vista, lo scenario si fa un po' più cupo, perché un altro effetto della accresciuta reclusione domestica dei giovani registrata a partire dalla diffu-

sione degli smartphone è stato l'aumento della depressione e dei suicidi tra gli adolescenti.

L'obiettivo della ricerca non è criminalizzare i telefonini, ma analizzare come la tecnologia, in particolare la diffusione della banda larga mobile, e la facilità di connessione in ogni momento, abbia provocato, o comunque accelerato, una trasformazione profonda nei comportamenti dei giovanissimi. Dal 2007 al 2024 il tasso di natalità delle adolescenti americane è sceso del 71%, a fronte di aumenti in fasce di età più avanzate. Nelle altre 128 nazioni considerate dal *paper* si può fare invece una distinzione tra i

contesti più ricchi, dove il calo è stato mediamente del 2,9% l'anno, e quelli in cui l'acquisto di tecnologia è più oneroso e meno diffuso, con una diminuzione contenuta all'1,2%. Nel nostro Paese il problema delle gravidanze adolescenziali è marginale, ma osservando i dati del sistema informativo *Health for All Italia* dell'Istat, si vede che il tasso di fecondità totale nel periodo è calato del 14%, quello nella fascia tra i 15 e i 19 anni del 60%. Il fenomeno ha cause molteplici, ma nello studio il legame di causa-effetto tra le connessioni digitali e le minori nascite è stato provato trovando variazioni significative indipendenti sia dalle politiche sanitarie nazionali, che dalle tradizioni religiose o dagli andamenti dell'economia.

Cosa è successo, dunque, ai ragazzi e alle ragazze? In America dal 2003 al 2019 il tempo dedicato alla socializzazione in presenza si è dimezzato, il tempo libero trascorso nel mondo digitale invece è triplicato, mentre sono rimaste stabili le attività strutturate all'aperto, come lo sport. La tendenza non è nuova, la novità sta nell'aver fotografato quello "choc tecnologico" capace di accelerare l'isolamento fisico nel momento in cui la maggior parte degli adolescenti ha avuto in tasca uno smartphone: i ricercatori lo chiamano "tipping point", "punto di svol-

ta", il passaggio a una fase in cui per continuare a far parte del gruppo ci si deve spostare nel mondo digitale, perché è lì che si sono trasferite le relazioni, e restarne fuori diventa socialmente difficile oltre che penalizzante. Quasi un paradosso.

Se il maggiore isolamento arriva a prevenire le gravidanze precoci, che già risultavano in flessione per altri motivi, il vero problema riguarda la salute mentale. Negli Stati Uniti i suicidi degli adolescenti erano in calo costante dal 1996, invece dal 2007 c'è stata una vera e propria "inversione a U", con un aumento dei casi in media del 5% annuo. Situazione non diversa in altri Paesi: su venti nazioni in grado di fornire dati sufficienti, in 15 la crescita dei suicidi nella fascia 15-19 anni è stata del 4,4% l'anno, mostrando anche qui una relazione diretta tra la diffusione della banda larga mobile e il peggioramento della salute mentale. L'aumento delle visite psichiatriche e del ricorso a farmaci antidepressivi da parte dei giovani, correlato alla diffusione della rete 3G, è stato registrato anche in Italia da una ricerca citata dal nuovo studio americano, *Lost in the net? Broadband internet and youth mental health*, pubblicata nel settembre 2025 sul *Journal of Health Economics*.

Analisi di questo tipo non vanno usate per lanciare allarmi contro l'innovazione. Gli smartphone e gli schermi sempre connessi alla rete sfidano una fase delicata della vita, l'adolescenza, in cui cervello, identità e relazioni sono in piena trasformazione. Analizzare come gli strumenti impattano sul modo di vivere e di pensare è il primo passo per tutelarci dagli effetti negativi, trattenendo il meglio delle novità. Ma serve anche a comprendere come molte delle scelte che facciamo, o che faremo in futuro, ad esempio in fatto di legami e di famiglia, possano essere meno "libere" di quanto si pensi.



I DATI DEL MINDEX DI UNOBRAVO CON IPSOS DOXA

# Uomini e salute mentale: chi soffre fatica a chiedere aiuto a un professionista

ELISA CAMPISI

Sono i più restii a chiedere un sostegno psicologico, eppure sono anche quelli che ne avrebbero più bisogno, proprio perché nella maggior parte dei casi non sono capaci di gestire le situazioni emotivamente difficili. Parliamo degli uomini, che rispetto alle donne si dichiarano tendenzialmente più sicuri di sé sulle proprie competenze emotive ma nei fatti faticano a gestire le emozioni e a chiedere aiuto, in un Paese come l'Italia in cui generalmente l'educazione su questo tema rimane insufficiente per tutti: dichiara di averla ricevuta solo un italiano su quattro e solo uno su 10 si sente molto capace nella gestione di emozioni forti. È questa la fotografia scattata dal MINDex 2026, un barometro del benessere mentale degli italiani, realizzato dal servizio di psicologia online Unobravo insieme a Ipsos Doxa in occasione del mese della consapevolezza sulla salute mentale e dedicato quest'anno allo stato dell'educazione emotiva nel nostro Paese.

L'educazione emotiva riguarda la capacità di riconoscere, nominare, comprendere e gestire quello che sentiamo noi o gli altri. Solo due italiani su 10 dichiarano di aver avuto genitori che li aiutavano a dare un nome alle proprie emozioni. Nel dettaglio, lo studio mostra come nell'universo maschile ben il 40% si percepisce "molto consapevole" della propria emotività, ma rimane prigioniero dell'impulsività e fatica ancora a gestire i propri stati emotivi e i comportamenti che ne conseguono: solo il 15% afferma di riuscire a farlo pienamente. Ben sei maschi su 10 dicono di aver ricevuto supporto emotivo in famiglia, mentre nelle donne la percentuale si ferma al 44%. Ma nei momenti di difficoltà i maschi faticano a chiedere aiuto a un professionista, con solo un uomo su tre che lo farebbe senza problemi, contro

oltre una donna su due. «Non fare la vittima», «non piangere», «devi essere forte», sono queste alcune delle frasi con le quali il 58% degli italiani è stato scoraggiato a esprimere le proprie emozioni, con soprattutto una donna Baby Boomer su due che ha subito questa cultura del silenzio. Il freno principale nel chiedere aiuto o parlare di questi temi per una persona su quattro rimane lo

stigma sociale sulla salute mentale. E se parlarne rimane un tabù per i Baby Boomer (il 66% lo fa con disagio), dei segnali di cambiamento arrivano dalle nuove generazioni, con gli uomini della Gen Z per i quali la percentuale scende al 15%. Tra i 18-29enni l'accompagnamento di uno psicoterapeuta è un'idea sdoganata e se ne riconosce l'utilità. Tuttavia, c'è ancora molto da fare: solo il 37% dei ragazzi si rivolgerebbe a un terapeuta senza problemi, contro il 51% delle ragazze. Per i più giovani si ripetono alcune dinamiche già viste sui dati generali, come per esempio la maggiore sicurezza espressa dai maschi sulla comprensione del proprio mondo interiore rispetto alle cetanee. Pur dichiarando di riuscire a capire le proprie emozioni, però, solo un uomo su 10 della Gen Z afferma di riuscire a gestirle pienamente e a riflettere prima di reagire: un dato che fa il paio con la difficoltà di chiedere aiuto. «Gli uomini possono percepire emotività e vulnerabilità come elementi distanti dal loro modo di essere e dall'educazione ricevuta», ha commentato alla presentazione dei dati Danila De Stefano, ceo e founder di Unobravo, che anche per questo ha scelto di dedicare la propria campagna di maggio, per il mese della consapevolezza, al benessere psicologico maschile. «Ci sono altri dati, fuori da questa ricerca, che fanno vedere poi come queste difficoltà sono l'impalcatura su cui si poggiano fenomeni come violenza, dipendenze o suicidi, tutte estreme conseguenze che

riguardano soprattutto gli uomini - ha continuato -. Il problema è che chiedono meno aiuto, arrivano più tardi a farlo e spesso lo fanno quando il disagio è già diventato difficile da gestire. Alla base c'è anche un'educazione emotiva che, fin dall'infanzia, tende a semplificare, contenere o negare ciò che si prova, invece di insegnare a riconoscerlo e attraversarlo. Questo ha un impatto reale sulla qualità della vita, delle relazioni e sulla capacità di prendersi cura di sé».

Di fronte a questo quadro e «consapevole che la terapia fa bene, ma la prevenzione serve ancora di più», la ceo e psicologa ha approfittato dell'occasione anche per lanciare un appello affinché in futuro «l'educazione emotiva sia resa obbligatoria già a partire dalla prima infanzia», abbracciando anche una richiesta e un'esigenza percepita dalle nuove generazioni. I giovani genitori, infatti, non sono solo più aperti rispetto ai temi della salute mentale, ma ben uno su due vuole spezzare la catena dell'educazione emotiva ricevuta, dichiarando che su questo con i propri figli non replicherà il modello dei propri genitori. Il 66% inoltre considera una priorità insegnare a bambini e ragazzi il linguaggio emotivo, ma anche qui con una differenza notevole tra i generi, con punte che vanno dal 75% delle mamme al 57% dei papà. Insomma, sono dati che mostrano una trasformazione in corso, ma lasciano già intravedere una società diversa, con famiglie forse non perfette, ma sicuramente più attente a non trasmettere le proprie ferite e difficoltà emotive come un'eredità, una generazione dopo l'altra.

«Non piangere», «devi essere forte», sono queste alcune delle frasi con le quali il 58% degli italiani è stato scoraggiato a esprimere emozioni



## Neuroscienze

# I processi cognitivi nuovo confine delle tech: a rischio privacy e diritti

La protezione della mente  
dall'invasività digitale  
è la nuova sfida per la legge

**Vincenzo Colarocco**  
**Diletta Simonetti**

L'accelerazione delle neuroscienze sta aprendo una nuova frontiera nella relazione tra esseri umani e tecnologia.

Dispositivi capaci di registrare o modulare l'attività cerebrale nascono per finalità terapeutiche, come il recupero motorio dopo un ictus o il trattamento di patologie neurologiche. Ma l'evoluzione di questi strumenti rende concreta la possibilità di accedere ai processi cognitivi e influenzarli. Da qui emerge una domanda destinata a diventare centrale: come proteggere la mente nell'era delle neurotecnologie? Il dibattito internazionale ha introdotto il concetto di neurodiritti: principi e garanzie volti a tutelare l'integrità mentale dell'individuo.

Tra i più discussi figurano la protezione della privacy mentale, il diritto all'identità personale, la salvaguardia del libero arbitrio, la non discriminazione basata su dati cerebrali e l'equo accesso alle tecnologie di potenziamento cognitivo. L'idea nasce dall'intuizione che i dati neurali possiedono una natura qualitativamente diversa rispetto alle altre informazioni personali. Se i dati digitali descrivono comportamenti o preferenze, i dati neurali rivelano emozio-

ni, intenzioni e processi decisionali. La mente diventa così un nuovo spazio di vulnerabilità giuridica. Non sorprende che alcuni ordinamenti abbiano iniziato a interrogarsi su strumenti di tutela specifici: il Cile è stato il primo Paese a introdurre nella Costituzione un riferimento esplicito alla protezione dell'attività cerebrale.

Il tema non è però soltanto normativo. Sul piano filosofico, i neurodiritti mettono in discussione categorie fondamentali del diritto moderno. Se la tecnologia può intervenire direttamente sui processi cognitivi, la distinzione tra libertà interiore e controllo esterno diventa più incerta, con il rischio di un controllo della personalità.

In gioco non c'è solo la privacy, ma l'autonomia e la possibilità di autodeterminazione. Le implicazioni sono anche economiche. Le neurotecnologie potrebbero entrare negli ambienti di lavoro per monitorare attenzione e affaticamento o per migliorare capacità cognitive. Se ciò potrebbe aumentare produttività e sicurezza, apre anche interrogativi su nuove forme di sorveglianza e disuguaglianze tra lavoratori "potenziati" e "non potenziati".

I neurodiritti sfidano inoltre un principio che il diritto moderno ha sempre considerato scontato: la responsabilità individuale. Se è tecni-

camente possibile intervenire sui processi cognitivi che precedono una decisione, chi risponde di quella

decisione? La domanda diventerà processuale quando la difesa invocherà l'interferenza di un dispositivo neurale come causa escludente della colpevolezza. La risposta normativa richiede un approccio interdisciplinare: diritto, neuroscienze, etica, economia e non può inseguire l'innovazione a distanza di anni, come è accaduto con i big data e l'intelligenza artificiale. La finestra per intervenire in via preventiva è aperta, ma si sta chiudendo. I neurodiritti rappresentano la prossima evoluzione della protezione giuridica della persona. La differenza è che qui l'oggetto tutelato non è un dato esterno, ma la persona nella sua dimensione più intima. Chi arriverà tardi avrà consegnato la loro architettura cognitiva al mercato. La sfida sarà costruire un quadro normativo capace di accompagnare l'innovazione senza sacrificare ciò che definisce più profondamente l'esperienza umana: la libertà della mente.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

### Società virtuale

#### Identità personale in bilico

la protezione della privacy mentale, il diritto all'identità personale, la salvaguardia del libero arbitrio, la non discriminazione basata su dati cerebrali e l'equo accesso alle tecnologie di potenziamento cognitivo.

#### Libertà e/o controllo

Sul piano filosofico, i neurodiritti mettono in discussione categorie fondamentali del diritto moderno. la distinzione tra libertà interiore e controllo esterno diventa più incerta, con il rischio di un controllo della personalità.

**La distinzione  
tra libertà interiore  
e personalità  
rispetto al controllo  
esterno è più incerta**



**GIORNATA AIRC**  
DI AGNESE CODIGNOLA

## Un nuovo esame per la tiroide

**I**l tumore della tiroide può manifestarsi in forme diverse, colpisce più le donne, e la cura dipende dalla sua classificazione. Per farlo si usa la biopsia classica che, però, non sempre riesce a fornire campioni adeguati. Soprattutto nel carcinoma midollare, ostico ma per fortuna raro, contro il quale esistono terapie che richiedono di identificare alcuni geni mutati: in assenza si procede con farmaci meno specifici, e le probabilità di successo calano. Presto però l'identificazione sarà più semplice grazie a una biopsia liquida

che scova i pazienti col gene Ret mutato. Rossella Elisei, dell'università di Pisa, grazie a un finanziamento della Fondazione Airc, ha svolto un progetto i cui primi risultati sono su *Thyroid*: «Abbiamo cercato il Ret mutato in 36 pazienti con il tumore in diversi stati, e lo abbiamo trovato in poco meno della metà. Abbiamo scoperto che la sua concentrazione aumenta quando la malattia è in progressione o molto avanzata, è più bassa quando è stabilizzata o in remissione. Il marcatore potrebbe rivelarsi utile sia nei casi in

cui la biopsia non è stata efficace, sia per seguire la risposta ai trattamenti: basta un semplice prelievo di sangue». Per contribuire alla ricerca, basta acquistare domenica un'azalea nelle piazze italiane. ([airc.it](http://airc.it)).





Servizio Cantiere Ssn

## **In Lombardia pazienti cronici gestiti al 60% dalle coop: ecco perché serve «fare sistema» con la Regione**

Contro il rischio di una risposta frammentata e diseguale dove chi può paga e chi non può aspetta o rinuncia occorre valorizzare la sanità territoriale e investire sui modelli innovativi che mettono in campo tra l'altro telemedicina e innovazione digitale

*di Patrizio Tambini \**

7 maggio 2026

Oggi siamo certi che il servizio sanitario arrivi a tutti? Liste d'attesa troppo lunghe, difficoltà nel reperire medici di famiglia, gestione sempre più complessa della cronicità: sono questi i tre nodi su cui si misura la tenuta del sistema sanitario lombardo. Senza una riorganizzazione profonda, il rischio è una risposta frammentata e diseguale, dove chi può paga, chi non può aspetta o rinuncia.

### **Il ruolo della cooperazione**

Serve valorizzare la sanità territoriale, investendo nei modelli innovativi già esistenti, qui si inserisce il ruolo strategico della cooperazione sanitaria: attraverso investimenti in telemedicina e diagnostica territoriale puntiamo a garantire risposte più rapide ai cittadini, alleggerendo la pressione sugli ospedali. Integrare farmacie, medici di famiglia e servizi sociosanitari significa costruire un presidio territoriale diffuso, accessibile, in grado di intercettare i bisogni prima che diventino emergenze. Se guardiamo alla Lombardia, le liste d'attesa restano uno dei principali ostacoli, la medicina territoriale fatica a reggere l'urto della domanda, la carenza di medici di medicina generale si intreccia con una popolazione sempre più anziana e affetta da patologie croniche. Pensiamo al medico di famiglia, da solo è chiaro che oggi non è più nelle condizioni di gestire la complessità crescente dei bisogni. Le cooperative consentono ciò che oggi manca al sistema: una presa in carico strutturata. Dove i medici lavorano insieme in cooperativa, la presa in carico funziona e le prestazioni vengono gestite in modo più efficiente. Per un paziente cronico, a esempio, questo significa avere un riferimento stabile che programma visite, esami e controlli, al posto suo, fino al follow up. Lo facciamo e funziona già.

### **I numeri**

Dei 5.000 medici di medicina generale, oggi operano all'interno delle cooperative aderenti a Confcooperative 1.350 professionisti e questo 27% si occupa del 60% della cronicità. Significa aver creato un canale organizzato di accesso alle cure su cui abbiamo aperto già un dialogo con Regione. Lo stesso vale per i pazienti che oggi non hanno un medico di riferimento. Migliaia di persone continuano a non sapere a chi rivolgersi nemmeno per una prescrizione. È un vuoto che va colmato con modelli strutturati e replicabili. Regione Lombardia ha già aperto alla possibilità di

una presa in carico organizzata. Un esempio, il progetto della Cooperativa Medici Insubria che gestirà su mandato della Asst Lariana circa 800 pazienti tra la provincia di Como e alcune valli sopra il lago, da mesi senza un medico di famiglia. Ma non basta qualche sperimentazione, iniziative di questo tipo devono diventare sistema.

## **La telemedicina**

In più la cooperazione tra medici sta già sviluppando servizi di telemedicina e diagnostica di primo livello sul territorio: elettrocardiogrammi, spirometrie, retinografie, holter, ecografie. Prestazioni che, se diffuse capillarmente possono ridurre l'impatto sul pubblico. In questo disegno, la farmacia dei servizi è un nodo decisivo. In Lombardia esiste una rete di cooperative aderenti a Confcooperative, con numeri rilevanti in termini di presenza e capacità logistica. La cooperativa bresciana CEF – Cooperativa Esercenti Farmacia, attraverso Q-Farma, rappresenta oggi una realtà centrale: una struttura interamente di proprietà di farmacisti indipendenti che copre il 92% della distribuzione regionale di farmaci. Nelle farmacie della rete ai classici servizi si stanno affiancando prestazioni di telemedicina e servizi come il deblistering, la preparazione personalizzata dei farmaci in dosi giornaliere o settimanali, utile per aiutare anziani e cronici nel seguire le terapie. La questione, allora, non è se esistano le soluzioni. Esistono già. La cooperazione ha proposto a Regione Lombardia un modello che mette in rete competenze, professionisti e infrastrutture. Ma serve un passo in avanti collettivo. Perché continuare a rinviare significa accettare, di fatto, che il diritto alla salute non sia più davvero per tutti.

**L'ESPERIENZA  
DI «RE.TE.»**

## L'online che diventa rifugio e la cura per i giovani isolati

Calvi e Oliva a pagina 8

# Iris, Nora e l'online come rifugio «Così curiamo i giovani isolati»

**COSTANZA OLIVA**  
Milano

Iris parla poco ma disegna molto. Ha quindici anni e il telefono sempre stretto in mano. Cammina cercando di occupare meno spazio possibile, nascosta dentro vestiti trascurati e capelli spesso sporchi. Frequenta il liceo artistico, ma la sua aula è sempre più spesso la cameretta. I professori, a turno, varcano quella soglia per garantire una continuità degli studi. Da due anni è in ritiro sociale: uscire, parlare, esserci, per lei hanno un peso insostenibile. Iris è una dei cinquantacinque ragazzi tra gli 11 e i 21 anni accolti in un anno dal Centro Re.Te., nato all'interno delle attività della Fondazione Carolina, istituita nel nome di Carolina Picchio, che nel 2013 si tolse la vita dopo la diffusione online, a sua insaputa, di un video umiliante. Qui arrivano storie diverse, ma con un tratto comune: una fatica crescente a stare nel mondo.

All'inizio l'obiettivo era contrastare la dipendenza da tecnologia. «Poi ci siamo accorti che non era quella la radice del problema», spiega Ivano Zoppi, direttore del Centro e segretario generale della Fondazione. «Oltre il 90% dei ragazzi ha un uso eccessivo di internet, ma è una conseguenza: nei social cercano uno sfogo o una

risposta». Dietro gli schermi si affacciano famiglie fragili, ansia diffusa, isolamento, difficoltà scolastiche. L'80% presenta sintomi ansioso-depressivi, il 30% è in ritiro o a rischio di abbandono scolastico, il 10% vive una condizione di isolamento totale, un altro 10% porta ferite legate alla violenza digitale.

La scommessa è stata unire due mondi che raramente dialogano: psicologia ed educazione. «I tempi non coincidono - osserva Zoppi - e ogni settimana nelle riunioni di équipe tra educatori e psicologi cerchiamo un punto di equilibrio». Da questo confronto prende forma il metodo: oggi, su trentasette ragazzi seguiti, trentatré partecipano a un percorso strutturato fatto di supporto educativo individuale e di gruppo, laboratori relazionali e sostegno psicologico. Per i casi più gravi, come gli hikikomori, il centro entra nelle case: educatori accanto ai ragazzi, psicologi a supporto delle famiglie. È il caso di Nora, quattordici anni, ritirata sociale da quando ne aveva dodici. Vive tra ansia e depressione, dorme di giorno e resta sveglia la notte. Sui social recensisce videogiochi e anima personaggi degli anime. A volte il disagio si traduce in gesti autolesivi. Eppure, nel tempo, emergono piccoli segnali: una

passaggiata fino alla fumetteria, una stanza rimessa in ordine, una progettualità che torna a farsi strada come il desiderio di diventare un giorno game designer.

Quello del Centro Re.Te. è un sostegno a tutto campo, anche economico: il percorso, che costa in media quattromila euro per ragazzo, è interamente sostenuto dalla struttura. Il 70% ha aderito, il 15% è stato indirizzato ad altri servizi, un altro 15% non ha accettato. «Non proponiamo interventi a compartimenti stagni», chiarisce lo psicologo Marco Bernardi. «Funzionano solo se stanno insieme: è un ecosistema in cui la relazione è già cura». Per questo i laboratori diventano spazi protetti dove sperimentare che stare con gli altri può non far male. «La cura si compie quando il ragazzo scopre di poter essere risorsa a sua volta». Anche le famiglie sono coinvolte. «La difficoltà più grande è accettare i tempi»,



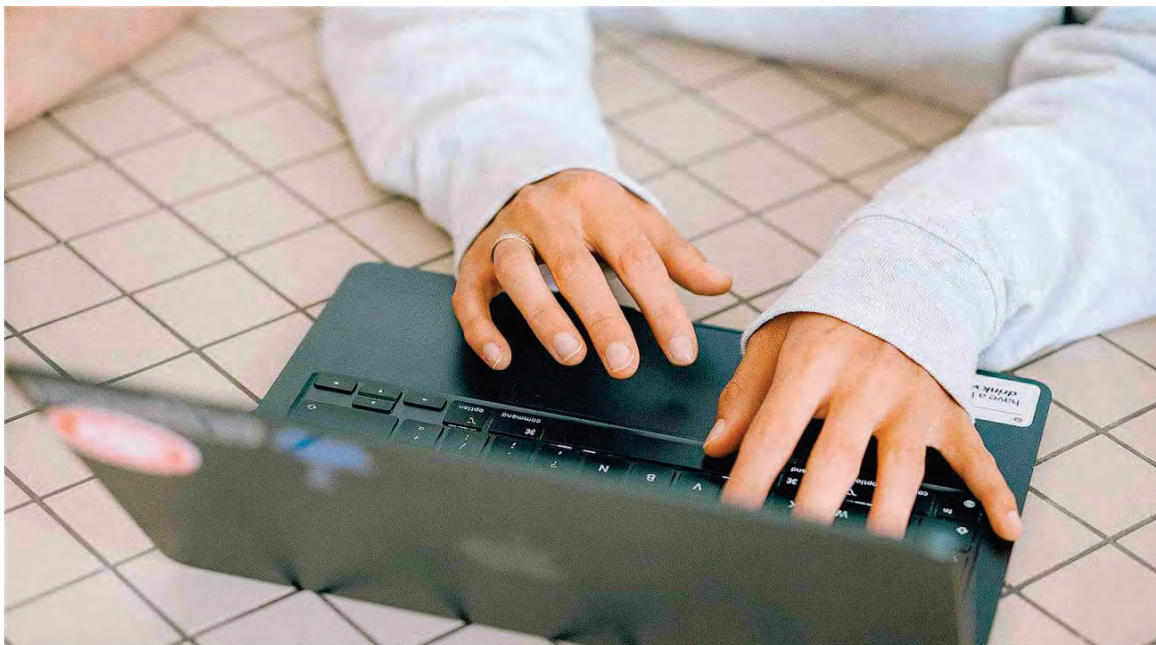
spiegano gli operatori. Nei casi più gravi i cambiamenti arrivano dopo circa sei mesi. Ma arrivano: oggi tutti e quattro i ragazzi seguiti a domicilio frequentano il centro. Il lavoro si intreccia con quello delle strutture sanitarie - Sacco, Policlinico, Niguarda - in una presa in carico condivisa. Un modello articolato, che però richiede continuità. «Non bastano interventi occasionali», osserva Zoppi, «serve una regia e un investimento sull'educazione emotiva e digitale». Dentro il centro, si sta seduti sui pouf, si parla quando si ri-

esce, si costruisce con i Lego, si gioca, si fanno i compiti. Alla fine si scrive o si disegna un diario, per lasciare uscire ciò che pesa. «Alcuni usano le parole, altri i disegni», raccontano gli educatori. «Ma tutti si alleggeriscono un po'». A ricordare il senso di questo impegno è anche Paolo Picchio, padre di Carolina: «Questo luogo per me è la chiusura di un cerchio: spero che la stella di Carolina possa aiutare tanti ragazzi, come avrebbe desiderato fare». Da anni incontra studenti in tutta Italia, per ascoltare davvero le loro esigenze.

C'è anche Paolo, quindici anni, con ADHD e disturbo dell'apprendimento. La scuola è una fatica, il telefono un rifugio. Eppure qui partecipa, si espone: un giorno ha chiesto uno specchio per fare un autoritratto. Un modo, forse, per iniziare a guardarsi davvero. Il progetto ora guarda oltre con l'apertura di una nuova struttura nel Centro Italia e si studia la possibilità di portare questo modello in altri territori, costruendo una rete diffusa. Iris, intanto, continua a disegnare. Parla ancora poco, ma nei suoi fogli qualcosa si muove.

**Il direttore della struttura Ivano Zoppi:**  
«Internet diventa il riparo da difficoltà emotive, familiari e scolastiche». L'approccio è basato su relazione, ascolto e interventi anche dentro le case dei ragazzi più fragili

**Il centro Re.Te. (Fondazione Carolina) in un anno di attività ha seguito 55 adolescenti in ritiro sociale per uso eccessivo della Rete offrendo percorsi che uniscono psicologia ed educazione**



L'evento Aperto il villaggio della "Race for the Cure"

## Lotta ai tumori, Roma si tinge di rosa

L'apertura del villaggio (foto Palmigiani/Toiati)

B. Carbone a pag. 61



# Torna la "Race for the Cure" La Capitale si tinge di rosa

► La manifestazione al Circo Massimo per sostenere la lotta ai tumori al seno. Ieri aperto il Villaggio per gli esami gratuiti alle donne, domenica la corsa: attesi 150mila partecipanti

### L'EVENTO

Roma si veste di rosa e trasforma il Circo Massimo nel cuore pulsante della prevenzione. Con il taglio del nastro inaugurale si è aperta ieri la 27ª edizione della "Race for the Cure", la più grande manifestazione al mondo dedicata alla lotta contro i tumori del seno promossa da Komen Italia. Sulle note dell'Inno di Mameli, eseguito dalla Banda Musicale della Polizia Locale di Roma Capitale, in migliaia hanno dato il via alla quattro giorni di eventi, screening gratuiti, sport, ricerca e solidarietà. Il grande

Villaggio di Komen Italia, allestito nell'antico circo romano fino a domenica 10 maggio, sarà un grande hub della salute aperto a tutti con visite specialistiche, consulenze mediche, attività sportive, laboratori di sana alimentazione e supporto psicologico. Accanto al fondatore di Komen Italia Riccardo Masetti e alla presidente Alba Di Leone presenti numerose autorità istituzionali. Tra queste Laura Mattarella, presidente del Comitato d'Onore della Race for the

Cure, il ministro della Salute Orazio Schillaci, il ministro dell'Università e della Ricerca Anna Maria Bernini, il sottosegretario alla Difesa Isabella Rauti, il



presidente della Regione Lazio Francesco Rocca e l'assessore ai Grandi eventi di Roma Capitale Alessandro Onorato.

**L'OBIETTIVO**

L'obiettivo della manifestazione resta chiaro: promuovere la cultura della prevenzione e sostenere concretamente la ricerca scientifica. «Dobbiamo puntare sulla prevenzione per avere meno malati in futuro» ha dichiarato il ministro Schillaci, sottolineando il valore del Servizio sanitario nazionale e il ruolo decisivo della ricerca medica. Parole condivise anche dal ministro Bernini che ha definito la Race for the Cure «una corsa per la vita» ricordando come la ricerca rappresenti oggi speranza concreta per milioni di persone e famiglie colpite dalla malattia. Un messaggio forte è arrivato anche dal sottosegretario Isabella Rauti che ha ribadito il sostegno delle Forze Armate alla manifestazione: «Contribuire alla ricerca, alla prevenzione e alla diagnosi precoce è una responsabilità collettiva». Per Roma la Race è ormai molto più di un evento sportivo. È un appuntamento che, ogni anno, richiama oltre centomila partecipanti e trasforma la città in una gigantesca comunità solidale. «La prevenzione non deve essere un privilegio per pochi ma un diritto di tutti» ha ricordato Alessandro Onorato, evidenziando il valore sociale di una manifestazione ca-

pace di coinvolgere cittadini, associazioni, istituzioni e volontari. Proprio questi ultimi rappresentano il cuore pulsante dell'iniziativa. Sono oltre duemila le donne e gli uomini impegnati ogni giorno per accogliere i visitatori, organizzare le attività e sostenere le donne che affrontano o hanno affrontato il tumore al seno. Il fondatore di Komen Italia, Riccardo Masetti, ha voluto ringraziare tutti ma soprattutto le "Donne in Rosa", protagoniste simboliche della Race che in 27 anni hanno contribuito a cambiare il modo di raccontare la malattia, sostituendo la paura e la solitudine con la condivisione e la vicinanza.

**LA MISSIONE**

Grande attenzione anche ai nuovi progetti sociali promossi da Komen Italia. Tra questi, il programma dedicato alla prevenzione nei penitenziari femminili e il nuovo percorso rivolto alle madri caregiver che assistono figli con disabilità e che, troppo spesso, trascurano la propria salute. «Vogliamo portare la prevenzione dove arriva più difficilmente», ha spiegato Alba Di Leone, sottolineando la collaborazione con la Regione Lazio e le

Asl del territorio. Momento clou dell'evento simbolo di Komen sarà domenica mattina quando il popolo rosa invaderà le strade della Capitale per la tradizionale corsa. La partenza è fissata alle ore 10 da via Petroselli. In

programma la passeggiata di 2 km, la corsa di 5 km e la prova competitiva di 10 km aperta, per la prima volta, anche agli amatori. La missione è ambiziosa: superare i 150mila partecipanti e trasformare ancora una volta Roma in una gigantesca onda rosa di consapevolezza, solidarietà e speranza.

**Barbara Carbone**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**QUATTRO GIORNI ALL'INSEGNA DI SALUTE E SOLIDARIETÀ L'ASSESSORE ONORATO: «LA PREVENZIONE È UN DIRITTO DI TUTTI»**



A sinistra, l'inaugurazione della 27ª edizione della "Race for the Cure" promossa da Komen Italia. In alto, un momento dell'evento lo scorso anno (foto PALMIGIANI/AG.TOIATI)



## Il bilancio in occasione della Giornata mondiale

# Talassemia, svolta terapie geniche al Bambino Gesù

La talassemia è una delle malattie genetiche del sangue più diffuse al mondo. In Italia si contano circa 7mila pazienti affetti, di cui oltre 5mila sono pertanto costretti a sottoporsi a trasfusioni periodiche per tutta la vita. Oggi, in occasione della Giornata mondiale, l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù traccia il bilancio di un percorso di ricerca e innovazione iniziato nel 2018 che ha contribuito, in modo determinante, allo sviluppo delle terapie geniche. Oltre il 90% dei pazienti senza trasfusioni proprio grazie alle

terapie avanzate. Un percorso che ha trovato un passaggio decisivo con la recente rimborsabilità da parte del Servizio Sanitario Nazionale della prima terapia di editing genetico per la beta-talassemia trasfusione-dipendente e l'anemia falciforme severa in pazienti con età compresa fra i 12 e i 35 anni di età. «L'editing del genoma rappresenta una svolta fondamentale», ha spiegato il prof. Franco Locatelli, responsabile del Centro studi clinici oncoematologici e terapie cellulari del Bambino Gesù.





Servizio Il piano 2026

## Liste d'attesa, esami nel weekend e screening: la Sardegna dà gli obiettivi ai manager delle Asl

La nuova strategia collega in modo diretto le performance dei direttori generali ai risultati conseguiti puntando su responsabilità, trasparenza e misurabilità

*di Davide Madeddu*

7 maggio 2026

Via libera al piano che delinea gli obiettivi dei direttori generali per il 2026 su prestazioni sanitarie e liste d'attesa della Sardegna. La Giunta regionale ha approvato la delibera che definisce gli obiettivi 2026, introducendo «un sistema strutturato di azioni coordinate» per la riduzione delle liste d'attesa e il miglioramento dell'efficienza del sistema sanitario pubblico.

Il provvedimento, sottolineano dalla Regione, «rappresenta un cambio di paradigma nell'organizzazione della sanità regionale perché collega in modo diretto e misurabile le performance dei direttori generali ai risultati conseguiti». Per ciascun obiettivo sono infatti individuati indicatori quantitativi, valori minimi, target semestrali e annuali, fonti di rilevazione e criteri di valutazione oggettivi, con monitoraggio periodico del raggiungimento dei risultati.

### Il meccanismo

«Rafforziamo un modello fondato sulla responsabilità, sulla trasparenza e sulla misurabilità dei risultati - sottolinea la presidente della Regione Alessandra Todde che ha l'interim della Sanità- . Vogliamo collegare in modo puntuale gli obiettivi assegnati ai Direttori generali agli esiti concreti ottenuti sui territori».

La delibera assegna una quota di punti percentuale complessivi ai direttori generali delle aziende sanitarie regionali per gli obiettivi 2026 pari rispettivamente a 48 punti alle aziende sociosanitarie locali, 38 punti all'Arnas Brotzu e alle Aziende ospedaliero-universitarie di Cagliari e Sassari, 20 punti ad Ares e 5 punti ad Areus.

### Le aree d'intervento

Le aree di intervento individuate dalla Regione sono tre. La prima riguarda la produzione dei servizi sanitari e l'efficienza organizzativa, alla quale sono destinati 21 punti per le Asl, 26 punti per le aziende ospedaliere, 20 punti per Ares e 5 punti per Areus. In quest'ambito rientrano gli obiettivi relativi all'incremento delle prestazioni diagnostiche, al miglioramento delle performance di Tac e risonanze magnetiche, alla connessione in rete degli ecografi e alla formazione degli operatori sanitari per l'utilizzo integrato delle apparecchiature.

«Tra le principali innovazioni introdotte - rimarkano dall'assessorato - c'è l'estensione delle attività diagnostiche fino alle ore 22 nei giorni feriali e il sabato mattina, misura finalizzata ad aumentare significativamente la capacità produttiva delle strutture pubbliche e a ridurre i tempi di accesso agli esami. La Regione punta, inoltre, al pieno utilizzo delle risorse destinate alle prestazioni

aggiuntive per il recupero delle liste d'attesa, comprese quelle del Fondo Balduzzi e gli ulteriori finanziamenti regionali».

La seconda area riguarda la riduzione dei tempi d'attesa, alla quale sono assegnati 12 punti per le aziende territoriali e ospedaliere. Gli obiettivi prevedono l'incremento delle visite specialistiche e degli esami strumentali con priorità D, il miglioramento del rapporto tra prestazioni prescritte ed erogate e il monitoraggio costante dei tempi di accesso attraverso la Piattaforma Nazionale delle Liste d'Attesa istituita presso Agenas.

La terza area strategica riguarda i programmi organizzati di screening oncologico, ai quali sono destinati 15 punti per le aziende territoriali. Gli obiettivi riguardano il miglioramento dei livelli di copertura degli screening mammografico, coloretale e cervicale, con target progressivi definiti sulla base dei dati regionali e degli standard nazionali.

«La riduzione delle liste d'attesa passa certamente attraverso l'aumento della capacità produttiva, l'estensione degli orari della diagnostica e l'utilizzo pieno delle tecnologie disponibili, ma anche attraverso una forte strategia di prevenzione - prosegue la presidente -. Gli screening oncologici salvano vite: riducono la mortalità e, in alcuni casi, persino l'incidenza delle malattie grazie all'individuazione precoce delle lesioni precancerose. Oggi la Sardegna presenta ancora livelli di copertura inferiori agli standard nazionali: il nostro obiettivo è recuperare questo divario e garantire a tutti i cittadini le stesse opportunità di prevenzione e cura, indipendentemente dal territorio in cui vivono».