

14 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



la Repubblica



Fondatore EUGENIO SCALFARI

Direttore MARIO ORFEO



DOMANI CON REPUBBLICA

il venerdì

il venerdì Al Salone di Torino fioriscono i libri

Rspettacoli

Peter Jackson: nostalgia del cinema artigianale

di ARIANNA FINOS a pagina 36



Giovedì 14 maggio 2026

Anno 51 - N° 109

Oggi con I Piaceri del Gusto e Album Prime Pagine

In Italia € 2,50

Meloni, la grana Consob maggioranza spaccata

Freni rinuncia alla corsa per l'organismo di vigilanza del mercato. Lega contro Forza Italia. La premier al Senato: dialogo con chi vuole bene all'Italia. Schlein: il governo ha fallito

La grana Consob spacca il governo: Freni rinuncia alla corsa. La Lega se la prende con Forza Italia. La premier parla al Senato e dice che cerca un dialogo con chi ama l'Italia. Ma la segretaria del Pd insiste: il governo ha fallito.

di CERAMI, CIRIACO, COLOMBO e RIFORMATO da pagina 2 a pagina 6

Renzi: siete come la famiglia Addams

di FRANCESCO BEI

Stefano Patuanelli, il capogruppo del Movimento Cinque stelle famoso per la montatura degli occhiali alla Ivan Graziani, dà voce a una sensazione che hanno avvertito un po' tutti. «Mi è sembrato che non avesse la solita cazzimma».

a pagina 3



Trump incontra Xi in missione con le big tech

di MASTROLILLI e MODOLO

alle pagine 8 e 9

I destini incrociati

di MAURIZIO MOLINARI

Iran, commercio e Intelligenza artificiale: il summit di Pechino fra Xi e Trump riflette le priorità dei due grandi rivali, accomunati da una competizione su ogni fronte ma anche dal bisogno di affrontare assieme l'incertezza globale.

a pagina 15

L'INTERVISTA



Bernie Sanders: Donald pericoloso come Putin

di ANNA LOMBARDI a pagina 13

La principessa Kate in visita a Reggio Emilia in un bagno di folla



LA VISITA

di BRUNELLA GIOVARA

A Reggio Emilia il sorriso di Kate tra i bambini

Kate, posa il tuo sguardo su questo popolo che chiede selfie e carezze, e porge neonati alla principessa.

alle pagine 26 e 27

Servizi di GIUSBERTI e GRIPPA

IL CASO

Negativi i sospetti ma l'Hantavirus preoccupa i medici

di MICHELE BOCCI

Nessuna delle persone che si trovano in isolamento in Italia ha l'infezione da Hantavirus. Ieri mattina presto sono arrivati i risultati degli esami svolti al Sacco di Milano sull'uomo inglese che il 25 aprile si trovava sul volo tra Sant'Elena e Johannesburg dove viaggiavano due persone infettate. Poco dopo, buone notizie anche dallo Spallanzani di Roma.

alle pagine 18 e 19. Servizio di CORICA



L'Inter domina la Lazio (2-0) e fa doppietta con la Coppa

di CARDONE e VANNI

alle pagine 38 e 39

ROBERTO VECCHIONI SCRIVERE IL CIELO POESIE AL CONTRARIO

Le poesie di Roberto Vecchioni hanno la stessa forza delle sue canzoni ma, forse, un segreto in più.



EINAUDI

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

Petti logo and website information

Il 16 maggio la nuova legge «lo e il body shaming Perché è violenza» di Renato Brunetta a pagina 30



Domani su 7 La guerra d'Africa sulle tracce di Montanelli di Aldo Cazzullo il reportage nel magazine del Corriere

Petti logo and website information

Guerre fredde

IL SUMMIT DEI GIGANTI IN SICURI

di Federico Rampini

Condannate a convivere, America e Cina non hanno alternative. La loro competizione ha già trascinato il mondo in una nuova guerra fredda. Però il livello di interdipendenza è elevato, senza precedenti nella prima guerra fredda Usa-Urss. Siamo arrivati qui soprattutto per una concatenazione di scelte strategiche degli Stati Uniti. 1972: il disgelo Nixon-Mao sottrae definitivamente la Repubblica Popolare alla sfera sovietica. 1989: Bush padre decide sanzioni blande dopo il massacro di Piazza Tienanmen, da ex ambasciatore in Cina vuole salvare l'asse con Pechino. 1999-2001, un'intesa bipartisan tra Clinton e Bush figlio perfeziona la cooptazione del gigante asiatico nell'economia globale, con il suo ingresso nell'Organizzazione mondiale del commercio. I miracoli compiuti dalla Repubblica Popolare nella sua modernizzazione sono dovuti anzitutto ai talenti del suo popolo: il Dna capitalistico dei cinesi risale all'epoca del nostro Medioevo. Però la posizione odierna della Cina nell'economia globale è stata voluta e costruita dall'America. Per alcuni decenni la complementarietà tra le due economie è stata esemplare, la divisione dei compiti funzionava. Poi per la Cina il ruolo di «fabbrica del pianeta» è diventato stretto. Ha voluto dominare tutti i mestieri, dai più tradizionali ai più sofisticati, con un'aspirazione all'autosufficienza. Insieme alla potenza economica ha rivelato crescenti ambizioni geopolitiche, militari, fino a riesumare gli appetiti imperiali del passato.
continua a pagina 30



Il presidente Donald Trump con il vicepresidente cinese Han Zheng durante la cerimonia di benvenuto all'aeroporto internazionale di Pechino-Capitale

Il viaggio Tappeto rosso e bandierine

Trump in Cina, dialogo con Xi per sbloccare i dazi e Hormuz

di Viviana Mazza

Bandierine sventolate con forza e un lungo tappeto rosso. È una festa di voci e colori l'arrivo di Donald Trump a Pechino. «Con l'Iran — aveva detto il presidente Usa che oggi vedrà Xi — non abbiamo bisogno dell'aiuto della Cina o della Nato». Americani e cinesi cercano l'intesa sui dossier commerciali e su Hormuz.
alle pagine 2 3 e 5 Fubini Imarisio

DA MUSK A COOK, AL SEGUITO DEL PRESIDENTE Scelte 17 «menti brillanti»

di Massimo Gaggi

a pagina 3

L'annuncio della legge sul nucleare entro l'estate. «Avanti con le misure per famiglie e imprese»

Meloni, sfida su tasse e salari

La premier in Senato: «Porte aperte al confronto». Scontro con Renzi e Pd

È una Giorgia Meloni d'attacco quella del premier time al Senato: «Il governo ha diminuito le tasse. Faccio la spesa e vivo il Paese reale». La lite con Renzi. E avanti con il nucleare.
alle pagine 8 e 9

L'INTERVISTA / SCHLEIN

«È un governo rinchiuso nel palazzo»

di Maria Teresa Melli

Il governo, dice Elly Schlein, «non ha fatto nulla per migliorare la vita degli italiani. La disponibilità al dialogo esibita da Meloni mi sembra più retorica che altro».
a pagina 11

La finale di Roma Lazio ko, Milan, rottura tra Ibra e Allegri



Il capitano dell'Inter Lautaro Martinez alza la Coppa Italia e festeggia con i compagni la conquista del secondo trofeo stagionale

Inter, un altro trionfo La decima Coppa Italia

di Cherubini, M. Colombo Condò, Stoppini e Tomaselli

Dopo lo scudetto arriva la decima Coppa Italia, «doblete» dell'Inter di Chivu. La Lazio è battuta 2-0 in una gara mai in discussione. Sul versante rossonero, invece, è rottura fra Ibra e Allegri, che ora medita l'addio.
alle pagine 46, 47 e 49

PARLA CALTAGIRONE

«Mps rimanga protagonista e tenga Generali»

di Federico De Rosa

Mps, dice Francesco Caltagirone, «sia protagonista e tenga Generali. Si rispettino i territori e i risparmi. Mediobanca? Meglio più autonomia».
a pagina 32

I CONTAGI E I CONTROLLI

Virus, negativi i primi esami sui casi sospetti isolati in Italia

di Bettoni e Salvatori

Negativi ai test per l'Hantavirus i pazienti italiani in isolamento. Allerta alzata.
alle pagine 16 e 17 Cuppini Turin intervento di Ilaria Capua

IL CAFFÈ di Massimo Gramellini

Preoccupati dai rischi dell'Intelligenza Artificiale, si finisce per sottovalutare quelli connessi alla Cretineria Naturale. Eccone un esempio d'alta scuola: avendo a disposizione 19 turni di campionato per mettere in calendario il derby di ritorno tra Roma e Lazio, in quale settimana inserirlo? Chat GPT, ma anche mio figlio di sette anni, non avrebbero dubbi: in qualsiasi settimana, tranne che nell'unica in cui, a meno di cento metri in linea d'aria dallo stadio del calcio, si giocano gli Internazionali di tennis con Sinner. Invece il Cretino Naturale ha puntato dritto proprio su quella, come se obbedisse a un irresistibile richiamo. Ma non si pensi che una trovata di questo calibro, di cui si sparla e sghignazza sui giornali di mezzo mondo, sia attribuibile

Il Cretino Naturale

al talento individuale: un solista della scempiaggine, un virtuoso della sciattezza. No, dietro certe imprese c'è sempre un lavoro di squadra: qualcuno che le propone, qualcun altro che le mette in pratica e qualcun altro di livello ancora superiore che le conferma, dando loro il timbro dell'inesorabilità. Salvo accorgersi all'ultimo e all'improvviso di aver fatto una scemenza, e sprecare tempo e denaro della collettività per cercare la soluzione a un problema che ci si è creati da soli. Il Cretino Naturale non è una persona, ma una categoria dello spirito. Poteva fare anche peggio. Poteva far spostare l'Angelus domenicale del Papa allo stadio, così da creare l'ingorgo perfetto. Oddio, non vorrei avergli dato un'idea.

CRAI logo and slogan: Nel cuore dell'Italia

LA SALUTE
Complotti e allarmismo
il circo dell'Hantavirus
EUGENIA TOGNOTTI - PAGINA 27



LA STORIA
Martina: io, risarcita
per il corpo violato dall'AI
MASSILIANO PEGGIO - PAGINA 22



IL CASO DELLE TIFOSE VIRTUALI
Quel sessismo artificiale
che ci riporta indietro
ASSIANEUMANN DAYAN - PAGINA 23

2,50 € CON I PIACERI DEL GUSTO (LA STAMPA €1,90 + I PIACERI DEL GUSTO €0,60) | ANNO 160 | N. 127 | IN ITALIA | SPEDIZIONE ABB. POSTALE | DL. 353/03 (CONV. IN L. 27/02/04) | ART. 1 COMMA 1 DGB-TO | WWW.LASTAMPA.IT



LA STAMPA

GIOVEDÌ 14 MAGGIO 2026

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



AD ACCOGLIERE IL TYCOON ALL'AEROPORTO NON C'È IL PRESIDENTE MA IL VICE. LA PAURA DI TAIWAN: NOI AGNELLI SACRIFICALI

Trump-Xi, vertice con i miliardari

Donald in Cina accompagnato da 17 big dell'economia. L'apertura di Pechino: pronti a collaborare

IL COMMENTO

Il mondo cambia
Europa alla finestra
SALVATOREROSI

L'incontro fra il presidente degli Stati Uniti Donald Trump e il presidente della repubblica popolare cinese Xi Jinping, che comincia oggi, ha un significato che eccede quello dell'evento in sé. Ci illustra con la forza dell'esempio la condizione presente e futura delle relazioni internazionali - o della geopolitica, come si usa dire adesso - e del loro rapporto con le economie e le politiche economiche. Ci dice anche come tutto questo sia mutato nel corso degli ultimi decenni. Non stupisca questo mettere in connessione diretta con l'economia un vertice politico fra capi di Stato. Oltre al fatto che i temi economici e di affari saranno parte importante dell'incontro Trump-Xi, come dimostra il corteo di oligarchi che accompagna Trump, la storia ci dice che i moventi fondamentali delle relazioni fra paesi sono due: l'identità (noi contro loro); l'interesse economico. E i due moventi sono strettamente interrelati. Una conferma recente di questa interrelazione sta proprio nelle vicende del secondo mandato del presidente americano.

CONTINUA A PAGINA 6

IREPORTAGE

Starmer in bilico
faida al numero 10
MARCO VARVELLO - PAGINA 10

Kate, la principessa
che studia i nostri asili
NICCOLÓ ZANCAN - PAGINA 11

BRESOLIN, GALEAZZI, LAMPERTI
LUZZI, MAGRI, SEMPRINI, SIMONI



Medici di guerra
le promesse tradite
CHIARA MONTALDO - PAGINA 27

LA POLITICA ECONOMICA

Meloni: tasse ridotte
Il Pd: sta in una bolla
FRANCESCO MALFETANO

Giorgia Meloni prende posto al banco del governo per il premier time al Senato. Le tasse, dice, «sono diminuite». La pressione fiscale cresce perché «più persone lavorano e pagano le imposte» e «la lotta all'evasione è più efficace». Sarcasmo dal Pd: «Vive in una bolla». AMABILE CARRATELLI, GRIGNETTI - CONIL
COMMENTO DI DE ANGELIS - PAGINE 10-13

Se il Pil aumenta
solo con i bonus
VERONICA DEROMANIS

numerati sono chiari. La crescita italiana dal 2000 ad oggi è stata mediamente dello 0,6%, meno della metà dell'Ue pari all'1,6%. Gli unici periodi in cui siamo cresciuti più della media sono stati quando si è fatto ampio ricorso ai bonus. L'esempio più lampante è quello della pandemia con i 200 miliardi del Pnrr e il Bonus 110 per cento. - PAGINA 27

IL GIALLO DI GARLASCO

“Condanna di Stasi
un paradosso”
Nordio e le leggi
riscrisse alla carte
BAROSIO, CASELLI



Il nostro Ministro per la Giustizia Nordio è intervenuto a margine di un convegno sul caso Garlasco e in merito alla condanna di Alberto Stasi. E ha parlato di una «situazione paradossale». FAMA, SIRAVO - PAGINE 18 E 19

INIZIA LA 38ª EDIZIONE DEL SALONE DEL LIBRO DI TORINO. CARRÈRE E CAROFIGLIO RACCONTANO LA SCOMMESSA DELLA LORO VITA

“Eravamo ragazzini”

“Regimi, la lezione di mamma”
FRANCESCA SFORZA

“Il conflitto aiuta a crescere”
ALBERTO INFELISE

Lo scrittore francese Emmanuel Carrère - PAGINE 28 E 29

Il romanziere italiano Gianrico Carofiglio - PAGINA 29

IL RACCONTO

La nostra cultura
nata su due mari
PETROS MARKARIS

La civiltà sul continente europeo si sviluppa dal profondo retaggio dell'Antica Atene e dell'Antica Roma, dall'architettura e dalla poesia. Il Salone internazionale del Libro di Torino, e la Grecia, Nazione ospite d'onore della rassegna, ci ricordano una volta di più che le nostre nazioni sono le fondamenta e le colonne dell'arte e della civiltà dei nostri Paesi e del continente europeo. - PAGINE 30 E 31

LE IDEE

Così noi giovani
salviamo il mondo
FROSI, NAPOLITANO
RIGGIO, TANZI, TASSINI

Non ho mai scritto un manuale di istruzioni e, soprattutto, non ho mai salvato il mondo. Spero possiate perdonare la mia mancanza di esperienza. - PAGINA 31

Buongiorno

A Milano è in corso una contesa elettrizzante fra la sinistra al comando e la destra all'opposizione. Quest'ultima ha chiesto alla prima quante multe fossero state elevate ai trasgressori del divieto di fumo all'aperto, introdotto nel 2021 e successivamente inasprito (in sostanza: vietato fumare se non si è almeno a dieci metri di distanza da altre persone, edunque nei parchi, alle fermate dei bus, ai tavolini di bar e ristoranti, nelle vie affollate). Ebbene, in cinque anni, settantatré multe, meno di quindici l'anno, praticamente una al mese. La destra all'opposizione, che considera l'ordinanza illiberale, spiega che le poche multe dipendono dagli scarsi controlli, poiché basta fare un giro in centro per vedere che nessuno la rispetta. Ora: se l'ordinanza è illiberale, che non ci si accanisca sui trasgressori

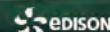
I fuorilegge

MATTIA FELTRI

ri dovrebbe essere un bene. E però, nel frattempo, la sinistra al comando progetta di rendere il divieto totale: a Milano, le sigarette saranno fuorilegge appena usciti di casa. A parte la deriva da polizia morale, la destra all'opposizione si chiede come riusciranno a far rispettare un divieto totale, se non si riesce a far rispettare quello parziale. A me, se posso intromettermi in una così ragguardevole disputa, pare che una ordinanza di questa natura non serva tanto per fare retate degli inosservanti, quanto per ricordare buone norme di comportamento, in mancanza di buona educazione: non si fuma addosso al prossimo. E se le multe sono poche, ed è civile la convivenza fra fumatori e no, forse l'ordinanza è servita. Senza bisogno di ulteriori dimostrazioni di autoritarismo cinese.

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.



€ 1,40 ANNO 148 - N° 128
Settimanale n. 47 - 0333/0303030 - L. 68/2004 art. 1 - 0333/0303030

Il Messaggero

NAZIONALE



VALLEVERDE
8 9771129 62240L

Giovedì 14 Maggio 2026 • S. Mattia apostolo

IL GIORNALE DEL MATTINO

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

Il focus su MoltoSalute
Salute è donna
tra prevenzione
e nuove terapie
Un inserto di 24 pagine



Bagno di folla e erbazzone
Kate, la principessa
dei bambini: in visita
al nido modello italiano
Troili a pag. 9



Ritratti Romani
Il dottore delle bambole
che ha incantato
Polanski e Modugno
Enrico Vanzina a pag. 19



L'editoriale/1
IL NUOVO
EQUILIBRIO
MONDIALE
E I TASSI
Giuseppe Vegas

Le banche centrali hanno preferito finora non prendere una decisione sui tassi, malgrado il fatto che la loro determinazione abbia effetti sul controllo dell'inflazione. Questione di particolare rilievo per le conseguenze che genera sul potere di acquisto dei consumatori, che in America sono già evidenti e che iniziano ad essere percepibili anche in Europa. Decisione certo non facile, anche perché l'inflazione attuale deriva dagli effetti della guerra in Medio Oriente e dalla chiusura di Hormuz.
Continua a pag. 18

L'editoriale/2
CINA-USA,
L'EUROPA
NON STIA
IN PANCHINA
Valbona Zeneli

Il tanto atteso incontro tra Donald Trump e Xi Jinping riflette un interesse comune: stabilizzare una relazione sempre più segnata da rivalità commerciali, competizione tecnologica e tensioni geopolitiche. Per le due economie che insieme rappresentano quasi la metà dell'economia mondiale, una de-escalation ha una sua logica strategica, anche se le motivazioni divergono. Tutti vogliono guadagnare tempo, ridurre vulnerabilità e rafforzare la resilienza economica.
Continua a pag. 18

IL CONFRONTO IN SENATO, DUELLO CON LE OPPOSIZIONI IN AULA

Meloni, sfida sull'economia

► La premier rivendica i risultati su salari, debito e tasse: «Dialogo con chi vuole il bene dell'Italia»
Botta e risposta con la sinistra sui costi del Superbonus. I segnali a Calenda, scontro con Renzi

ROMA La premier al Senato: «Non accetto lezioni sul debito, c'è tanto affetto intorno al governo».

Andreoli, Bechi, Bulleri e Sciarra da pag. 2 a 5



La Lazio non fa miracoli All'Inter la Coppa Italia

Non è stata la sera dei miracoli. Ce ne sarebbero voluti troppi, del resto, dopo i due colossali errori individuali di Marusic e Nuno Tavares con cui la Lazio si è consegnata alla grande Inter, che non aveva certo bisogno di simili cortesie. Due regali per indirizzare brutalmente, quasi a togliersene il peso, la finale di Coppa Italia verso i nerazzurri. *Nello Sport*

Abbate, Dalla Palma, Lengua, Mustica e Riggio nello Sport

I focus del Messaggero

Zes unica e accelerazione sul nucleare

Andrea Pira a pag. 3

Trump a Pechino cerca l'asse con Xi

NEW YORK Tappeto rosso a Pechino per Donald che arriva insieme ai big dell'hi-tech, da Musk a Huang di Nvidia. Intesa per non far pagare pedaggi alle navi a Hormuz. Ma Teheran: controlliamo lo Stretto.

Pira e Vita da pag. 6 e 7

L'analisi sulle terre rare

Così la Cina ha disarmato gli Usa

Roberta Amoroso a pag. 7

Tamponi tutti negativi. Resta il nodo della lunga incubazione Hantavirus, in Italia non c'è nemmeno un contagiato

► Il focolaio non si sta allargando. In aereo il passeggero seduto accanto a una malata grave non si è infettato

Mauro Evangelisti e il focus Il focolaio non si sta allargando a pag. 13

HAI SCRITTO UN LIBRO?
INVIAMI IL TUO INEDITO ENTRO IL 21/05/2026
www.gruppoalbatros.it
Pier Luigi Fabrizio
IL CORAGGIO: UNA GUIDA ALLA FORZA INTERIORE
"Il coraggio è una qualità universale, una forza silenziosa che risiede in ciascuno di noi. Spesso lo immaginiamo come un tratto riservato agli eroi, ma in realtà il coraggio si manifesta ogni giorno: nel prendere decisioni difficili, nell'affrontare le sfide della vita o nel seguire ciò che sentiamo giusto."
Albatros Il Filo

I Poggi: pronti a restituire il risarcimento di Stasi
Garlasco, Nordio: legge da cambiare
Sempio "assediato" lascia prima Roma
Errante, Gusco, Mozzetti e Urbani a pag. 10

Napoli, 80 indagati
Calciatori e attori spiati dal clan di agenti infedeli
Leandro Del Gaudio

Un milione di dati rubati da agenti "infedeli" per spiare calciatori e attori. Oltre 80 indagati tra Napoli, Roma, Ferrara, Bolzano e Belluno.
A pag. 11

Il Segno di LUCA
La configurazione odierna si fa più impegnativa ma a te le difficoltà non dispiacciono, anzi, a volte sei proprio tu ad andare a cercarle animato da un irriducibile desiderio di metterti alla prova.
MANTRA DEL GIORNO
La pigrizia trova la via più breve
L'oroscopo a pag. 18

IACOPINI Since 1988
Jewellery
iacopinijewellery.com

* Tardem con altri quotidiani (non acquistabili separatamente): nella versione di Padova, Lecce, Brindisi e Taranto, il Messaggero - Nuova Quotidiana di Puglia € 1,20; la domenica con l'intervento € 1,40; in Abruzzo, il Messaggero - Corriere dello Sport - Stadio € 1,40; nel Molise, il Messaggero - Prima Pagina - Notizie € 1,50; nelle province di Bari e Foggia, il Messaggero - Nuovo Quotidiano di Puglia - Corriere dello Sport - Stadio € 1,50; "Guida ai migliori itinerari in bicicletta di Roma e dintorni" - € 9,90 (Roma); "Passaggio a Roma" - € 9,90 (Roma)



Giovedì 14 maggio 2026 ANNO LIX n° 111 1,50 € Ascensione del Signore

Avvenire



Quotidiano di ispirazione cattolica www.avvenire.it

Editoriale

La solitudine di Putin e Trump PRIGIONIERI DELLA FORZA

GIORGIO FERRARI

Aspetto della volontà di potenza che ancora ostentano, sono rimasti soli. E per descriverli ci appropriamo di due iconici riferimenti letterari. Uno è quello di Paolo Giordano, l'altro è di Thomas S. Eliot. Uno allude alla "solitudine dei numeri primi", l'altro - "Aprile è il più crudele dei mesi" - è l'incipit de *La terra desolata*. È desolato dopo un aprile di effimere illusioni e l'orizzonte di Donald Trump e Vladimir Putin, uomini soli nel crepuscolo del loro consenso e nel punto più basso della loro popolarità, con alle spalle guerre sbagliate, guerre insensate, rovinose, dalle quali entrambi non sanno più come uscire. Impetuosa è la radiografia dello stato dell'arte di Donald Trump, i ripetuti alti della Corte Suprema sui dazi, l'ombra sempre più vicina delle elezioni di medio termine del 3 novembre, un bilancio federale nel quale il debito a marzo 2026 ha raggiunto la cifra record di 38.965.421 miliardi di dollari con un deficit che nel 2027 si proietterà oltre il 5%, cui si aggiungono le ondivoghe politiche energetiche, la denuncia degli accordi di Parigi, la ripresa dei test nucleari, la lite sui tassi con la Fed, il naufragio disprezzo della Nato, gli Inuiti G20.

continua a pagina 18

Editoriale

Agostino e il paradosso dell'Ascensione DOVE IL CUORE TROVA CASA

PAOLA MULLER

Una scena si ripete ogni giorno: qualcuno guarda in alto. Il cielo è tornato ad essere pieno - di droni, di satelliti, di antenne che cercano connessione. Eppure, raramente, chi guarda in su aspetta qualcosa. Più spesso è disorientato o semplicemente distratto. Tutto non è il luogo da cui si attende una risposta. Agostino, predicando l'Ascensione del Signore a Cartagine, riconosce il problema. Anche i suoi fedeli rischiano di guardare il cielo nel modo sbagliato. «Salite insieme a Cristo - esordisce nel *Discorso 261* - e tenete in alto il cuore. Nel salire però non inseguite l'ambascia. La distinzione che traccia è tagliente: c'è un'altezza che è fuga dalla realtà e c'è un'altezza che è rifugio in Dio. «Avere il cuore in alto ma non rivolto al Signore significa essere superbi, invece avere il cuore in alto rivolto al Signore significa rifugiarsi in lui» (*Discorso 261, 1*). Il cielo non è conquista. È accoglienza. La logica agostiniana dell'Ascensione si fonda su un'inversione vertiginosa: «Ascese, ma chi? Colui che prima discese. È disceso per guarirci: ascende per elevarci».

continua a pagina 18



L'ALLARME Già in difficoltà per le carenze del regime, l'ultimo blocco dei flussi di petrolio dall'estero ha fatto precipitare la situazione

Operazioni con la torcia del cellulare La Sanità collassa a Cuba

LUCIA CAPUZZI

Sessanta secondi. Tanto ci ha messo il generatore a entrare in funzione dopo l'interruzione dell'energia. Ma l'intervento non era finito. A Yuri, l'idea è venuta di istinto. Si è sfilato dalla tasca sotto il camice il cellulare incredibilmente carico e ha illuminato le mani del chirurgo nella sala operatoria del Calixto García, il principale ospedale dell'Avana.

Tamburrini a pagina 7

IL FATTO Un «premier time» burrascoso al Senato. Baldassarri: serve una scossa, torniamo al nucleare

Duello sulla crescita

Meloni difende i risultati del Governo e punta sul Piano casa per aiutare le famiglie. Ma le incertezze internazionali preoccupano. L'ipotesi di una cabina di regia comune

OGGI IL VERTICE A PECHINO

Terre rare, chip e commerci nell'incontro fra Trump e Xi E poi ci sono anche le guerre

PAOLO M. ALFIERI

Arrivato a Pechino accompagnato dai suoi ministri e da 17 capi d'azienda, oggi e domani Trump avrà con il presidente Xi colloqui su importanti dossier economici. Per decerni i cinesi hanno guardato agli Usa con ammirazione. Con la caotica Amministrazione Trump si rinfoccano invece la visione di Xi sul «declino dell'Occidente». La posizione negoziale americana è più fragile di quanto il tycoon voglia ammettere.

Molinari e Scavo (inviato a Gerusalemme) a pagina 3

Il «premier time» al Senato diventa teatro delle solite polemiche politiche. Giorgio Meloni rivendica i risultati ottenuti e rilancia il Piano casa: «Faremo 100mila nuovi alloggi in 10 anni». Poi conferma l'accelerazione sul nucleare e promette una legge delega entro l'estate. Scintille con le opposizioni sui salari: «Con noi sono tornata a crescere più dell'inflazione», dice la premier. La sfida alla sinistra sulla «vita reale»: «Io vado a fare la spesa, e voi?». Scontro anche sul Superbonus e nessuna apertura al superamento del diritto di veto in Europa. Le aperture alle opposizioni non decollano. Il dialogo in Aula è solo con Calenda.

Guarrieri, Marcelli a pag. 6

RINNOVABILI DA RILANCIARE

Dalla Russia agli Stati Uniti La Ue lancia l'allarme per la nuova dipendenza sul gas

GIOVANNI MARIA DEL RE

L'Europa è sempre più dipendente dal gas liquido Usa e ha mancato gli obiettivi Ue di riduzione. Nel giorno in cui il commissario all'Energia Dan Jørgensen torna a lanciare l'allarme energetico, un rapporto pubblicato dall'Ifea (Istituto per l'analisi di economia energetica e finanziaria) traccia il quadro della situazione. «Siamo di fronte a una situazione molto seria», ribadendo l'esigenza di puntare sulle rinnovabili.

Miele e Salvatori a pagina 5

RICERCA DI SENSO Lavoro: i giovani scelgono lo "stipendio emotivo" Fera a pagina 15

MONITORAGGIO HANTAVIRUS Test negativi e rischi bassi «Ma non siamo pronti» Sallamare a pagina 11

I nostri temi

IL PROGETTO CI STOI Riscopriamo il senso e il gusto di notizie umane MARCO FERRANDO ALESSANDRO SACCOMANDI Parte "Ci sto", progetto di Avvenire e Insieme per riscoprire il senso e il gusto di notizie "umane" nell'era dell'IA. A pagina 15

È VITA «Perché curare è sempre un bene Per tutti» GIORGIO PAOLUCCI Malattia, sofferenza e la risposta della cura: parla Alessandro Pirola, manager sanitario del terzo settore. A pagina 19

POPOTUS Il credito per chi non ha credito Dodici pagine tabloid

Corpo Alessandro Deho Con grazia «...H a capito, allora, l'importanza del corpo, che non è altro che l'importanza degli altri, del loro amore, e della storia; non è altro che la speranza che i propri desideri possano prevalere sopra all'esterno, e che non siano invece destinati a rimanere chiusi nel proprio cuore». leggo questo passaggio di Bianca Cesari in un articolo online e provo a mettermi in contatto con lei. Mi ha molto colpito questa sua visione del corpo preso all'esterno, radicalmente esposto. Parole partorienti le sue, capaci di ricordarci che il nostro corpo dovrebbe replicare ogni giorno la forza di quella contrazione da cui è nato, vivere in atteggiamento

Corpo Alessandro Deho d'uscita costante, con tutti i rischi. Passa quotidiana. «Per me corpo è il tempio, la casa, e allo stesso tempo la vita», mi dice, sottolineando ancora una volta la via, come mezzo, come spazio, come intima vocazione all'uscita da sé, «è il linguaggio attraverso il quale soltanto passano la grazia e lo Spirito». E cosa intendi per grazia? Insisto. E lei: «Non è altro che l'amore, dal quale siamo attraversati». Ancora esperienza di movimento, attraversamento. Le parole di Bianca si muovono e smuovono, non spiegano ma dispiegano, smascherano le nostre stanchezze, il nostro è un corpo d'esodo, da pellegrinaggio, ogni corpo immobile non ha grazia, è disgraziato, il nostro corpo ci implora di poterci portare. Altro, con grazia.

Agorà SALONE DEL LIBRO Empatia e letteratura Griva: «I bambini ci ricordano la libertà» Giannetta a pagina 22 ORIZZONTI Luci di futuro per i ragazzi chiusi "dentro" Zuppi a pagina 23 MUSICA Il ritorno di De Piscopo: «"Miranda", ecco il mio grido di pace» Castellani a pagina 24

INCONTRO CON IL CARDINALE JOSÉ TOLENTINO MENDONÇA DOMANI SALONE DEL LIBRO DI TORINO ORE 15:00 PIAZZALE OVAL SALA VIOLA Lo stupore salverà il mondo? Con Vittorio Lingiardi e Giulia Galeotti

MONITORAGGIO HANTAVIRUS

 Test negativi e rischi bassi
 «Ma non siamo pronti»

Salinaro a pagina 11

Test negativi e rischi bassi su hantavirus Ma i medici: non pronti alle pandemie

VITO SALINARO

La negatività dei test e il miglioramento dei sintomi in alcuni pazienti alle prese con delle polmoniti, allenta la tensione - in buona parte ingiustificata - sul fronte hantavirus. Sia gli accertamenti eseguiti a Milano sul turista britannico 60enne, posto in quarantena perché si trovava a bordo del volo Sant'Elena-Johannesburg del 25 aprile (sul quale viaggiava anche la donna poi deceduta a causa dell'infezione), sia quelli dell'accompagnatore che viaggiava con lui in Italia hanno dato esito negativo. Così come gli esami effettuati sul giovane calabrese che si trova in isolamento fiduciario e sulla turista argentina 49enne, ricoverata nel Policlinico di Messina, e in via di miglioramento, proveniente da una zona endemica dell'Argentina. I campioni di entrambi sono stati analizzati allo Spalanzani di Roma. Il ministero ricorda che il rischio connesso al virus resta molto basso in Europa.

Buone notizie anche dal fronte scientifico: «Il virus Andes è l'unico della famiglia degli hantavirus che si trasmette da persona a persona. I virus possono mutare ma al momento non ci sono motivi per pensare che questo sia mutato per diventare più trasmissibile. Il virus si sta comportando come di consueto». Così Andreas Hofer, esperto di microbiologia ed epidemiologia molecolare durante un briefing del Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ecdc). Il Centro non esclude nuovi casi tra i passeggeri della nave da crociera Hondius in quarantena a causa del lungo periodo

di incubazione. «Questa situazione rappresenta un focolaio molto complesso a causa delle numerose incertezze e del coinvolgimento di 23 nazionalità», ha spiegato la direttrice dell'organismo, Pamela Rendi-Wagner. «A causa di molte di queste incertezze e soprattutto dell'incubazione che dura fino a sei settimane, l'Ecdc ha adottato un approccio precauzionale, un cosiddetto approccio "senza rimpianti". Con i passeggeri risultati positivi al test negli ultimi giorni», questa scelta «si è dimostrata corretta. A causa del lungo periodo di incubazione, è ancora possibile che si verifichino altri casi tra i passeggeri in quarantena», ha aggiunto.

Chi non si culla troppo sulla situazione di oggi è Pierino di Silverio, segretario dell'Anaa Assomed (il primo sindacato dei medici in Italia), per il quale non ci troviamo di fronte a un nuovo Covid ma una eventuale emergenza pandemica «non troverebbe pronto il sistema sanitario: mancano ancora medici, e la medicina territoriale non è mai realmente decollata». Una preoccupazione non condivisa dal ministro della Salute, Orazio Schillaci, convinto che «il Piano pandemico 2025-2029, approvato ad aprile dalla Conferenza Stato-Regioni, funziona. Lo sta dimostrando in questi giorni. A differenza del precedente - ha detto nel corso del question time alla Camera - permette risposte calibrate su scenari diversi. Le reti previste dal Piano si sono attivate in modo coordinato. Non è stato un esercizio teorico. È stata una risposta concreta, tempestiva, proporzionata».

Da parte sua, l'Agenzia europea dei medicinali (Ema) ha ribadito che «non esi-

stano trattamenti antivirali o vaccini autorizzati contro l'hantavirus» ma la Task force di Emergenza dell'Ema «è pronta a supportarne lo sviluppo e la valutazione regolatoria». La stessa Ema «mette in guardia contro la disinformazione che circola online e che collega l'infezione da hantavirus alla vaccinazione contro il Covid-19, poiché non vi è alcuna prova scientifica a sostegno di tali affermazioni».

La gestione clinica dei pazienti, ha evidenziato l'ente regolatorio, si basa su cure di supporto e sull'accesso tempestivo a strutture di terapia intensiva. Quanto alle terapie, l'Ema ha mappato i produttori di farmaci, in particolare antivirali, anticorpi monoclonali e vaccini contro gli hantavirus. Identificare immunomodulatori da riproporre per il trattamento e di antivirali per la profilassi post-esposizione, «è una priorità per ridurre morbilità e mortalità». Allo stato, insomma, non ci sono urgenze. Anzi, «il tam-tam mediatico minuto per minuto, sta creando un allarmismo sproporzionato. La popolazione non deve essere spaventata ma solo informata», ha scritto su X il presidente della Fondazione Gimbe, Nino Cartabellotta. Da Facebook Roberto Burioni, docente di Virologia e microbiologia all'Università Vita-Salute San Raffaele di Milano, ha rivolto «un appello a media, ospedali e Asl: finitela con questa storia dei casi sospetti. I sintomi iniziali dell'hantavirus sono identici a quelli di una comune sindrome respiratoria, per cui non ha senso mettere in allarme la gente. Scrivete dei casi di hantavirus solo quando sono confermati».



I CONTAGI E I CONTROLLI

Virus, negativi i primi esami sui casi sospetti isolati in Italia

di **Bettoni** e **Salvatori**

Negativi ai test per l'Hantavirus i pazienti italiani in isolamento. Allerta alzata. alle pagine **16** e **17** **Cuppini, Turin** intervento di **Ilaria Capua**

Virus, negativi i primi test in Italia Gli esperti: «Nessuna mutazione»

Il sindacato dei medici: non pronti a una nuova crisi sanitaria. Schillaci: no, tutto funziona

L'Italia può tirare un sospiro di sollievo. I pazienti che si trovano in isolamento e che sono stati sottoposti al test per l'Hantavirus sono tutti negativi. Ieri il ministero della Salute ha comunicato gli esiti degli esami del sangue eseguiti dal Sacco a Milano e dallo Spallanzani a Roma: sul marittimo di Villa San Giovanni, la turista proveniente dall'Argentina, quello inglese e il suo accompagnatore, nessuna traccia del virus che si è diffuso a bordo della nave da crociera MV Hondius, che arriverà a Rotterdam lunedì.

Il paziente inglese

Rimarrà in isolamento fino al 6 giugno a Milano il cittadino inglese, residente all'isola di Sant'Elena, venuto a contatto con due persone contagiate dall'Hantavirus. Il 6enne il 25 aprile era sul volo partito dall'isola atlantica e diretto a Johannesburg su cui viaggiavano anche l'olandese poi morta

a causa del virus — moglie del «paziente zero» — e un'altra persona che poi si è ammalata. Il giorno dopo, l'inglese è salito su un altro aereo diretto ad Amsterdam e da lì ha raggiunto Roma. In Italia ha incontrato un amico inglese di circa 50 anni e insieme a lui ha iniziato un tour della penisola: la Capitale, Pompei, Amalfi e Sorrento. Ha dormito 3 notti a Firenze, fatto un tour della Toscana, le Cinque Terre, Venezia dal 5 al 9 maggio, poi Milano. Da lì ha raggiunto Como e Lugano, tornando però a dormire nel b&b milanese in zona Pasteur. Il 12 maggio, dopo l'alert dalla Gran Bretagna, lui e l'amico sono stati portati al Sacco, dove si trova ora il 6enne (l'amico ha già potuto lasciare l'ospedale). Se non compariranno sintomi, farà un test ogni settimana. «Sarà nostro ospite al Sacco o in un'altra struttura», spiega l'assessore regionale al Welfare Guido Bertolaso. «Non è contagioso e non lo è stato fino-

ra», sottolinea Andrea Gori, direttore del Centro regionale per le malattie infettive.

L'allarme

Botta e risposta tra i medici ospedalieri e il ministro della Salute. «Se dovesse esserci una nuova pandemia, il sistema sanitario non sarebbe pronto: mancano medici», ha detto il segretario dell'Anaa, Pierino di Silverio. Pronta la risposta di Schillaci: «Solito atteggiamento autolesionistico per cui l'Italia non sarebbe mai pronta. Non è vero».

Virus immutato

Il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie ha confermato che al momento sono 11 i contagi, compresi i 3 decessi (numero che resta invariato dopo che un caso dato per certo è stato considerato «non inclusivo» in attesa di ulteriori esami). Ma non ne esclude di nuovi tra i passeggeri dell'Hondius: «Non



ci sono motivi per pensare che il virus Andes sia mutato». L'Ecdc ha raccomandato anche di tracciare i contatti dei positivi sui «2 giorni» precedenti alla comparsa dei sintomi. La presidenza Ue ha invece avviato il monitoraggio «a titolo precauzionale». La Liguria rivede il piano pandemico. Tutti asintomatici e in isolamento i 26 francesi (di cui 4 bambini)

contatti stretti della donna olandese morta.

Rimpatrio australiani

Alla fine di questa settimana ritorneranno a casa i 5 australiani e il neozelandese sbarcati a Tenerife dalla Hondius.

Diario di bordo

Uno scienziato (anonimo) appassionato di birdwatching ha raccontato sul *New Yorker*

l'odissea della Hondius: da crociera da sogno a emergenza internazionale.

**Sara Bettoni
Clarida Salvatori**

L'assessore

Bertolaso: il paziente inglese resterà in isolamento fino al 6 giugno a Milano

Conferenza
L'assessore al Welfare di Regione Lombardia Guido Bertolaso durante la conferenza stampa per informare sulle condizioni del turista inglese all'ospedale Sacco di Milano (Fotogramma)



La Regione Lombardia: il tracciamento ha funzionato in poche ore

Hantavirus, tutti negativi i test fatti in Italia

Schillaci: “State tranquilli”

IL CASO**FRANCESCA DEL VECCHIO
MILANO**

Il turista britannico ricoverato in isolamento all'Ospedale Luigi Sacco di Milano è solo l'ultimo tassello dell'allerta internazionale sul focolaio di Hantavirus scoppiato dopo la morte dell'ornitologo che viaggiava sulla nave da crociera olandese MV Hondius. Il paziente inglese, 60 anni e residente a Sant'Elena, è ora in quarantena ed è risultato negativo ai test effettuati ieri, dopo che i sanitari e gli agenti della Questura di Milano lo hanno intercettato nel b&b in cui alloggiava con il compagno. Il 60enne è stato individuato attraverso il sistema europeo di sorveglianza sanitaria dopo aver viaggiato sul volo Klm Sant'Elena-Johannesburg del 25 aprile, lo stesso su cui si trovava la donna che è deceduta. In Italia per motivi turistici, dopo aver fatto tappa a Pisa e alle Cinque Terre, era arrivato a Milano.

L'assessore al Welfare della Regione Lombardia Guido Bertolaso ricostruisce le tappe: quando la segnalazione è

arrivata da Londra erano le 14,14 del 12 maggio. Nel giro di poche ore il sistema di tracciamento italiano ha identificato il turista grazie ai controlli alle frontiere. La Questura di Milano ha localizzato il bed and breakfast in cui soggiornava, ma quando gli agenti sono arrivati il britannico era ancora fuori. Poco dopo le 20 i due sono rientrati nella struttura e si sono trovati davanti polizia e personale sanitario specializzato del Sacco, arrivato con un'ambulanza dedicata ai patogeni ad alto rischio biologico. Da lì il trasferimento nel reparto di malattie infettive e l'esecuzione di tutti gli accertamenti previsti: non solo il test per Hantavirus, ma anche screening completi per influenza, Covid, Rsv e altri patogeni respiratori risultati poi tutti negativi. Secondo i medici, il turista è asintomatico e soprattutto non è contagioso. Questo significa che le persone incontrate durante il soggiorno italiano - dagli ospiti del b&b ai contatti occasionali - non corrono alcun rischio. Anche il compagno che viaggiava con lui, pur non essendo presente sul volo, è stato sottoposto a controlli ed è risultato negativo. Per lui non sarà necessaria la quarantena. Diversa invece la situazione del 60enne, che dovrà restare in isolamento fino al 6 giugno

per monitoraggi settimanali che escludano la comparsa tardiva della malattia. Il periodo di osservazione di 42 giorni decorre infatti dal 25 aprile, data del possibile contatto a rischio sul volo proveniente da Sant'Elena.

Sul caso è intervenuto anche il ministro Orazio Schillaci durante il question time alla Camera, invitando a evitare allarmismi: «Non è Covid, i cittadini devono stare tranquilli», spiegando poi che gli Hantavirus sono patogeni conosciuti e che il rischio per la popolazione resta basso. Schillaci ha inoltre rivendicato la rapidità della risposta italiana: già il 5 maggio il ministero della Salute aveva trasmesso una prima informativa alle Regioni e agli uffici di sanità marittima, aerea e di frontiera. L'8 era scattato il monitoraggio sui passeggeri diretti in Italia collegati al volo Klm. Un ottimismo non condiviso da tutti. «Oggi non c'è un rischio reale di diffusione, ma se avvenisse il sistema non reggerebbe», denuncia il sindacato dei medici ospedalieri Anao-Assomed.

Intanto, dallo Spallanzani di Roma sono risultati negati-

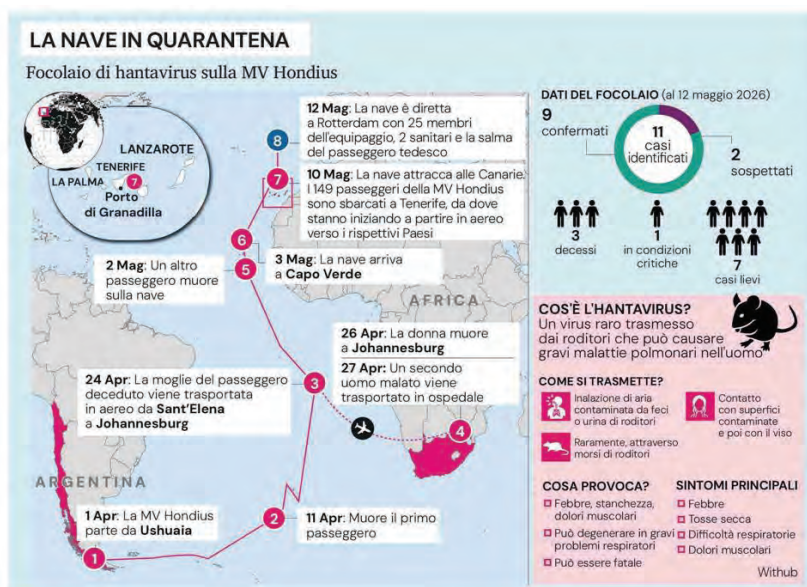


vi anche i test effettuati sul ragazzo calabrese in isolamento fiduciario e sulla turista argentina ricoverata al Policlinico di Messina per polmonite e proveniente da una zona endemica dell'Argentina. Gli infettivologi cercano comunque di ridimensionare i timori legati al virus: a differenza del Covid, spiegano «la trasmissione da uomo a uomo è estremamente rara» e richiederebbe contatti molto stretti e prolungati. Il vero elemento di complessità, spiegano, è il lungo periodo di incubazione che può arrivare fino a sei settimane e che impone qua-

rantene molto estese. Il cluster internazionale continua intanto a essere monitorato dall'Organizzazione mondiale della sanità e dall'European Centre for Disease Prevention and Control (Ecdc). Dopo i primi i decessi registrati a bordo della Hondius, secondo gli ultimi dati europei, sono complessivamente undici i casi notificati all'Ecdc, di cui otto confermati, due probabili e uno in attesa di nuovi esami di laboratorio. Tre in tutto i decessi e non ne sono stati segnalati di nuovi. In Francia una donna rientrata

dalla crociera è ricoverata in terapia intensiva, mentre monitoraggi e quarantene preventive sono scattati anche in Spagna, Svizzera, Paesi Bassi e Stati Uniti.—

L'allarme dei medici
"Se ci fosse una nuova emergenza il sistema non reggerebbe"



Isolamento
La nave da crociera olandese MV Hondius (sopra) ha già sbarcato alcuni passeggeri al largo del porto di Grenadilla de Abona, a Tenerife, nelle Canarie. Secondo i programmi, arriverà a Rotterdam tra cinque giorni



Servizio L'allerta

Hantavirus, Schillaci: «Rischio molto basso ma in ogni caso il Piano pandemico funziona»

Le reti previste dal Piano si sono attivate in modo coordinato e i cittadini «possono stare tranquilli» ma in ogni caso c'è la promessa di continuare a monitorare e a comunicare con tempestività e trasparenza: il punto del ministro alla Camera dei deputati

di Barbara Gobbi

13 maggio 2026

«Il rischio per la popolazione generale in Europa è sempre stato e resta molto basso: lo confermano le massime autorità sanitarie internazionali e l'Italia fin da subito non è stata ferma». Così il ministro della Salute Orazio Schillaci in risposta al question time alla Camera dei deputati, in merito ai paventati pericoli di diffusione dell'Hantavirus in Italia e alle capacità di risposta dell'Italia. «Aggiornamento epidemiologico, definizione di casi, indicazioni di sanità pubblica, quarantena fiduciaria per i contatti ad alto rischio e sorveglianza attiva per gli altri», ha riassunto il ministro della Salute mettendo in fila le indicazioni della circolare emanata l'11 maggio.

Il punto

«Tutte le quattro persone oggi in Italia e presenti sul volo Johannesburg-Amsterdam del 25 aprile sono asintomatiche e seguite con attenzione - ha ribadito Schillaci davanti ai deputati rilanciando il punto affidato a una nota della mattina -. I test oggi disponibili hanno dato esito negativo. Anche i due casi segnalati ieri a Milano e Messina sono negativi ai test», ha concluso.

Cosa ha fatto l'Italia

Dal ministro non è mancata una stoccata polemica. «Permettetemi di essere preciso, perché qualcuno ha detto che siamo stati fermi. È partito purtroppo il solito atteggiamento autolesionistico per il quale l'Italia non sarebbe mai pronta. Questo non è vero», ha detto.

Ed ecco i fatti, che intrecciano gestione sanitaria internazionale e "mosse" interne al nostro Paese.

Il 5 maggio, l'Ecdc ha riportato che la donna deceduta a Johannesburg il 26 aprile, è risultata positiva per hantavirus. Lo stesso giorno il ministero ha trasmesso un'informativa alle Regioni e agli Uffici di sanità marittima, aerea e di frontiera (Usmaf), con i dati diffusi da Ecdc e Oms, garantendo il monitoraggio e il coordinamento istituzionale a livello nazionale e internazionale.

L'8 maggio, ha proseguito Schillaci, «abbiamo ricevuto dalla Commissione europea l'informazione relativa a quattro persone dirette in Italia, presenti sul volo dal Sudafrica ai Paesi Bassi del 25 aprile dove era stato imbarcato e subito sbarcato uno dei casi di contagio, poi deceduto. Nella stessa giornata ci siamo attivati per rintracciarli e abbiamo allertato subito le Regioni interessate per l'attivazione delle procedure di sorveglianza attiva. Sempre l'8 maggio si è riunita la rete di

esperti "Dispatch". Nella stessa giornata si è riunito anche il Gruppo di esperti per la rete nazionale dei laboratori».

L'11 maggio, infine, il ministero della Salute ha emanato la circolare operativa che va dall'aggiornamento epidemiologico alle due misure della "quarantena fiduciaria per i contatti ad alto rischio" e della "sorveglianza attiva per gli altri".

Il Piano pandemico «funziona»

«Il Piano pandemico 2025-2029 approvato ad aprile dalla Conferenza Stato-Regioni funziona e lo sta dimostrando in questi giorni: a differenza del precedente permette risposte calibrate per scenari diversi» e in occasione di questa allerta Hantavirus «le reti previste dal Piano si sono attivate in modo coordinato: non è stato un esercizio teorico ma una risposta concreta, tempestiva e proporzionata», ha affermato il ministro alla Camera. In ogni caso, la rassicurazione è che «il ministero continua a monitorare costantemente l'evoluzione del quadro epidemiologico internazionale -ha aggiunto -. Emaneremo ulteriori indicazioni se e quando le evidenze scientifiche lo richiederanno, comunicando con tempestività e trasparenza come abbiamo fatto finora. Siamo pronti, il sistema funziona e i cittadini possono stare tranquilli», ha concluso.

Ue in allerta

Intanto, per affrontare gli sviluppi legati all'Hantavirus, la presidenza cipriota di turno dell'Ue avrebbe attivato il dispositivo di risposta alle crisi Ipcr. «A titolo precauzionale, abbiamo deciso di ricorrere alle riunioni integrate di risposta politica alle crisi (Ipcr), al fine di monitorare la situazione e facilitare la condivisione di informazioni tra gli Stati membri», ha spiegato un portavoce della presidenza di turno cipriota della Ue. A Bruxelles, la Commissione avrebbe fornito agli ambasciatori dei 27 Stati membri una panoramica della situazione e degli sforzi compiuti finora per garantire il coordinamento. Sebbene il rischio per la popolazione sia basso, il monitoraggio della situazione epidemiologica proseguirà. Le strutture sanitarie dell'Ue competenti sono state attivate sin dalla prima notifica inviata tramite il sistema di allerta e risposta precoce dell'Ue il 9 maggio.

Servizio Crociere

Gastroenterite su nave in Francia: un morto e 1.700 persone in quarantena a Bordeaux

Un focolaio sospetto di norovirus ha colpito una nave da crociera con passeggeri britannici e irlandesi, scatenando un'emergenza sanitaria e test in corso per identificare la causa.

13 maggio 2026

aggiornato alle 15:00

Oltre 1.700 persone sono state messe in quarantena su una nave da crociera arrivata a Bordeaux da Brest ieri sera, dopo la morte di un passeggero di 90 anni per un sospetto focolaio di gastroenterite.

L'hanno annunciato le autorità sanitarie. Tra i 1.233 passeggeri, per lo più britannici e irlandesi, circa una cinquantina hanno manifestato sintomi. Sono in corso test per rilevare l'eventuale presenza di norovirus.

A bordo anche 514 membri dell'equipaggio. La nave dell'Ambassador Cruise Line, partita dalle Shetland il 6 maggio, ha fatto scalo a Belfast, Liverpool e Brest prima di Bordeaux, da dove era previsto il ritorno in Spagna. Oggi a mezzogiorno, era ormeggiata in centro città, senza alcuna misura di sicurezza a terra.

Non è stata esclusa la possibilità di un'intossicazione alimentare e sono stati smentiti tutti i collegamenti con l'hantavirus.

Tra i passeggeri, in maggioranza britannici e irlandesi, oltre al novantenne deceduto, una cinquantina hanno manifestato disturbi gastrointestinali e sono in corso analisi per rilevare l'eventuale presenza di norovirus, secondo una fonte sanitaria che precisa che a bordo si trovano anche 514 membri dell'equipaggio.

Il norovirus

Il norovirus è un virus altamente contagioso responsabile di gastroenteriti acute ("influenza intestinale"), caratterizzato da vomito e diarrea rapidi, con sintomi che durano solitamente 1-3 giorni. Il contagio avviene per contatto diretto o superfici contaminate e focolai si verificano spesso in ambienti chiusi o navi. L'incubazione è breve (12-24 ore), la disidratazione è il rischio principale, il virus resiste sulle superfici.

Episodi di norovirus sono già stati segnalati a bordo di navi da crociera, come sulla Rotterdam a inizio 2026. Durante una crociera di Capodanno (28 dicembre 2025 - 9 gennaio 2026) nei Caraibi, la nave Rotterdam di Holland America Line ha registrato un focolaio di gastroenterite da norovirus. Il contagio ha colpito 94 persone in totale (85 passeggeri e 9 membri dell'equipaggio) su oltre 3.500 persone a bordo.

Da costo a investimento: un nuovo approccio

Prevenzione sanitaria

Nicoletta Luppi

La prevenzione sanitaria non è un costo: è un investimento. Riconoscerlo significa cambiare il metro con cui valutiamo le politiche pubbliche, spostando lo sguardo dal breve al lungo periodo. È una sfida anzitutto culturale, perché le riforme nascono prima nelle categorie con cui interpretiamo la realtà e solo dopo nelle decisioni che la trasformano. L'impegno di Assolombarda su questo fronte non è una rivendicazione di parte, ma una proposta di metodo: riconoscere alla spesa in prevenzione la sua natura reale di determinante economico per la crescita, superando la lettura riduttiva che la confina nei saldi di breve periodo. Questa proposta arriva da uno dei sistemi sanitari più efficienti al mondo e, più precisamente, da un'area di eccellenza: il "quadrilatero" di Assolombarda genera oltre il 13% del PIL nazionale ed è il principale polo italiano nelle Life Sciences, con una concentrazione unica di IRCCS, università, industria farmaceutica e biomedicale. Questo valore si innesta in un sistema sanitario regionale lungimirante e innovativo, che introduce nuovi percorsi di screening e si posiziona tra i primi in Italia per copertura vaccinale e degli screening tra i propri cittadini. È il territorio in cui prevenzione, innovazione e tessuto produttivo si incontrano ogni giorno. Con il Documento di Finanza Pubblica approvato il 22 aprile 2026, questa impostazione ha trovato un primo concreto riconoscimento. Il MEF ha inserito un focus dedicato alla valutazione dell'impatto della prevenzione, i cui benefici sono distribuiti nel tempo rispetto alla spesa sostenuta nell'anno, sottolineando che "la sanità è uno dei principali capitoli di spesa connessi all'invecchiamento". Non è un dettaglio tecnico: è il segnale che un cambio di paradigma è possibile quando le idee sono solide e il lavoro è continuativo.

Il nodo è noto: l'attuale sistema di contabilità pubblica classifica la prevenzione - immunizzazione e screening - come spesa corrente, che pesa integralmente nell'anno in cui viene sostenuta, senza considerare i benefici futuri in termini di minori ricoveri, diagnosi precoci e riduzione della spesa assistenziale. Un solo dato fotografa il problema: ogni euro speso nella vaccinazione degli adulti ne genera fino a 19 in costi sanitari evitati e

produttività recuperata. È come giudicare un'infrastruttura guardando solo il costo di costruzione, ignorandone gli impatti complessivi. Questa logica in un quadro di finanza pubblica con vincoli stringenti, porta inevitabilmente a penalizzare le spese con maggiore ritorno nel tempo, finendo per spendere di più per curare ciò che non si è prevenuto.

Rompere questo schema è l'obiettivo del progetto strategico "Prevenzione come investimento" di Assolombarda. Grazie a un confronto strutturato con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, il DFP recepisce questa visione: la prevenzione concentra i costi all'inizio ma distribuisce benefici nel tempo; il costo del mancato intervento è spesso invisibile ma economicamente rilevante. Sono scelte politiche prima ancora che tecniche, perché definiscono cosa uno Stato considera investimento e cosa considera costo. Una direzione già indicata dal Ministro Schillaci, che ha chiesto di svincolare le spese in prevenzione dal deficit UE, ricordando che "la prevenzione è il miglior investimento e non una spesa".

L'obiettivo si muove però dentro la cornice europea. La riforma del Patto di stabilità del 2024 ha individuato nei Piani strutturali di bilancio di medio termine lo strumento per definire investimenti pubblici prioritari riconducibili a priorità comuni dell'Unione. Portare la prevenzione - immunizzazione e screening - dentro questa categoria è la prossima battaglia. Tanto più in un paese come l'Italia, con il più elevato indice di vecchiaia e una tendenza demografica che pesa sia sulla sanità sia sul welfare.

Eppure, in quasi l'80% degli Stati membri dell'UE meno dello 0,5% dei budget sanitari è destinato alla



prevenzione delle malattie prevenibili tramite immunizzazione.

La salute non è una voce di costo da ottimizzare al ribasso. È un investimento produttivo strategico che genera valore economico e sociale nel tempo, rafforza la produttività e la coesione delle comunità. Agire compatti a tutti i livelli - industria, istituzioni, Regione, Stato, Unione europea - non è uno slogan: è l'unico modo per trasformare una battaglia culturale in una politica pubblica. E oggi, con

Assolombarda, stiamo dimostrando che si può fare.

*Vicepresidente Assolombarda
con Delega a Europa e Life Sciences*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

0,5%

LA PERCENTUALE

In quasi l'80% degli Stati membri dell'UE meno dello 0,5% dei budget sanitari è destinato alla prevenzione delle malattie per immunizzazione





Servizio Il progetto

Salute digitale ancora per pochi: come accelerare su equità e accesso

Senza un cambio di rotta si rischia l'esclusione delle fasce più fragili e l'aumento delle disuguaglianze regionali con un Servizio sanitario nazionale a più velocità: proposta per accelerare sulla diffusione degli strumenti messi a disposizione dal Pnrr

di Redazione Salute

13 maggio 2026

La digitalizzazione del Servizio sanitario nazionale è una delle sfide strategiche per la sanità italiana. Gli investimenti del Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr) hanno accelerato l'adozione di tecnologie digitali, ma il percorso verso una sanità innovativa, equa e centrata sul paziente è ancora lungo.

L'utilizzo della sanità digitale ha come suo obiettivo di fondo quello di produrre più equità riducendo le barriere geografiche; assicurando diagnosi precoce e cure tempestive; diminuendo i costi e aumentando l'efficienza; migliorando l'empowerment e la capacità di auto-cura (aderenza, scelte consapevoli, etc.) come sottolinea l'Ue. Bersagli questi che, se centrati, darebbero un grande valore aggiunto alla sanità del nostro Paese che sta lavorando per modificarsi ed essere più resiliente e al passo con i tempi.

La scommessa del Pnrr

Negli ultimi anni, soprattutto grazie ai fondi del Pnrr, il Servizio sanitario nazionale ha scommesso sulla Digital Health in 4 asset strategici: Rafforzamento del sistema di raccolta e analisi dei dati necessari alla governance del Ssn; telemedicina; fascicolo sanitario elettronico (Fse); progetto pilota di intelligenza artificiale. A esso si affiancano le opportunità di innovazione delle Digital Therapeutics e della Digital Medicine.

Per questo Salutequità in collaborazione con UCB Pharma ha promosso un momento di analisi e confronto per fare il punto tra esperti, istituzioni, pazienti e operatori sulla digital health in Italia, evidenziando criticità, rischi, opportunità per contribuire al conseguimento degli obiettivi di equità e salute. E hanno lanciato il DHEL, un laboratorio che mette al centro della Digital Health l'equità. La necessità di un laboratorio parte dalla constatazione dello stato dell'arte oggi, degli sforzi che si stanno compiendo e degli aggiustamenti che si renderanno via via necessari per assicurare un assetto normativo, economico e valutativo dell'uso della Digital Health e Digital Medicine capace di assicurare equità e rispetto dei diritti delle persone.

«La sanità digitale – afferma Tonino Aceti, presidente di Salutequità - rappresenta una straordinaria opportunità per ridurre le disuguaglianze regionali, geografiche, culturali ed economiche, portando il Servizio sanitario nazionale nelle case di tutti, soprattutto di chi è più

vulnerabile. Ma sull'equità l'Oms lancia un alert: si rischia di rafforzare l'accessibilità per chi è già in grado di accedere, lasciando invariata, o peggiorata, la situazione di chi fatica di più. Per questo abbiamo deciso di avviare un laboratorio sull'equità nella sanità digitale che coinvolgerà i principali stakeholder proprio per ridurre le disuguaglianze e contribuire a tenere alta l'attenzione su questo asset anche post Pnrr».

Il nodo liste d'attesa

Le difficoltà di accesso alle cure tempestive rappresentano infatti una sfida sia per le diagnosi tempestive (a esempio per l'endometriosi il ritardo diagnostico stimato è di 7-10 anni dal primo sintomo) sia per incidere sulla rinuncia alle cure. Nel 2024 una persona su 10 ha rinunciato alle cure, principalmente per lunghi tempi di attesa (6,8% della popolazione). Dati che trovano riscontro sulla capacità del Ssn di rispettare le priorità apposte sulla ricetta. A dicembre 2025, il 75% delle persone che avevano bisogno di una visita neurologica urgente (entro 3 giorni) ha atteso fino al doppio del tempo (6 giorni); per priorità entro 10 giorni, il 75% ha atteso fino a 23 giorni (più del doppio), per priorità a 30 giorni, il 75% ha atteso fino a 82 giorni; solo 15 giorni di differenza per la priorità a 120 giorni: il 75% ha atteso fino a 135 giorni.

Nel triennio 2022-2024, il 5% delle famiglie ha incontrato molte difficoltà a raggiungere tre o più servizi essenziali, come farmacie e pronto soccorso, con differenze marcate a seconda della grandezza del comune (la difficoltà è più che raddoppiata nei comuni fino a 2000 abitanti 11,1%) e nord-sud: si va dal minimo di 2,6% delle famiglie nella Provincia autonoma di Bolzano/Bozen a percentuali più che triple in Campania (8,9%) e in Calabria (8,4%).

E ancora scontiamo i più bassi livelli di fiducia nella capacità di autogestire la salute, come riferiscono gli stessi pazienti: 24,3%, rispetto alla media OECD 58,9% e oltre il 90% della Francia; sempre in fondo alla classifica per la fiducia nella propria capacità di utilizzare informazioni internet (4,9% Italia contro 19,3% della media OEC e oltre il 30% della Francia) – dati Surveys (PaRIS), OECD.

Più telemedicina

Avanziamo con l'uso della telemedicina, che ha permesso l'accesso ai servizi sanitari a 204.865 assistiti, con 356.358 prestazioni erogate in 12 mesi (2024-2025), ma non è noto se ci sia un'efficace distribuzione in base alle situazioni di disagio territoriale (es. aree interne o mal collegate con il trasporto pubblico) e dei pazienti. Il PNRR ha previsto la digitalizzazione di 280 strutture ospedaliere e l'estensione della telemedicina ad almeno 300.000 persone.

Le digital therapeutics (DTX) ancora non hanno una regolamentazione chiara in Italia, ma nel 2024 al livello globale già erano presenti 93 DTX (37% psichiatria, 14% endocrinologia, 10% reumatologia e oncologia).

Il Fascicolo sanitario elettronico (FSE), strumento che risponde a molteplici obiettivi che riguardano la libertà di poter accedere a tutte le informazioni rilevanti e importanti sulla e per la salute ovunque la persona si trovi, così come per la programmazione dei servizi sanitari è stato attivato, ma solo il 45% della popolazione ha espresso consenso alla consultazione dei propri documenti clinici e un medico specialista su 10 ancora non è abilitato alla consultazione; anche per l'alimentazione del "Patient Summary" è stata rinviata la scadenza Pnrr per superare alcune difficoltà nella compilazione.

Il deputato di Fdl**Gemmato, «sfida»
alla linea Schillaci:
no a medici di base
assunti dallo Stato**

«**F**ratelli d'Italia resta contraria all'ipotesi di far diventare medici di famiglia e pediatri di libera scelta dipendenti pubblici, la via prioritaria non può che essere la convenzione, confermando l'obiettivo di rendere operative le Case di comunità, anello fondamentale per ottenere una sanità territoriale sempre più capillare e a misura di cittadino e per proseguire con forza il lavoro di riduzione delle liste d'attesa, valorizzando i buoni risultati ottenuti dal governo Meloni». La critica alla riforma voluta dal ministro della Salute Orazio Schillaci arriva dal

suo sottosegretario Marcello Gemmato. Che poi aggiunge: «Al tavolo tra ministero, Regioni e i rappresentanti dei medici di famiglia, dovranno emergere soluzioni per rendere operative entro giugno le Case di comunità realizzate grazie al raggiungimento degli obiettivi del Pnrr». La riunione è prevista per oggi e i sindacati sono pronti alla protesta. Lo Smi, rappresentante dei medici italiani in una nota fa sapere di aver «ribadito al ministro che la riforma della medicina generale si fa con i medici e non nonostante i medici. Se l'impianto continuerà a prevedere obblighi

unilaterali e lo smantellamento del rapporto fiduciario, il sindacato attiverà immediatamente tutte le forme di tutela e mobilitazione necessarie a difesa della categoria». D'accordo lo Snam: «Il rafforzamento del territorio non può essere costruito attraverso imposizioni orarie standardizzate o automatismi organizzativi. La medicina generale deve restare fondata sulla libera scelta, sulla presa in carico continuativa e sulla conoscenza longitudinale del paziente. La gestione della cronicità, della prevenzione e della

medicina di iniziativa deve rimanere funzione propria dei medici di medicina generale convenzionati».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Chi è
Marcello Gemmato, 53 anni, Fdl, sottosegretario al ministero della Salute



Bernini: «Medicina,
si va avanti:
pronti ad arrivare
a 30mila posti»

Eugenio Bruno — a pag. 5



«Su medicina non si torna indietro, pronti ad arrivare a 30mila posti»

L'intervista. **Anna Maria Bernini.** La ministra dell'Università difende l'impianto della riforma, promosso anche dai giudici e annuncia ritocchi: medici e prof delle superiori nelle commissioni, esami a gennaio

Eugenio Bruno

L'impianto della riforma di Medicina ha tenuto. Lo dicono anche i giudici. Avanti allora anche nel 2026/27 con il semestre aperto. Magari con qualche ritocco che consenta agli studenti di prepararsi meglio e confrontarsi con programmi più aderenti a ciò che hanno studiato a scuola. Proseguendo, se possibile, con l'aumento dei posti e cercando di arrivare quanto prima a quota 30mila. A raccontarlo, al Sole 24 Ore è la ministra dell'Università, Anna Maria Bernini.

Il Tar e il Consiglio di Stato hanno ritenuto legittimo il semestre aperto. Considerando che a inizio della legislatura uno dei motivi che vi aveva spinto a intervenire erano state le sentenze dei giudici che segnale è in vista del

prossimo anno?

Tar e Consiglio di Stato hanno posto fine a una narrazione distorta. Ci siamo sentiti dire che le procedure erano contorte, che c'erano aule dove tutti copiavano e che gli esami contenevano domande strampalate. E invece l'impianto normativo e il nuovo meccanismo sono stati considerati pienamente validi dai giudici e le prove regolari. Le ordinanze sono la sconfitta di chi, anche a livello politico, ha tentato di speculare sull'ansia degli studenti e ha spinto migliaia di famiglie a spendere soldi, tempo ed energie inseguendo scorciatoie giudiziarie. A chi è convenuto alimentare questo clima? Non certo agli studenti. Per loro investire nello studio conviene più che spendere in ricorsi.

Su 52mila studenti che hanno sostenuto almeno un esame l'80%

è attualmente iscritto all'università tra medicina, corsi affini o altri corsi. Che bilancio fa della prima applicazione del semestre aperto?

È la fotografia di una realtà positiva, la certificazione di un cambio di paradigma: non più selezione fuori dall'università, ma formazione dentro. Tra il 2010 e il 2020 oltre un milione di ragazze e ragazzi ha fatto richiesta di ingresso a Medicina. I posti a disposizione, nello stesso periodo, sono stati poco più di 110mila. I conti sono presto fatti: abbiamo impedito a 900mila ragazzi di entrare all'università. Che fine hanno fatto? La risposta è semplice: non lo sappiamo. Oggi



conosciamo il destino di coloro che entrano a Medicina, Odontoiatria e Veterinaria, ma anche quello di tutti gli altri. Non più respinti, non più "non idonei", non più rifiutati, ma parte integrante del sistema universitario.

Parliamo dei corsi affini e degli altri corsi. Per qualcuno rappresentano un ripiego, un percorso di serie B.

La considero un'offesa non alla riforma, ma agli studenti per cui un altro corso non è un ripiego, ma una scelta. Così come è offensiva l'accusa, che mi sono sentita ripetere spesso, di chi ha detto che con il semestre aperto "si perde un anno". Anche in questo caso i numeri hanno ribaltato la narrazione. Ma lo ricordiamo come funzionava gli scorsi anni? Graduatorie perennemente provvisorie, scorrimenti continui che andavano avanti per oltre 12 mesi. Insomma, lunghi periodi di incertezza per studenti e atenei. Quest'anno abbiamo chiuso le graduatorie, piene per oltre il 99%, a febbraio. Insomma, meno attese, meno incertezze, tempi più certi e percorsi definiti.

Un altro 20% però, circa 11mila studenti, non risultano iscritti ad alcun corso. Che ne sarà di loro? Possiamo pensare di riorientarli? Prima della riforma questi 11mila ragazzi sarebbero stati respinti alla porta e spariti nel buio. Oggi sono dentro il sistema, li vediamo, possiamo raggiungerli. E vogliamo raggiungerli. Per questo chiederò agli atenei di creare strutture per l'orientamento, coinvolgendo se possibile gli studenti degli anni precedenti. È un'azione necessaria soprattutto dentro le università e nel passaggio tra primo e secondo semestre. Mentre il test d'ingresso mortificava le aspirazioni, il semestre aperto valorizza i talenti.

Guardiamo all'anno prossimo. A questo punto dobbiamo aspettarci solo ritocchi minimi? Dal semestre aperto non si torna

indietro. Esami e non più test, graduatorie chiuse a febbraio e stop a scorrimenti continui sono elementi positivi. È da qui che ripartiamo per rendere il sistema ancora più efficace. Abbiamo iniziato un percorso di ascolto partendo dagli studenti. Al ministero è attivo un tavolo istituzionale che sta raccogliendo e valutando le proposte nate dall'esperienza concreta di questo primo anno.

Gli esami fondamentali resteranno Fisica, Chimica e Biologia? Come evitare che Fisica sia di nuovo uno spauracchio?

I primi esami universitari sono uno scoglio per tutti. Ci si confronta con metodi nuovi e tempi diversi. Integreremo con medici e docenti delle superiori le commissioni di professori incaricati di preparare programmi e domande su Fisica, Chimica e Biologia. Con loro aggiorneremo i Syllabus per una migliore connessione tra i programmi scolastici e quelli universitari.

L'anno scorso si era partiti chiedendo la sufficienza nelle tre materie fondamentali salvo correggere poi il tiro a dicembre ritenendo sufficiente una sola con l'impegno a recuperare il debito prima del secondo semestre. Quest'anno invece?

I tre esami superati come criterio per l'accesso non cambieranno. Il recupero dei crediti nelle università è un meccanismo consolidato che, anche in merito al semestre di Medicina, ha funzionato. Sarà confermato. In sostanza, si entrerà in graduatoria anche con dei debiti formativi, ma per l'ingresso al corso occorrerà recuperarli, valorizzando, da questo punto di vista, l'autonomia universitaria.

Cambieranno anche i calendari o si partirà di nuovo il 1° settembre con un appello a fine novembre?

L'obiettivo è che il periodo di lezioni del semestre aperto sia più lungo, consentendo agli atenei di

organizzare meglio la didattica. E puntiamo a far slittare gli esami, così che gli studenti possano avere più tempo da dedicare allo studio. Vorrei che una delle sessioni d'esame si tenesse a gennaio. Ma per questo è necessario il coinvolgimento degli atenei.

A che punto è l'idea di coinvolgere anche le private nel modello del semestre aperto?

Le forze parlamentari di maggioranza hanno presentato una proposta di legge in base alla quale gli atenei non statali si devono conformare alle linee nazionali. È giusto che il Parlamento discuta la proposta e indichi al Governo la linea da seguire.

All'inizio del suo mandato, raccogliendo l'input dei tecnici, aveva annunciato un aumento del 20-30% dei posti nell'arco di sette anni. Siamo partiti da 14.700 per arrivare agli oltre 24mila dell'anno scorso incluse le private. Ci sono margini per salire ancora?

L'aumento dei posti è una scelta che rivendico per il passato e rinnovo per il futuro. Abbiamo intrapreso un percorso di allargamento sostenibile e condiviso per rispondere alle esigenze del Paese e del Servizio sanitario nazionale di formare più medici ma anche del sistema di cura e assistenza alla persona nel suo complesso. L'obiettivo di aumentare di 30mila i posti rimane, anzi lo rilancio con l'intenzione di arrivarci il prima possibile.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le graduatorie erano piene al 99% a febbraio: meno attese, meno incertezze, tempi più certi e percorsi definiti

«La riforma di medicina ha tenuto».

La ministra dell'Università,
Anna Maria Bernini



Rimborso delle spese mediche, puzzle di regole in dichiarazione

Una bussola

Polizze, mutue e fondi integrativi: tre regimi per il vantaggio fiscale

Marcello Tarabusi

Le spese sanitarie rimborsate danno sempre grattacapi al contribuente, che deve verificare se può comunque inserirle tra gli oneri, se deve escluderle (per la parte rimborsata) o se deve invece tassare il rimborso. Le regole cambiano, infatti, a seconda dell'origine del rimborso (assicurazione, fondi, mutue) e dell'anno di percezione (medesimo della spesa o successivo).

La regola generale è chiara: spese e oneri sono detraibili o deducibili nei limiti in cui sono rimasti effettivamente a carico del contribuente. Se una spesa viene rimborsata nell'anno in cui è sostenuta, questa non è rimasta a carico, e il beneficio si perde. Se, invece, il rimborso arriva in anni successivi, il bonus resta, ma il rimborso è tassato nell'anno di incasso. Se il rimborso è parziale, la detrazione o deduzione di calcola sulla parte non rimborsata.

Ma la legge prevede molte eccezioni. Perché un conto è il rimborso che davvero elide la spesa, come quando vengono risarcite (dal danneggiante o dalla sua assicurazione) cure mediche sostenute seguito di un infortunio, di un incidente o per colpa medica; o quando il datore di lavoro eroga un *fringe benefit* non tassato (ad esempio il rimborso degli interessi sui mutui di cui all'articolo 1, comma 16, della legge di bilancio 2024). Diverso è il caso di chi fruisce, a proprie spese, di una copertura sanitaria: assicurazioni, fondi sanitari, società di mutuo soccorso. In questi casi, l'articolo 15 del Tuir stabilisce che si considerano a carico del contribuente anche le spese rimborsate per effetto di coperture i cui premi

(per le polizze) o contributi (per fondi e mutue) sono indetraibili o indeducibili se versati dal contribuente, o tassati come retribuzione quando versati dal datore di lavoro (con o senza trattenuta). E la spesa si considera a carico anche se l'assicurazione paga direttamente il medico o la struttura, senza anticipazioni o franchigie da parte dell'assistito, come nel caso di cure all'estero (Cassazione 30611/2024).

Se, invece, il premio o il contributo sono detraibili o deducibili (o esentasse quando li paga il sostituto di imposta), il rimborso azzerava il bonus fiscale sulla spesa rimborsata nell'anno, o è soggetto a tassazione separata se arriva in anni successivi. Con la precisazione (si veda da ultimo la circolare 14/E/2023) che se premio o contributo erano detraibili o deducibili per legge, il fatto con in concreto il contribuente non li abbia inseriti tra gli oneri è irrilevante.

Tre sono le principali tipologie di coperture, ciascuna delle quali ha regole differenti:

- polizze assicurative: le polizze sanitarie sono indetraibili, per cui i relativi rimborsi sono esentasse. Conclusione opposta se il rimborso deriva da una polizza per invalidità permanente o non autosufficienza nella vita quotidiana, detraibili ex articolo 15 lettera f) Tuir (fino a 530 euro le prime, fino a 1.291,14 le seconde);
- enti e casse assistenziali e fondi integrativi del Ssn: i versamenti sono deducibili entro il limite di 3.615,20 euro o, se pagati dal datore di lavoro, sono detassati entro lo stesso massimale (unico cumulativo). Rimborsi, quindi, imponibili;
- società di mutuo soccorso: si detraggono al 19% i contributi, entro un massimale di 1.300 euro e i rimborsi sono quindi tassati.

borsi sono quindi tassati.

Il tutto si complica quando premi e contributi effettivamente versati sono superiori a quelli detraibili o dedotti. Vuoi perché si superano i limiti di importo, vuoi perché le detrazioni sui premi assicurativi possono calare o azzerarsi sopra i 75mila euro di reddito: dal 2025 scatta, infatti, il plafond alle spese detraibili (articolo 16-ter del Tuir, ma sono salve le polizze stipulate entro il 2024); oltre i 120mila euro le detrazioni decrescono fino ad azzerarsi a 240mila euro di imponibile (articolo 15, comma 3-bis Tuir). In questi casi è richiesto un calcolo proporzionale: il rimborso eliderà la spesa (o sarà tassato se percepito in anni successivi) in proporzione al rapporto tra importo detratto e importo complessivo pagato (esempi di calcolo nella circolare 14/E/2023 a pagina 41).

Con un simile quadro, è più che naturale che nella precompilata i rimborsi vadano attentamente verificati per correggere, se necessario, la dichiarazione. E se sono nel 2026 sono state rimborsate spese sostenute nel 2025, è meglio escluderle modificando la precompilata, se la detrazione è del 19%: la successiva tassazione del rimborso (nel 730/2027) avrebbe infatti come aliquota minima il 23%, costando più del bonus fruito.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Medici di guerra le promesse tradite

CHIARA MONTALDO — PAGINA 27

MEDICI DI GUERRA, LE PROMESSE TRADITE

CHIARA MONTALDO*



Alle 02,08 del 3 ottobre 2015, un aereo militare statunitense lanciò 211 proiettili contro l'ospedale traumatologico di Medici Senza Frontiere (Msf) a Kunduz, in Afghanistan. Alla fine dell'attacco, lungo un'ora, i morti furono almeno 42. Alcune persone morirono bruciate nei loro letti, alcuni furono decapitati o persero degli arti, altri colpiti con armi da fuoco mentre fuggivano dall'edificio.

Kunduz fu uno shock internazionale: l'ospedale era l'unico centro traumatologico specializzato nel Nord Est dell'Afghanistan. Msf lanciò l'iniziativa "Not A Target" per difendere la protezione degli ospedali nelle zone di conflitto. Pochi mesi dopo, il 3 maggio 2016, il Consiglio di Sicurezza delle Nazioni Unite adottò all'unanimità la risoluzione 2286: ospedali, ambulanze, personale sanitario e pazienti non potevano essere bersagli di guerra.

Dieci anni dopo, quella promessa è stata tradita: gli attacchi contro l'assistenza sanitaria sono aumentati. Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, nel solo 2025 sono stati registrati 1.348 attacchi contro strutture mediche, con quasi 2.000 morti. La maggior parte sono avvenuti in Ucraina e Gaza. Dal 2016, 21 operatori di Msf hanno perso la vita. Ogni volta, dopo l'indignazione iniziale, si ripete lo stesso copione: le responsabilità si dissolvono tra accuse reciproche, errori ammessi a metà, inchieste incomplete o mai avviate.

Ed è forse proprio questa la trasformazione più inquietante: la normalizzazione. Ci stiamo abituando all'idea che un ospedale possa diventare un obiettivo militare. Che un medico possa essere trattato come un sospetto an-

ziché come una persona protetta. Che la distruzione di una terapia intensiva venga raccontata come un inevitabile "effetto collaterale".

Eppure, colpire un ospedale non significa soltanto distruggere un edificio. Significa interrompere vaccinazioni, parti cesarei, interventi chirurgici d'urgenza. Significa lasciare una popolazione senza cure oncologiche, dialisi, sangue per le trasfusioni. Le vittime non sono solo quelle che muoiono nell'attacco: sono anche quelle che moriranno nei mesi successivi perché nessuno potrà curarle.

In molte guerre contemporanee, l'attacco all'assistenza sanitaria sembra diventato una strategia per rendere impossibile la vita civile. Se distruggi gli ospedali, costringi le persone a fuggire, spezzi le comunità, trasformi la sopravvivenza stessa in un privilegio.

Le regole esistono già, ma nessuno è stato ritenuto responsabile degli oltre 7.500 attacchi documentati. Il problema non è il vuoto normativo: è quello politico. Nel 2024, l'81% degli episodi violenti contro gli operatori sanitari è stato commesso da attori statali, con Russia e Israele in testa. Gli Stati condannano selettivamente, mentre i meccanismi di indagine restano deboli o paralizzanti.

Questo è il vero fallimento della risoluzione 2286: non la mancanza di regole, ma la mancanza di volontà politica nel farle rispettare.

Per questo motivo, Msf e la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (Fnomceo) hanno lanciato una petizione rivolta alla comunità sanitaria italiana per chiedere al governo un impegno chiaro nel difendere il rispetto delle norme che proteggono l'assistenza sanitaria nei conflitti e nel fare pressione affinché altri Stati facciano lo stesso.

Oggi, bisogna tornare a dire con chiarezza che un ospedale non è un campo di battaglia. Che un'ambulanza non è un bersaglio. Che chi cura deve essere protetto, sempre.

Perché quando smettiamo di indignarci davanti a un ospedale bombardato, il problema non riguarda più solo la guerra. Riguarda ciò che siamo diventati.—

***Responsabile medica di Medici Senza Frontiere**



È VITA
**«Perché curare
è sempre un bene
Per tutti»**
GIORGIO PAOLUCCI

Malattia, sofferenza e la risposta della cura: parla Alessandro Pirola, manager sanitario del terzo settore.

A pagina 19

L'INTERVISTA

Dal presidente delle Fondazioni Grassi e Bonolis, che assistono migliaia di pazienti psichici e terminali, un libro per spiegare come una società allergica al limite e al dolore finisce per scegliere la morte. Ma la via umana è un'altra

«La cura è un guadagno per tutti»

GIORGIO PAOLUCCI

Curare costa fatica, e costa molto in termini economici, sempre di più. Specie in un Paese come l'Italia che si misura con l'inarrestabile invecchiamento della popolazione non è più una domanda peregrina chiedersi, come già fanno in molti: fino a che punto vale la pena curare? Dobbiamo stabilire delle priorità?

C'è però chi rovescia i termini della questione, e sostiene provocatoriamente (ma non troppo) che curare è un guadagno. «Proprio così: è un'occasione di arricchimento. L'uomo è ontologicamente una relazione: se non hai qualcuno di cui prenderti cura sei più solo e più triste. Un mondo senza cure è un mondo peggiore, più povero, meno umano. La malattia e il dolore ti costringono a vedere di che pasta sei fatto. Tu hai bisogno di cure, e curando altri sei più contento anche quando ti costa fatica». Chi dice queste parole ne è talmente convinto che ne ha ricavato un libro: *Curare è un'opera buona per tutti* (appena pubblicato da Ares). Alessandro Pirola, navigatore di lungo corso nell'amministrazione e direzione di realtà sanitarie del terzo settore, attualmente è presidente delle Fondazioni Maddalena Grassi e Adele Bonolis, due realtà lombarde di eccellenza che si fanno carico di migliaia di pazienti, in particolare malati psichici e terminali. «Sono cresciuto e mi sono formato in una cultura illuministico-scientista nutrita dalla certezza che i progressi della scienza e della tecnologia avrebbero permesso di porre fine alla malattia e al dolore. È sotto gli occhi di tutti che questo non sta accadendo, nonostante lo scioglimento progressivo da ogni vincolo etico e le-

gislativo. Sono state debellate molte malattie storiche (poliomielite, vaiolo), dobbiamo fare i conti con altre come quelle oncologiche, neurologiche e degenerative, o con alcune forme psichiatriche, sostanzialmente ignote in precedenza. La malattia e la sofferenza sono una condizione da prevenire e contenere, ma rimangono una condizione in cui è possibile trovarsi. Naturalmente nessuno vuole soffrire o vedere soffrire un proprio caro: ma il contrasto tra il desiderio di non ammalarsi e di non soffrire e la condizione di sofferenza inestirpabile che appartiene alla natura umana è qualcosa di insopportabile per la cultura dominante, perché la costringe a constatare che l'uomo non è padrone della propria vita. Non si fa da sé: se si facesse da sé, si farebbe sano.

Come si può stare di fronte alla sofferenza? Cosa la rende sopportabile?

La sofferenza degenera in angoscia quando manca un significato e quando si è soli. Per questo nella gestione del dolore sono necessari - assieme al contributo di tutta la scienza e la tecnica di cui siamo capaci - una compa-



gnia umana e la consapevolezza del significato della vita. Negare un senso all'esistenza, anche a quella dentro la malattia, aumenta la sofferenza e induce angoscia. L'assioma oggi dominante è che la sofferenza non ha senso, perciò si arriva a sostenere che per cancellarla vale la pena anche togliere la vita.

Lo sviluppo delle capacità di intervento nelle fasi acute e di supporto in fasi critiche è capace di generare situazioni di stabilità prolungata dentro una condizione di malattia grave e irreversibile. Da qui all'accanimento terapeutico la strada si fa breve.

Occorre una terapia proporzionata alle condizioni del paziente e alle attese di vita, ma stabilirlo con una norma che abbia la pretesa di racchiudere in quattro righe un criterio valido per ogni circostanza è impossibile. Mi sembrano preziose le indicazioni che provengono dal Catechismo della Chiesa universale, che nel paragrafo 2278 recita: «L'interruzione di procedure mediche onerose, pericolose, straordinarie o sproporzionate rispetto ai risultati attesi può essere legittima. In tal caso si ha la rinuncia all'accanimento terapeutico. Non si vuole così procurare la morte: si accetta di non poterla impedire».

In questi frangenti così vertiginosi è fondamentale il rapporto tra il curante e il malato...

L'arte medica tende a trovare le cure ordinarie e proporzionate ai risultati attesi interrompendo quelle ritenute troppo pericolose e onerose rispetto al contesto specifico, e l'ambito di questa ricerca è la relazione tra il paziente, il suo contesto e il curante. Quando la composizione di un equilibrio così delicato si trasferisce nelle aule di un tribunale o del Parlamento è improbabile individuare soluzioni genericamente adeguate, ed è difficile sancire disposizioni equilibrate.

Un approccio responsabile a questa materia viene spesso inquinato da preoccupazioni di carattere ideologico e dal clamore mediatico sollevato da casi che vengono usati per forzare in una direzione "aperturista".

Basti ricordare a questo proposito il clamore con cui anni fa venne affrontato il tema delle Disposizioni Anticipate di Trattamento (Dat), dal quale l'opinione pubblica trasse la convinzione che negare l'utilità delle Dat era disumano. A distanza di quasi dieci anni dall'approvazione, osservo che le Dat sono state registrate dallo 0,1% della popolazione, quindi nemmeno tutti i promotori di quella campagna sostanzialmente ideologica. Resta l'interrogativo su chi e perché voglia una legge che favorisca il suicidio assistito con più determinazione di quanto voglia e offra cure adeguate e possibili.

In un'Italia che invecchia, 24 milioni di persone (40% della popolazione adulta) accusano malattie croniche e aumentano le situazioni in cui il fattore umano della cura è sempre più importante. Eppure "l'approccio della sanità sembra diventare sempre più "anonimo" e "settoriale". Che fare?

L'approccio anonimo e settoriale è una riduzione, eppure è stato insegnato e praticato per decenni come massima evoluzione scientifica e organizzativa in campo sanitario, educativo e urbanistico. I risultati sono sotto gli occhi di tutti. L'invecchiamento della popolazione aumenta la necessità di cure e il peso della loro componente umana comprensiva e rassicurante. La strada da sviluppare è la presa in carico della persona malata da parte di un medico o di un ente che la consideri nel suo complesso, integrando prestazioni mediche e assistenziali che permettano il più possibile la permanenza al domicilio o la creazione di luoghi di abitazione supportati da servizi adeguati.

Suicidio assistito? No: perché sapersi fare carico fino in fondo di chi sperimenta sofferenza e malattia migliora tutti. Parla Alessandro Pirola, manager di realtà sanitarie del terzo settore



In alto, Alessandro Pirola. Sopra, il suo libro sulla cura



Un Giro d'Italia per le cure palliative pediatriche

ENRICO NEGROTTI

Mentre sulle strade della Penisola in questo periodo i ciclisti professionisti competono per la maglia rosa del Giro d'Italia, in tante piazze, aule, sale congressi, campi sportivi e ancora strade urbane ed extraurbane percorse in sella a una bicicletta, si svolge il Giro d'Italia delle cure palliative pediatriche (Gcpp) promosso dalla Fondazione Maruzza Lefebvre D'Ovidio e giunto alla sua quinta edizione. L'iniziativa vuole concentrare lo sguardo su un settore della medicina delicato e importante, ma che non ottiene ancora la dovuta attenzione. Le cure palliative infatti, previste dalla legge 38/2010, sono in realtà presenti a macchia di leopardo, e sono maggiormente carenti proprio per l'età pediatrica: dei circa 300 hospice nel nostro Paese, infatti, solo 7 sono dedicati ai più giovani.

Assume particolare interesse e valore il Gcpp, che la Fondazione Maruzza presenta oggi

all'ospedale universitario Meyer di Firenze, che è Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (Irccs) per la pediatria, alla presenza del ministro per le Disabilità Alessandra Locatelli, del presidente della Regione Toscana Eugenio Giani, del direttore generale del Meyer Paolo Morello Marchese e di rappresentanti della Fondazione Maruzza e del mondo sanitario, istituzionale e del Terzo settore. Sarà anche l'occasione di presentare il nuovo centro di cure palliative pediatriche della Toscana, Casa Marta, che è prossima all'apertura accanto al Meyer. «L'idea è nata - racconta Elena Castelli, segretario generale di Fondazione Maruzza - quando un piccolo gruppo di medici e infermieri stava frequentando un master in cure palliative pediatriche (cpp) presso l'Università di Padova con la professoressa Franca Benini (che è anche direttore del Comitato tecnico-scientifico di Fondazione Maruzza). Il gruppo venne sollecitato a studiare iniziative per diffondere la conoscenza delle cpp, ed essendo composto da appassionati ciclisti "inventò" l'idea del Gi-

ro d'Italia e si rivolse a noi». Il progetto si è concretizzato in una serie di "tappe" che coinvolgono tanti enti e associazioni sul territorio nazionale con lo scopo di diffondere le cpp attraverso iniziative di genere molto diverso e cresciute nel corso degli anni, dalle ciclopedalate ai convegni, dalle presentazioni di libri alle feste in piazza diffuse in molti Comuni, a uno spettacolo teatrale: questa quinta edizione comprende 83 appuntamenti, dalla presentazione di oggi al 16 giugno, e passa per quasi tutte le Regioni (per maggiori informazioni si può consultare il sito www.girocurepalliativepediatriche.it).

A sostenere il Giro delle cure palliative pediatriche è anche una rete informale di oltre 280 volontari (medici, infermieri, professionisti socio-sanitari), molto spesso impegnati quotidianamente nel campo delle cpp, e che hanno ben presenti le difficoltà che una malattia inguaribile rappresenta non solo per il minore interessato, ma anche per la sua famiglia. Ecco quindi che il tema generale dell'edizione 2026 è "comunità curante" proprio per

indicare che la cura non riguarda solo gli aspetti medico-clinici, ma coinvolge la dimensione umana e relazionale di ogni persona: il modello appunto di presa in carico delle cure palliative che puntano a sostenere il paziente e la sua famiglia in tutte le loro difficoltà, da quelle fisiche a quelle psicologiche e spirituali. Accanto alla famiglia, allargata agli amici, si vuole coinvolgere la comunità socio-sanitaria, quella sociale, quella istituzionale e quella educante, per rimarcare un fatto particolarmente importante nelle cure palliative pediatriche: anche se la guarigione non è possibile, il supporto della comunità aiuta il minore e la sua famiglia a non sentirsi soli.

«Tra i tanti appuntamenti - conclude Castelli - mi piace segnalare l'evento "scuola compassionevole" che si svolgerà mercoledì 20 maggio all'istituto Agostino Bassi di Lodi, dove sono stati gli studenti ad avere progettato l'appuntamento sulle cure palliative pediatriche, affiancati dai docenti, e che si rivolgerà sia alle altre classi sia alla cittadinanza».

Oggi all'ospedale Meyer di Firenze saranno illustrati gli eventi promossi in tutta Italia per diffondere l'importanza dell'assistenza globale ai minori inguaribili. Occasione per presentare Casa Marta, di prossima apertura



VERSO IL CONVEGNO CEI

«Salute e Vangelo, siamo responsabili della vita altrui»

SAVERIA GIGLIOTTI

«**S**coperchiarono il tetto» è il tema del XXVII Convegno nazionale di Pastorale della Salute organizzato dall'Ufficio nazionale della Conferenza episcopale italiana a Falerna Marina, nella Diocesi di Lamezia Terme, dal 18 al 21 maggio.

«La tradizione cristiana di visitare i malati, lavare le loro ferite e confortare gli afflitti non si riduce semplicemente a un'opera di filantropia, ma è un'azione ecclesiale attraverso la quale, nei malati, i membri della Chiesa "toccano la carne sofferente di Cristo"»: così scrive papa Leone XIV nella esortazione apostolica *Dilexi te* meditando su quella "compassione cristiana" che si manifesta, in modo particolare, nella cura dei malati e dei sofferenti.

È con questo spirito che la Chiesa italiana, in occasione del Convegno in terra di Calabria, si appresta a riflettere non solo sulla sofferenza ma anche e soprattutto su come oggi riconoscere «la cura dei malati, nei quali riconosce prontamente il Signore crocifisso» come «una parte importante della sua missione».

Un momento di riflessione che abbraccia vari aspetti della società, in molte sue sfaccettature e declinazioni, non perdendo di vista il fulcro di uno sguardo evangelico su-

la salute e la malattia: la cura dell'altro perché, come ha ricordato papa Leone XIV, «nelle varie situazioni della vita, soprattutto in quelle difficili, nessuno mai dev'essere lasciato solo, e il volontariato, unendosi nella gratuità, realizza potentemente questo valore, mettendo in circolo solidarietà e rispetto, e rispondendo con gesti di cura alla cultura dello scarto e della morte».

Un messaggio di speranza, ma anche di solidarietà e vicinanza a chi quotidianamente vive la sofferenza, spesso lasciato nella solitudine. Perché «il dolore e la sofferenza non possono fermare l'amore e annullare la potenza di Dio».

La struttura del Convegno prevede ben dieci sessioni tematiche che abbracceranno altrettanti aspetti: comunicazione, ambiente, autismo, salute mentale, bioetica, diaconato, ministri straordinari della Comunione, Rsa, volontariato e disturbi dell'alimentazione.

Il tutto in una diocesi che negli ultimi anni, su spinta del vescovo monsignor Serafino Parisi guarda con particolare interesse al tema della sanità come anche al mondo della disabilità, istituendo una Giornata diocesana: «Certamente c'è bisogno delle medicine - ha detto nel corso di una delle sue visite in ospedale -, ma poi occorre prendersi cura della persona umana nella sua totalità. Dobbiamo essere portatori di una visione nuova, di un cuore rinnovato che sappia farsi interprete delle necessità e delle attese dell'altro, che sappia prendersi cura e rendersi responsabile della vita dell'al-

tro. L'umanità è il metro di misura del nostro essere cristiani. L'uomo va guardato nella sua totalità: per la malattia che lo abita, che lo sfinisce, che gli fa passare notti insonni, e per la sua umanità che aspetta uno sguardo, un sorriso, il segno di una presenza. L'uomo ha bisogno di sapere che in quella difficoltà non siamo da soli, c'è qualcuno che ci sta considerando». E rivolgendosi a medici e operatori sanitari il vescovo aggiunge che «siete l'ultima persona che lo sguardo di un ammalato incrocia. Siate consapevoli di questo privilegio e di questa responsabilità, siate trasmettitori di un'umanità nuova che si apre all'altro nella disponibilità». Un tema, quello della sanità, quanto mai attuale specie in una regione che, tra mille difficoltà, sta tentando di riemergere dalla situazione di stallo e di precarietà dopo 17 anni di commissariamento del settore, situazione da cui è uscita appena poche settimane fa. Il presidente della Regione Roberto Occhiuto non ha esitato a parlare di momento storico, ponendosi un nuovo obiettivo: uscire dal piano di rientro.



Stefania Craxi a Romeo: "Se fate così allora c'è malafede"

Fine vita, lite tra Lega e Forza Italia

IL CASO

ROMA

«**S**e fate così, allora c'è malafede». La frase rimbalza nella saletta dei senatori, pochi metri prima dell'Aula del Senato. Dentro, il rituale del premier time. Fuori, invece, il centro-destra che si sfibra sul fine vita. E a scandire il ritmo dello scontro stavolta non sono le opposizioni, ma gli azzurri.

O meglio: la linea nuova di Marina Berlusconi. La scena è quasi da commedia parlamentare, se non fosse che il nervosismo è reale. La capogruppo azzurra Stefania Craxi affronta il leghista Massimiliano Romeo davanti a una pattuglia di testimoni interessati: Giulia Bongiorno e

il relatore di FI Pierantonio Zanettin. Il tema è il ddl sul fine vita, calendarizzato appena ventiquattro ore prima per l'approdo in Aula il 3 giugno ma ancora impannatato nelle commissioni congiunte Giustizia (di cui è presidente Bongiorno) e Salute. Tradotto: senza un'accelerazione immediata, il rischio è che in Aula sbarchi solamente il testo del Pd. Provvedimento che, senza troppi riguardi, Forza Italia ipotizza di essere "costret-

ta" a votare se la maggioranza non si dà una mossa.

Gli azzurri, a microfoni spenti, parlano di «gioco delle tre carte». Perché la sensazione è che qualcuno stia continuando a rallentare nonostante le rassicurazioni. Nel mirino finisce Fratelli d'Italia e soprattutto il presidente della commissione Salute Francesco Zaffini, accusato di tenere il freno tirato. Romeo prova a smorzare, ma la risposta irrita ancora di più FI: «Non decido io, decidono ai piani alti». Che è precisamente il punto. Perché sul fine vita si sta consumando qualcosa di più di un incidente parlamentare. Gli azzurri del nuovo corso che ha ridimensionato Antonio Tajani, la vi-

vono come la loro prima prova di forza interna alla coalizione. Con la proposta di riaccelerare sulla giustizia ancora ferma al palo, un altro stop sarebbe letto come uno schiaffo. Soprattutto allo spirito garantista e liberal con cui Marina Berlusconi sta provando a caratterizzare il partito. **FRA.MAL.** —



BEPPINO ENGLARO

«Il fine vita?
Trent'anni fa
tutti contrari
Ora è diverso»

Stefano Zurlo

a pagina 12

«Erano tutti contro di me Ora il Paese è cambiato»

Fine vita, Englaro racconta gli anni di ricorsi e carte bollate per poter «lasciare andare» la figlia Eluana

Stefano Zurlo

Allora si trovò in mezzo al deserto. Si a?da proprio a questa immagine Beppino Englaro, il papà di Eluana. «Ci sono voluti 17 anni di ricorsi e carte bollate per lasciar andare Eluana, proprio come lei avrebbe voluto, ma è stato un periodo tormentatissimo e i primi quattro anni io e mia moglie li abbiamo vissuti dentro una bolla di solitudine e di so?erenza».

Englaro è in un letto di ospedale a Brescia: sono passati 35 anni dall'incidente che segnò nel 1992 il destino della ragazza ma lui non ha perso l'a?lata, intransigente e scabra combattività di un tempo: «Mi sembrava di impazzire, non trovavo interlocutori, tutti contro, a tutti i livelli. Poi il Comitato di bioetica aprì le porte: qualcuno si poneva delle domande, rispondeva ai miei quesiti, immaginava soluzioni. Oggi per fortuna, il Paese è cambiato, l'Italia è diversa da quella degli anni Novanta come il giorno dalla notte e c'è anche una legge

che ha recepito le istanze di Eluana».

Oggi si può staccare il sondino, ma ci sono anche le cure palliative e la sedazione profonda. Insomma, abbiamo voltato pagina, anche se molti fanno finta di non vedere e di non sapere. Englaro deve affrontare terapie non banali, ma non elude il tema che l'ha trasformato in una bandiera dei diritti individuali.

«Andai dal giudice tutelare e gli spiegai che Luana un anno prima di finire in coma aveva attraversato una situazione analoga: Alessandro, un suo caro amico, aveva avuto un incidente con la moto e si trovava in uno stato vegetativo. 'Se dovessi finire come lui mi aveva spiegato e rispiegato - non voglio rimanere in un letto un minuto di più. Voglio che sia riconosciuto il mio diritto a morire'. Un diritto costituzionale, aggiungo da padre. E se non avessi cercato di venire incontro ai suoi desideri avrei avuto ribrezzo di me

stesso».

Oggi siamo in un'altra Italia. Più disinvolta, laicizzata e forse più fragile, più scettica e meno sicura. «Oggi si parla di nuovi diritti, che nella Costituzione non ci sono, diritti per me giusti e sacrosanti. La politica è in

ritardo, oggi come allora, ma la politica alla fine esprime lo stato d'animo di una nazione e certe preclusioni, certi diktat, certe requisitorie che accompagnarono la mia battaglia non ci sono più. Credo che alla fine la società si porterà dietro la politica E alla fine in un modo o nell'altro si arriverà a un testo condiviso».

Anche se le norme del 2017, oscurate nel dibattito attuale, o?rono già quasi tutto quel che serve all'ultima frontiera. Non ci sono più nemmeno le contrappo-



sizioni ideologiche fra destra e sinistra, semmai opinioni divergenti e dubbi sparpagliati come coriandoli dentro le stesse coalizioni.

Certezze e mistero. Englaro sospira: «La mia religione è la Costituzione. E io volevo solo che fossero rispettati i diritti di Eluana. Eppure anche davanti a un decreto immediatamente esecutivo della Corte d'appello che ordinava di sospendere l'alimentazione forzata e l'idratazione di

Eluana, Berlusconi provò a fermare la decisione. E pure Giorgia Meloni, con un'intervista che non apprezzai per nulla, contestò la decisione della magistratura. Ancora una volta si toglieva la voce a Eluana».

Poi arrivò Napolitano e il resto è storia. Altro sospiro affacciato sull'infinito: «Le suore Misericordine sapevano che Eluana non sarebbe rimasta nella loro struttura un minuto più del necessario, ma quando arrivò

il momento mi suggerirono di lasciarla con loro. Dissi di no, ma devo loro la mia riconoscenza».

i punti

1.

Requisiti necessari

La sofferenza intollerabile; la prognosi infausta; la dipendenza da un sostegno vitale; la capacità di intendere e di volere del paziente

2.

Il nodo del Ssn

Punto controverso il ruolo del Servizio sanitario. Per il centro-destra è preposto a dare la vita e a proteggerla, non a toglierla

3.

Superare le Regioni

Già ora la Corte costituzionale consente alle Regioni di agire senza sovrapporsi allo Stato. Si chiede quindi una legge che superi le Regioni



Enrico Costa

«Sul testo un accordo è possibile ma Fi non farà mai inciuci con il Pd»

Il capogruppo azzurro: «Serve una normativa nazionale, le linee guida le ha date la Consulta»

Anna Maria Greco

Roma Enrico Costa è capogruppo dei deputati di Forza Italia da un mese appena e già prende di petto uno dei temi più difficili, soprattutto per un partito di centro come il suo: quello dell'eutanasia, ora ribattezzata fine vita. Le sue dichiarazioni dicono chiaro che stavolta gli azzurri vogliono portare tutto il centrodestra ad approvare una norma che affronti il problema, con l'appoggio di almeno una parte della minoranza, venendo incontro ai tanti richiami della Consulta.

Onorevole Costa, Fi spinge per arrivare a una legge sul fine vita dopo 3 legislature in cui finisce nel cassetto. È il primo segnale del nuovo corso liberal sui diritti civili auspicato anche dalla famiglia Berlusconi?

«Noi rivendichiamo il merito di aver rimesso il tema del fine vita al centro dell'agenda politica. Il parlamento deve assumersi la responsabilità di intervenire. "Non decidere" per noi non è un'opzione».

Si tratta di una norma molto divisiva: come pensate di mettere d'accordo i cattolici tradizionalisti del centrodestra con la sinistra di Bonelli?

«Riteniamo che sul fine vita ci sia un vuoto

legislativo nazionale che non può essere colmato da una molteplicità di leggi regionali diverse. Non è accettabile un caos normativo che produce confusione e delega le decisioni alla magistratura. Le proposte sul fine vita Fi le ha presentate fin dall'inizio della legislatura. Abbiamo lavorato con il nostro senatore Pierantonio Zanettin a un testo unificato, che è stato adottato in Commissione. La strada maestra è il voto degli emendamenti su quella proposta e poi l'esame in aula. È un tema delicato che va affrontato in modo equilibrato».

Quali sono i veri scogli sul fine vita, cioè a che cosa dovrà rinunciare uno schieramento e a che cosa l'altro?

«Abbiamo un perimetro ben definito dalle sentenze della Corte Costituzionale, che ha disegnato i confini su cui definire l'intervento normativo: una persona affetta da una patologia irreversibile e fonte di sofferenze fisiche o psicologiche, che trova assolutamente intollerabili, la quale sia tenuta in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale, ma resti capace di prendere decisioni libere e consapevoli. Sicuramente un tema sul tavolo è quello del Servizio Sanitario Nazionale».

Ci sono i tempi per un'approvazione in questa legislatura?

«I tempi ci sono, e noi di Fi ci siamo impegnati perché il Senato, dopo un lungo stallo, torni a discutere».

Che cosa risponde a chi sospetta che questa sia una prova di accordo futuro con il Pd?

«Ma quando mai! Chi fa queste insinuazioni prova a svilire la nostra posizione liberale su un tema così delicato, sul quale peraltro ci sarà libertà di coscienza».



L'esame
Sulla proposta che arriverà in aula ci sarà libertà di coscienza per i parlamentari



Infezione grave ma non pandemica L'Europa ha saputo reagire bene

La virologa: va evitato il diffondersi dell'allarmismo e della paura

di **Ilaria Capua**

Sono molti anni che frequento i laboratori di virologia e che studio i virus con un misto di meraviglia e di inquietudine, sentendomi piccina piccina al loro cospetto. Per questo ne scrivo anche per un pubblico che, di virus, proprio non vorrebbe sentir parlare — nella speranza di creare po' di consapevolezza anche sugli strumenti di lotta che abbiamo. Forse, anche a causa di ciò, ho sviluppato una certa insofferenza agli allarmismi facili che non fanno altro che alimentare la sindrome di Pierino ed il lupo e spaventare le persone.

Dal Covid in poi, ogni volta che compare sulla stampa la parola «virus», sembra scattare automaticamente la connessione alla parola «pandemia» e da lì parte la giostra della paura, della sfiducia nelle istituzioni e, non ultimo, quella del complottismo. Le cose però non funzionano così. E l'Hantavirus è un esempio perfetto di come la realtà sia più complessa — e molto meno apocalittica — di quanto si stia raccontando.

L'Hantavirus non è un virus con potenziale pandemico:

non è neanche incluso nella lista dei virus ad alto rischio della Organizzazione Mondiale della Sanità.

È un'infezione rara, però grave; generalmente non è contagiosa. L'hantaviriosi è causata da una famiglia di virus che ha come serbatoio principale i roditori e che, quando arriva all'uomo, lo fa attraverso l'inalazione di feci o urine di topo essiccate che rilasciano nell'aria (ad esempio quando si spazza con una scopa) particelle virali infettanti. Il contagio interumano avviene, molto raramente, soltanto con la variante Andes e, di certo, non attraverso le strette di mano oppure parlando con qualcuno per strada. È necessario un contatto prolungato e molto ravvicinato: in sintesi, non basta un viaggio in metropolitana. Insomma, nulla a che vedere né con il Covid né con l'influenza o il morbillo.

Gli «spillover», cioè i salti di specie, sono eventi noti e studiati e avvengono costantemente. La rabbia, virus letale al 100% in assenza di vaccinazione o interventi post contagio, provoca la morte — preceduta da grande sofferenza — di oltre 55 mila persone l'anno, di cui la metà bambini. Arriva anch'essa dagli animali e, pensate, è una malattia che si può prevenire attraverso la vaccinazione degli animali che la

trasmettono. La rabbia, però, non fa mai notizia.

Casi di infezione da Hantavirus si verificano in Paesi del nuovo e del vecchio mondo da decenni, e neanche questi fanno notizia. Dall'Argentina alla Finlandia fino agli Stati Uniti — come nel caso della comunità Navajo duramente colpita negli anni '90. Questi episodi non sono mai stati l'inizio di una ondata di contagi e il recente episodio della nave da crociera MV Hondius rientra in questa categoria: un evento isolato, circoscritto, che non cambia il quadro generale.

Mi soffermo su questa peculiarità, ovvero il fatto che il focolaio si è verificato su una nave, per interrogarmi su di un controsenso: se i focolai di Hantavirus variante Andes che conosciamo — e che si sono verificati sulla terraferma — non si sono espansi, perché mai dovrebbe essere rischioso per la popolazione mondiale un focolaio in mezzo al mare? Oltre al vantaggio del numero molto limitato di persone che si sarebbero potute infettare, perché è partita un'ondata di preoccupazione quando si sono visti gli operatori sanitari con le tute da biosicurezza? Ci troviamo invece nella migliore condizione possibile: addirittura c'è stata la gestione del singolo caso, di per sé impensabile per molte malattie infet-

tive.

D'altronde ci sta che oggi ogni segnale venga amplificato: veniamo da anni in cui un virus ha trasformato il mondo e stravolto le nostre vite. Proprio per questo, però, dovremmo fare un utilizzo migliore degli strumenti che abbiamo acquisito, a partire dalla capacità di distinguere i rischi reali da quelli percepiti, per evitare che si diffonda un altro virus davvero pericoloso: il virus della paura.

La buonissima notizia è che la macchina europea ha funzionato. I sistemi di sorveglianza hanno intercettato il caso, i pazienti sintomatici sono stati ricoverati e i contatti posti in isolamento. Nei canali affidabili le informazioni sono circolate rapidamente e le autorità hanno risposto in modo coordinato. È esattamente ciò che ci aspettiamo da un sistema che crede e investe nella salute pubblica. L'Europa avrà certamente dei difetti ma ci dimostra di credere e attivarsi per i suoi valori. Merce rara di questi tempi.

Gli «spillover»

I salti di specie non sono affatto rari: di rabbia, ad esempio, muoiono ogni anno 55 mila persone

Chi è



● Ilaria Capua, classe 1966, romana, è una virologa, divulgatrice scientifica e scrittrice



È possibile positivizzarsi anche dopo molti giorni Solo chi ha i sintomi può essere contagioso

Il periodo di incubazione può arrivare fino a 6 settimane

1 Le persone negative all'Hantavirus nei test effettuati in questi giorni in Italia e all'estero potrebbero ancora positivizzarsi?

Sì, anche se la probabilità è bassa. È corretto tenere i contatti a rischio in isolamento o quarantena per 6 settimane, come stabilito dal Ministero della Salute in Italia. Non basta monitorare la comparsa dei sintomi nei contatti a basso rischio: serve più cautela per via della mortalità elevata descritta per l'Hantavirus (di circa il 30%).

2 Esistono gli asintomatici da Hantavirus? Persone contagiate senza sintomi che possono trasmettere l'infezione?

Per quel che sappiamo oggi, il virus può sicuramente essere trasmesso nella fase sintomatica. Non possiamo però escludere che in alcuni casi il contagio possa avvenire anche nella fase pre-sintomatica. Al momento, invece, non è stata dimostrata la presenza di asintomatici contagiati.

3 In caso di contagio, dopo quanto inizia la positività nel sangue o al tampone?

Certamente quando compaiono sintomi. Sebbene la contagiosità nel periodo pre-sintomatico non sia stata dimostrata, in alcuni casi è stata osservata una positività al test poco prima della comparsa

dei sintomi. Per questo l'Ecdc ora raccomanda di rintracciare tutti i contatti dei positivi risalendo ai «due giorni» precedenti la comparsa dei sintomi, anche se la massima contagiosità si ha nella prima fase della malattia sintomatica.

4 I casi potrebbero aumentare ancora?

Sì, perché il periodo di incubazione può arrivare fino a 42 giorni, anche se è più probabile che i sintomi compaiano entro 4 settimane. La sorveglianza dovrebbe terminare intorno al 6 giugno, considerando anche gli ultimi contatti a rischio conosciuti, che sarebbero avvenuti il 25 aprile sul volo Johannesburg-Amsterdam, su cui era brevemente salita la donna olandese poi deceduta in Sudafrica.

5 Tutti i casi positivi traggono origine dalla nave Hondius?

Tutti i casi di positività riguardano per ora passeggeri della nave. Dopo il «caso indice», l'olandese morto l'11 aprile, ci sono stati i contagi «di seconda generazione»: la moglie (deceduta) e gli altri passeggeri che si sono ammalati (inclusa la tedesca morta il 2 maggio). Le altre persone monitorate sono i contatti di «terza generazione»: soggetti che hanno volato con i passeggeri della nave o li hanno incrociati.

6 Ci sono casi che potrebbero sfuggire?

In presenza di un virus che conosciamo relativamente poco, è bene aumentare la prudenza e isolare i contatti a rischio per le 6 settimane, è l'unica misura valida per evitare che possano sfuggire persone infette.

7 Il focolaio sulla nave è stato un caso particolarmente sfortunato o l'Hantavirus potrebbe diventare un problema?

Sicuramente le circostanze sono state molto sfortunate: il passaggio del virus da topo a uomo non è molto frequente, anche se c'è stato negli ultimi mesi un aumento di casi in Argentina, ma il virus finora non è mutato e nell'uomo ha provocato brevi catene di trasmissione. Il rischio per la popolazione generale resta per ora molto basso.

**Ha collaborato Giovanni Rezza, professore straordinario di Igiene e sanità pubblica all'Università Vita-Salute San Raffaele di Milano.*

**Laura Cuppini
Silvia Turin**



Domande e risposte

Perché non ci sarà un'altra pandemia

PAOLORUSSO

Cosa sappiamo dell'Hantavirus?

Che è noto dai tempi della guerra di Corea, negli Anni 50, mentre il ceppo andino, che si trasmette da uomo a uomo, è stato scoperto nel 1978. Ma i casi sono rari, per cui è stata fatta poca ricerca scientifica, anche se sappiamo che ha un'alta letalità ed è meno facilmente trasmissibile del Covid.

Cosa lo rende insidioso?

Il fatto che abbia una letalità tra il 30 e il 40% e un periodo di incubazione lungo, fino a un massimo di 42 giorni, il che rende difficile tracciare tutti i contatti a rischio di propagare l'infezione, anche se nella fase asintomatica si è poco o per nulla contagiosi.

Cosa fa sì, invece, che non possa scatenare una nuova pandemia?

Il fatto che abbia una trasmissibilità bassa, pari a uno, ossia che ogni persona ne infetti mediamente un'altra. Basti pensare che il Co-

vid aveva un indice di 3 e che sotto l'uno un virus si estingue da solo. Inoltre il fatto che la trasmissione avvenga quasi solo da parte di soggetti sintomatici rende più agevole il tracciamento dei contatti a rischio.

Come si può capire se stiamo covando l'infezione?

All'inizio i sintomi sono quelli comuni a quasi qualsiasi sindrome febbrile: dolori muscolari, difficoltà respiratorie, problemi gastrointestinali. Certo, se questi si manifestano dopo un contatto a rischio accertato sarà bene fare il test.

Come si trasmette l'infezione?

Principalmente attraverso il contatto con urina, feci o saliva di roditori infetti o toccando superfici contaminate. Mentre la trasmissione da uomo a uomo è, fino a oggi, documentata solo per il ceppo andino del virus e si verifica per via respiratoria dopo contatti ravvicinati e prolungati.

È quindi escluso che possa

trasmettersi anche dal contatto con una persona contagiata ma asintomatica?

Anche se è ritenuto improbabile, la Società internazionale di ricerca sugli Hantavirus (Ish) invita alla prudenza. «La tempistica precisa della contagiosità rimane ancora da definire completamente. Sebbene i pazienti sintomatici rappresentino probabilmente il gruppo a più alto rischio - precisano i suoi esperti di questo virus - le ricostruzioni dell'epidemia disponibili non supportano affermazioni eccessivamente categoriche secondo cui la trasmissione può verificarsi solo dopo la comparsa di sintomi evidenti».

I topi delle nostre città possono trasmettere il ceppo andino dell'Hantavirus?

No, perché questo virus viaggia soltanto attraverso i roditori del Sud America, mentre alcuni ceppi non trasmissibili da uomo a uomo circo-

lano nell'Europa centro-settentrionale e nei Balcani. I sintomi della malattia trasmessa dai roditori europei sono comunque diversi perché provocano sindromi renali anziché respiratorie.

Esiste una cura?

No, si possono solo usare farmaci che alleviano i sintomi. Moderna ha già iniziato la ricerca di un vaccino, che è ancora nella fase pre-clinica. —





Servizio Gli scenari del virus

Hantavirus: cosa dicono i numeri e perché l'attenzione resta alta fino a inizio giugno

La buona notizia è che finora tutti gli undici contagi sono passeggeri della nave focolaio Hondius, cosa che confermerebbe la bassa contagiosità

di Marzio Bartoloni

13 maggio 2026

Prima di tutto i numeri: restano complessivamente undici i casi di contagio da hantavirus finora notificati all'European Centre for Disease Prevention and Control (Ecdc), di cui otto confermati, due probabili e uno non conclusivo. Dall'ultimo aggiornamento non sono stati segnalati nuovi casi o decessi. Numeri, questi, che includono anche le tre persone uccise dal virus. Il rischio per la popolazione europea resta - ribadiscono gli Ecdc - "molto basso".

La buona notizia è che finora tutti gli undici contagi sono passeggeri della nave focolaio Hondius, cosa che confermerebbe la bassa contagiosità del virus noto da anni e che avviene solo con un contatto prolungato come è stato nel caso dei passeggeri della crociera durata oltre un mese. Dunque cosa aspettarsi e fino a quando l'allerta va tenuta alta?

Le date da ricordare e i tempi di incubazione

Per capire lo scenario che si prospetta bisogna partire dalle date della crociera focolaio. Calendario alla mano ecco le date principali: il 6 aprile scorso il paziente zero, un cittadino olandese di 70 anni, si ammala a bordo della nave: presenta febbre, mal di testa e lieve diarrea. L'11 aprile l'uomo olandese accusa difficoltà respiratorie e muore a bordo. La causa del decesso non viene determinata nell'immediato. Il 24 aprile il corpo dell'uomo viene sbarcato sull'isola di Sant'Elena, insieme alla moglie e una ventina di altri passeggeri, mentre il 25 aprile la donna olandese, che presenta sintomi di malessere, prende un volo di linea da Sant'Elena al Sudafrica con 88 passeggeri e membri dell'equipaggio. Il 26 aprile la donna olandese muore in Sudafrica collassando in aeroporto dopo aver tentato di imbarcarsi su un volo Klm da Johannesburg ad Amsterdam per tornare a casa. Queste date vanno incrociate con i tempi di incubazione del virus che sono fino a sei settimane (42 giorni)

Le quarantene e le date da cerchiare

L'Oms già dai primissimi giorni dell'allarme ha spiegato che nonostante la bassa contagiosità è probabile che ci saranno altri casi, in particolare tra i 180 passeggeri della crociera o tra i loro contatti, in particolare della donna che ha volato da Sant'Elena a Johannesburg. Ma quanti potrebbero essere e quando potrebbero comparire? Difficile fare stime precise ma le date da cerchiare, in base ai tempi di incubazione, sono quindi quelli dei giorni di fine maggio e inizio giugno. Il turista britannico che aveva viaggiato sullo stesso volo della donna olandese deceduta a Johannesburg rimarrà a esempio in isolamento a Milano - in base ai 42 giorni di quarantena - fino al 6 giugno.

A confermare il fatto che bisogna tenere alta l'allerta almeno per i prossimi 20-25 giorni è anche l'epidemiologo Gianni Rezza: "Se effettivamente i casi che si stanno verificando sono stati acquisiti tutti sulla nave da crociera, il contagio si spiega facilmente: in una nave si vive praticamente insieme. Poi non si può escludere qualche ulteriore contagio, soprattutto ci può essere qualche timore per quanto avvenuto sull'aereo che ha volato da Sant'Elena a Johannesburg, in quello da Johannesburg ad Amsterdam la signora contagiata è stata poco tempo. Se si fanno le cose per bene bisognerà aspettare alcuni giorni, fino a fine maggio, il tempo di incubazione purtroppo per questo virus è lungo"

Il rischio di mutazioni è basso, virus stabile

Insomma bisogna stare con gli occhi aperti almeno fino a fine maggio o inizio giugno, ma non c'è un allarme tale per cui bisogna essere preoccupati: se è giusto che le autorità sanitarie siano vigili è anche vero che l'hantavirus non è mutato e sono rari i focolai epidemici anche se purtroppo è molto aggressivo. Certo c'è sempre il rischio di possibili mutazioni dell'hantavirus, come sottolinea anche Andreas Hoefler, esperto di microbiologia ed epidemiologia molecolare del Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ecdc). "I virus - spiega - possono mutare nel tempo, ma al momento non ci sono motivi per pensare che questo sia mutato per diventare più trasmissibile. Ciò che stiamo osservando sia dal punto di vista epidemiologico che microbiologico suggerisce che il virus si stia comportando come di consueto".

Rezza chiarisce che il fatto che l'Hantavirus muti o non muti "non è noto. In alcuni pazienti è stato sequenziato e appartiene al gruppo delle Ande, leggermente diverso dal focolaio dell'Argentina e per ora del tutto stabile. Al momento dunque non sono emerse mutazioni tali da cambiare le caratteristiche di contagiosità. E' stabile perché è endemico nella popolazione di alcuni topi che si trovano soprattutto in Argentina: quando un virus sta nel suo 'serbatoio naturale' tende a non mutare".

MEDICINA DI GENERE LABORATORIO IN CRESCITA

CARLA MASSI

L'inversione di tendenza nell'approccio diversificato alle malattie è cominciata una decina di anni fa. C'è molta strada da fare ma si tratta di una rivoluzione riscontrabile e che segna un successo. Dall'introduzione del test Hpv alla consapevolezza sull'endometriosi. E gli studi ad hoc sono più che triplicati

4mila.

LE SPERIMENTAZIONI

La vera rivoluzione, dunque, è iniziata nel 2015 ma, alle spalle, ha anni e anni di lavoro nei laboratori di ricerca e nella pratica cli-

L

a vera rivoluzione è cominciata poco più di dieci anni fa. E, a quanto dicono i ricercatori, è solo l'inizio. Basta digitare la parola chiave "salute della donna" (woman health) su PubMed, il principale database sui temi della Medicina, per rendersene conto. Nel 2015 risultavano pubblicati 35.945 articoli, mentre nel 2025 il numero è salito a circa 68mila. Focalizziamoci sull'Italia: le pubblicazioni erano 1.312 nel 2015 e sono più che triplicate nel 2025, raggiungendo le

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA



nica. Più di venti. Per spiegare quale fosse la condizione della donna nel campo delle sperimentazioni di farmaci piuttosto che nella diagnostica finché non è stata data un'accelerata alla Medicina di genere basta leggere queste poche righe dell'Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri: "Immaginate, lettori uomini, di entrare nel vostro negozio di vestiti preferito e girando tra gli scaffali di notare che gli abiti sono di taglia, misura, tessuti non pensati per voi: sono adatti a una statura e corporatura più piccola e tarati su fattezze femminili. Insomma, qualcosa vi andrà pure bene ma non sarà semplice trovare qualcosa fatto proprio per voi. Alle donne accade qualcosa di molto simile con i farmaci e la medicina".

Ecco perché si può parlare di inversione di tendenza anche se il cammino è ancora lungo e i rallentamenti sono sempre in agguato. Nel 2018, è stato istituito il *Sistema nazionale linee guida*, il primo Paese in Europa. Nel testo, oltre alle raccomandazioni legate alla salute al femminile, relative agli ambiti dell'oncologia ginecologica e senologica, della salute riproduttiva, della ginecologia e uro-ginecologia e della gravidanza e percorso nascita, troviamo più studi su cardiologia, tumori, strategie di prevenzione, malattie autoimmuni, diabete ed effetti delle vaccinazioni

I PROGRESSI

Il Centro di Medicina di genere dell'Istituto superiore di sanità evidenzia anche che progressi sono stati fatti in questi anni, in termini di salute al femminile e prevenzione, con l'introduzione del test Hpv per il tumore al collo dell'utero, che ha sostituito gradualmente il Pap-test nelle donne di età superiore ai 30 anni in molte Regioni. C'è stata inoltre una crescita della consapevolezza sull'endometriosi, con più iniziative per la diagnosi precoce e il riconoscimento della patologia come malattia cronica.

«I fattori di rischio a cui la popolazione femminile è esposta e le condizioni di salute della donna sono strettamente dipendenti dalle diverse fasi della vita, più di quanto lo siano per gli uomini: investire nella ricerca è essenziale per far emergere fenomeni ancora sottostimati o poco visibili che influenzano questi aspetti – ha spiegato Luca Busani, dirigente di Ricerca del Centro di Medicina di genere, dell'Istituto Superiore di Sanità nel corso dell'incontro "Salute delle Donne: Benessere presente, Crescita futura" organizzato da Teha The European House-Ambrosetti – Quando parliamo di salute, non possiamo poi ignorare le differenze di sesso e genere anche in termini di

prescrizioni e terapie. Le donne continuano a ricevere più farmaci, ma sperimentano maggiori effetti avversi e difficoltà a seguire le indicazioni terapeutiche. Oggi la longevità in buona salute rappresenta soprattutto una sfida femminile, molto complessa da affrontare e che richiede una gestione strutturale».

In Italia, come in molti altri Paesi occidentali, nonostante le donne vivano più a lungo degli uomini, l'aspettativa di "vita sana" è equivalente tra i due sessi. Nonostante la maggiore longevità, le femmine (in media 5-6 anni) tendono a trascorrere più tempo in condizioni di cattiva salute o con patologie croniche. Questo fenomeno, definito "paradosso della salute femminile", comporta una maggiore prevalenza di malattie non mortali ma invalidanti.

LA QUALITÀ

Punto di partenza del Rapporto Teha resta il concetto che la Medicina di genere, prima ancora che una questione di equità, rappresenti "un tema di appropriatezza clinica e qualità scientifica". E si riferisce alle diverse criticità che vengono definite come frutto di un sistema di conoscenza e ricerca per lungo tempo "androcentrico". Fatto di ritardi diagnostici, maggiori assenze dal lavoro, effetti collaterali più frequenti che nell'uomo.

Non è solo della donna adulta che si occupa la Medicina di genere. Tanto che, per arrivare a un piano strategico di programmazione, sia di ricerca che clinica, si è cominciato a lavorare anche sulle differenze delle malattie tra i sessi fin dall'infanzia. Già in utero, peraltro, la placenta si comporta diversamente: nelle femmine produce più anticorpi, nei maschi attiva geni dell'infiammazione. I nati maschi pretermine hanno maggiori probabilità di complicanze respiratorie rispetto alle femmine. Proprio dalla Società italiana di Pediatria è arrivata la prima Guida alle differenze di genere nei bambini.

LA PUBERTÀ

"Diversi sin dalla nascita – informa la guida – maschi e femmine non sono uguali di fronte alla salute e le differenze riguardano sia la prevalenza di patologie, sia la rispo-



sta alle terapie, sia la prognosi. Alcune si manifestano già nelle prime età della vita, altre diventano più evidenti dopo la pubertà e in età adulta. Così se i neonati maschi hanno un rischio doppio di avere una forma grave di bronchiolite rispetto al sesso femminile, la possibilità di andare incontro a una pubertà precoce è da 10 a 20 volte superiore nelle bambine rispetto ai bambini. E ancora, la scoliosi ha una prevalenza

sino a 7 volte maggiore nelle ragazze, mentre i disturbi dello spettro autistico sono 4 volte più frequenti nei maschi”.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I FATTORI DI RISCHIO
DIPENDONO
DALLE DIVERSE FASI
E DALL'ETÀ
PIÙ PER LE FEMMINE
CHE PER I MASCHI

I numeri



IL PARADOSSO:
SE LEI VIVE DI PIÙ,
SI EQUIVALE INVECE
L'ASPETTATIVA
DI INVECCHIARE
N BUONE CONDIZIONI



fascia di età
in cui la donna prende
più farmaci dell'uomo

20-64 anni

EFFETTI NEGATIVI DEI FARMACI



di probabilità in più
per la donna



PUBERTÀ PRECOCE

10-20 volte

di probabilità
in più per la donna



SCOLIOSI

7 volte

di probabilità
in più nella donna

TUMORE DELLA TIROIDE

2-4 volte

più frequente
nella donna



Wolff



IL COLLOQUIO **CARLA VITTORIA MAIRA**

«LA PREVENZIONE È UN ITINERARIO DI VITA UNA ROTTA SICURA»

La vicepresidente di Fondazione Atena, alla guida di Atena Donna «La cura di sé non va mai considerata come un gesto sporadico» E dopo Fiume in rosa e Giornata della salute, tappa in Ita Airways

VALENTINA ARCOVIO

L

a prevenzione femminile non è un appuntamento temuto da segnare sul calendario, né un semplice obbligo burocratico: è, prima di tutto, un atto d'amore verso la vita. Da questa consapevolezza radicale muove i passi l'azione della Fondazione Atena, che da oltre vent'anni lavora per trasformare il concetto di salute in una cultura condivisa e accessibile. Sotto l'impulso di Carla Vittoria Maira, vicepresidente della Fondazione e presidente di Atena Donna, la cura di sé ha smesso di essere un concetto astratto per tradursi in azioni cliniche e sociali concrete, capaci di mobilitare migliaia di persone.

C'è un'immagine potente che racconta questo impegno e che ogni anno attraversa l'Italia come un rito di rinascita: un nastro rosa che si scioglie tra le correnti dei fiumi, da Nord a Sud, trasformando l'acqua in un veicolo di speranza e consapevolezza. Non si tratta soltanto di un evento coreografico, ma del battito pulsante di una missione che ha radici profonde nella Capitale e rami che ormai abbracciano l'intero terri-

torio nazionale. «Prendersi cura della propria salute è una priorità assoluta che quest'anno evolve ulteriormente, staccandosi dalle sponde dei fiumi per prendere simbolicamente il volo verso nuovi orizzonti», dichiara Maira.

LE INIZIATIVE

Il successo travolgente di iniziative storiche come il "Fiume in Rosa" e la "Giornata nazionale per la salute della donna" ha ampiamente dimostrato che la mobilitazione femminile rappresenta un motore sociale inarrestabile. «Oltre quaranta città italiane hanno visto le donne scendere in acqua, unite da un unico colore, per ricordare a se stesse e al mondo che la prevenzione è un percorso che non può essere rimandato», racconta Maira.

Tuttavia, proprio perché la prevenzione è un organismo vivo, essa deve cambiare forma per restare efficace. Da questa esigenza nasce "Destinazione

Prevenzione", il nuovo ambizioso capitolo della Fondazione Atena che debutterà ufficialmente a fine maggio. «Questo progetto – spiega la presidente di Atena Donna – segna un fondamentale cambio di paradigma, intendendo la salute a 360° come un itinerario di vita, una rotta sicura da seguire con co-

stanza e determinazione».

A inaugurare questa nuova stagione sarà il percorso intitolato "Volo e benessere, stessa rotta", reso possibile grazie alla collaborazione con Ita Airways. La nuova rotta tracciata da Atena Donna non si limita però ai simboli, ma si poggia su basi scientifiche di altissimo profilo. Il viaggio di "Destinazione Prevenzione" vedrà infatti il contributo attivo di alcuni dei più importanti luminari del settore, offrendo ai cittadini strumenti reali di diagnosi e conoscenza.

Il percorso inizierà approfondendo l'ambito della Scienza dell'alimentazione con il contributo di Pierluigi Rossi, specialista in Medicina preventiva, per esplorare il legame inscindibile che esiste tra lo stile di vita alimentare e la nostra longevità biologica. Successivamente, lo sguardo si amplierà verso la dermatologia insieme

a Steven Nisticò, per monitorare la salute della pelle come organo spia del benessere complessivo, e verso la cardiologia grazie all'intervento di Valerio



Sanguigni. Quest'ultimo aspetto risulta particolarmente cruciale, poiché è ormai scientificamente accertato che il cuore delle donne batte con ritmi e necessità differenti rispetto a quello maschile, richiedendo un'attenzione specifica che la medicina tradizionale ha spesso trascurato.

«La prevenzione – sottolinea Carla Vittoria Maira – non deve mai essere considerata un gesto isolato o un evento sporadico, ma deve essere intesa come un percorso continuo fatto di tappe successive e di azioni concrete che si sedimentano nel tempo».

IL PROGETTO

Mentre i progetti itineranti portano la prevenzione nelle

piazze, nei fiumi e negli aeroporti, a Roma si è tagliato un traguardo importante. Lo scorso 4 novembre è stata infatti siglata una data storica per la sanità: la firma del protocollo d'intesa tra la Asl Roma 1 e la Fondazione Atena ha sancito ufficialmente il rilancio del Centro per la salute della donna Sant'Anna. «Situato nel cuore pulsante della Capitale, il Sant'Anna si candida a diventare il punto di riferimento per la Medicina di genere», spiega Maira. «Non si tratta semplicemente di un presidio ospedaliero dedicato alle donne, ma di una struttura all'avanguardia – conclude – che sarà dedicata a tutti gli aspetti sanitari della donna, in cui ogni malattia verrà affrontata con protocolli dia-

gnostici e terapeutici realizzati con la visione delle peculiarità del sesso femminile e della Medicina di genere. Da questo punto di vista il Sant'Anna si pone come realtà unica in Italia».

È il tassello finale di un mosaico complesso che vede la Fondazione Atena impegnata su ogni fronte della prevenzione e della cura delle donne: dall'intuizione originaria del 2015 a oggi, un filo rosa che unisce le donne verso una nuova rotta del benessere. Perché la prevenzione, pur cambiando forma, resta sempre il cuore del viaggio.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

A ROMA IL RILANCIO
DEL SANT'ANNA
«UNA STRUTTURA
ALL'AVANGUARDIA
NELLE PECULIARITÀ
FEMMINILI»



Carla Vittoria Maira,
presidente di Atena Donna
e vicepresidente di
Fondazione Atena



L'ESPERTA ANNA MARIA MORETTI

«SCREENING MIRATI I FATTORI DI RISCHIO SONO DIFFERENZIATI»

La pneumologa prima italiana presidente dell'Igm:
«L'intelligenza artificiale deve favorire
la raccolta di dati in ottica sesso-genere specifica»

MARIA PIRRO

Direttrice di pneumologia all'ospedale Santa Maria di Bari, Anna Maria Moretti è la prima italiana alla guida dell'Igm, la Società internazionale di medicina di genere, «che non si occupa più solo di medicina della donna, limitandosi a valutare le differenze di tante malattie, nelle manifestazioni cliniche, tra maschi e femmine» premette.

Cosa si intende oggi per medicina di genere?

«Il concetto è passato dall'esclusiva considerazione dei parametri biologici quali il sesso, l'età, l'etnia, le risposte ai farmaci, la comorbidità, alla valutazione più complessa di indicatori di contesto: le condizioni sociali, economiche, ambientali, la religione, il livello di istruzione, l'organizzazione sanitaria».

Cosa sta emergendo attraverso questi fattori?

«Si possono valutare rischi e bisogni, accesso a percorsi di cura ed esiti delle malattie. Oggi è evidente che i dati di mortalità variano a seconda del livello socio-economico della popolazione in esame: nei Paesi meno sviluppati è descritto un rapporto diretto fra decesso e malattie in-

fettive (Hiv, tubercolosi, malaria, gastroenteriti, broncopolmoniti) a differenza dei Paesi sviluppati dove incidono soprattutto malattie croniche (diabete, scompenso cardiaco, broncopatie, patologie gastroenteriche e malattie oncologiche). E, in generale, più è precaria la situazione socio-economica tanto peggiore lo stato di salute».

Quanto incide la questione ambientale?

«In particolare, le donne vivono in aree urbane industriali o ad alta densità di traffico, possono

essere vulnerabili agli effetti dell'inquinamento atmosferico: recenti ricerche evidenziano un crescente interesse scientifico sul ruolo dei fattori ambientali nell'insorgenza ed evoluzione di malattie autoimmuni, capaci di agire come stimolo infiammatorio in soggetti predisposti».

Conseguenze?

«In qualsiasi ambiente non considerare indicatori appropriati riduce l'efficacia di interventi e cure. Ecco perché il ruolo degli urbanisti è fondamentale, in termini di contributo alla medicina di genere, per definire città che tengano conto di questi parametri, spazi adeguati a specifiche esigenze».

Restano, naturalmente, differenze tra uomo e donna anche nelle abitudini.

«Al di là di genetica e ormoni, il

fumo è più diffuso tra gli uomini ma in aumento tra le donne. Quanto all'alimentazione i maschi bevono più alcolici mangiano più spesso fuori casa, preferiscono il gusto dolce; le femmine rispettano gli orari standard dei pasti e privilegiano il salato. Ma per entrambi il rischio di obesità dipende anche da quantità e grassi consumati, e l'impatto determinato dai chili in eccesso non è lo stesso».

Questo emerge da ricerche recenti?

«Le riviste scientifiche internazionali richiedono più spesso una valutazione di sesso-genere negli studi e questo diventa uno stimolo per i ricercatori. Ma serve pure più formazione del personale sanitario e coinvolgere i cittadini attraverso campagne di comunicazione mirate».

Primo messaggio?

«Conoscere i fattori di rischio, differenziati tra uomo e donna, permette prevenzione e assistenza migliori. È fondamentale l'attenzione agli screening, che devono essere formulati in ottica di genere».

Cos'altro suggerisce?

«La medicina di genere deve essere sostenuta dalla telemedicina, per raggiungere popolazioni più svantaggiate e isolate, e dall'intelligenza artificiale che deve favorire la raccolta di dati in ottica sesso-genere specifica».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'ESPERTA **ANNAMARIA COLAO**

«L'ASSETTO ORMONALE INFLUISCE SU TUTTO CAMBIANO I PARAMETRI»

L'endocrinologa vicepresidente del Ccs:
«La menopausa è un periodo lunghissimo che comporta malattie croniche sconosciute fino a 25 anni fa»

MARIA PIRRO

La donna non è “diversamente uomo”. Lo dice in ogni occasione Annamaria Colao, vicepresidente del Consiglio superiore di sanità e docente ordinario di Endocrinologia alla Federico II, sostenitrice di cure personalizzate: «Tutta la medicina andrebbe riscritta perché è stata disegnata sul sesso maschile».

Quali sono le differenze?

«L'assetto ormonale è decisivo, influisce persino sul cervello. Difatti, le donne soffrono di più di emicrania e depressione».

Perché?

«Proprio perché gli ormoni sessuali sono messaggeri chimici importanti, ma sono diversi tra uomo e donna. Determinano reazioni diverse».

Sono diverse anche le stagioni della vita?

«La donna attraversa quattro fasi, l'uomo due, e solo la prima e l'ultima apparentemente si assomigliano: quella che precede la pubertà e l'arrivo della menopausa; il vero problema si ha con l'età fertile e, soprattutto, con la gravidanza, quando il corpo femminile si prepara a dare origine a un nuovo individuo e dovrebbe farlo senza banalizzazioni tipo “mangia per due...”».

Cosa accade durante la gestazione?

«Il cuore deve pompare più sangue, viene sottoposto a uno sforzo enorme, come dovesse scala-

re una montagna. Il sistema immunitario viene fermato dagli ormoni per evitare il rigetto dell'embrione, che ha metà patrimonio genetico di un altro essere umano, e alcune sue cellule restano in circolazione. Insomma, si ha una trasformazione, della stessa donna, senza possibilità di tornare indietro».

I cambiamenti ormonali consentono anche di valutare il rischio di ammalarsi?

«Il ciclo mestruale regolare è già di per sé un indicatore di buona salute: vuol dire che gli ormoni si comportano con coerenza nella quotidianità. E poi, il peso deve restare vicino a quello che si ha intorno ai 30 anni, con un Indice di massa corporea sotto i 25».

Dopo una certa età, però si tende a ingrassare...

«La menopausa è ormai un periodo lunghissimo che comporta malattie croniche sconosciute fino a 25 anni fa. Rappresenta uno tsunami per la donna che subisce la perdita degli ormoni ovarici e questo riduce anche la densità dell'osso, aumentando il tessuto adiposo con scompenso metabolico. Di qui i rischi legati a sovrappeso, diabete, tumori, problemi cardiovascolari e steatosi epatica».

Consigli pratici?

«Attenzione all'alimentazione e all'esercizio fisico. Da valutare una terapia ormonale sostitutiva».

Suggerimenti per i maschietti?

«Dalla pubertà gli uomini hanno un assetto ormonale stabile, ma tendono a trascurare la prevenzione».

Ecco spiegato perché le donne vivono più a lungo, nonostante le tempeste ormonali.

«Sono abituate a prendersi cura di tutta la famiglia, sopportano meglio il dolore, che comincia con le mestruazioni, e arrivano prima ad affrontare i problemi. Ma la vera differenza nell'aspettativa di vita dipende dal livello socio-economico».

Ma perché è così difficile raggiungere la parità di genere almeno nella ricerca scientifica?

«Proprio la ciclicità mestruale cambia continuamente tutti i parametri, rendendone laborioso lo studio: gli ormoni sono mediatori di questa complessità».

Si capisce perché è importante la medicina di genere, per meglio dire personalizzata.

«Difatti, i generi oggi non sono più solo due: la salute deve riguardare anche i transgender come gli omosessuali. Ogni essere umano è irripetibile, ha una storia a sé».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

«IL PESO DEVE RESTARE QUELLO CHE SI HA ATTORNO AI TRENT'ANNI»



IN 15 ANNI LE NASCITE ATTRAVERSO LA FECONDAZIONE
IN VITRO IN ITALIA **SI SONO QUINTUPLICATE**

IL DONO DI UN FIGLIO “GRAZIE” ALLA SCIENZA

Aumentano le coppie che si rivolgono alla procreazione medicalmente assistita. Uno dei massimi esperti in Medicina della riproduzione ci spiega i pro e i contro del percorso che mira ad aumentare l'ovulazione

di **Chiara Pelizzoni**

Nel 2005 i bambini nati da procreazione medicalmente assistita (Pma) di secondo livello, ovvero quella che prevede la fecondazione in vitro, rappresentavano lo 0,7% di tutte le nascite nazionali. Nel 2021 sono pari a 3,8%. Il numero si è quintuplicato ed è destinato a crescere, visto che dall'1 gennaio 2025, la Pma è stata inclusa nei Livelli essenziali di assistenza (Lea), rendendo i trattamenti finalmente accessibili a tutte le coppie eterosessuali con diagnosi di infertilità con un ticket che varia tra i 100 e i 300 euro. Ma cosa comporta questo percorso, chi vi accede e perché lo chiediamo a **Enrico Papaleo**, 52 anni, responsabile del Centro di Medicina della riproduzione dell'Irccs Ospedale San Raffaele di Milano. «Ci sono Paesi in Europa che hanno raggiunto **quasi il 10%** dei nati da Pma».

Quali sono le tappe di questo percorso?

«L'inquadramento clinico della coppia che fa fatica ad avere un figlio con esami del sangue di valutazione della fertilità femminile e maschile. Uno spermogramma per il marito/compagno, l'eventuale valutazione anatomica della cavità uterina, delle tube, quindi tutto l'aspetto sia

anatomico sia funzionale delle ovaie per la donna. Un terzo dell'infertilità spontanea è da causa maschile, molte volte legata a stili di vita ed età».

Esami relativamente semplici.

«Sì, esami che in genere vengono risolti nell'arco di una o due visite in modo da arrivare in tempi rapidi a una valutazione di fertilità e, soprattutto, individuare una vera causa di infertilità di coppia che, oggi, per un terzo è legata all'età materna, poiché spesso le donne arrivano ad avere un desiderio di maternità quando hanno già più di 37-38 anni».

Per questo tante volte viene proposta subito la Pma quando hai una certa età?

«Sì, perché la prospettiva terapeutica è mirata a incrementare in modo farmacologico il numero di ovulazioni,

proprio perché la maggior parte delle ovulazioni di una donna dopo i 40 anni non danno esito a una gravidanza».

La durata del percorso?



«Dai 15 ai 20 giorni. La donna inizia le terapie ormonali quando arriva la mestruazione per aumentare l'ovulazione (durata di 10-12 giorni), fino ad arrivare in fase ovulatoria e al prelievo degli ovociti. Questi ultimi vengono messi in contatto con gli spermatozoi del partner e la settimana successiva viene eseguito il transfer dell'embrione o degli embrioni».

E poi ci sono i controlli?

«Se il transfer ha dato esito positivo, quindi il dosaggio delle beta HCG è alto, la donna continua il suo percorso all'interno del centro dove vengono eseguiti i controlli ostetrici come una gravidanza naturale, con all'inizio un'ecografia in più. Nel caso di non-concepimento, invece, la coppia può comunicarlo al ginecologo di riferimento che valuterà se reimpostare il percorso, eseguire ulteriori esami e indagare eventualmente altri dettagli che magari nella prima fase di screening non sono stati scoperti».

Qual è la percentuale di riuscita della Pma?

«Dipende da alcune variabili. *In primis*, sicuramente, l'età della paziente: sotto i 35 anni una coppia su due ha un bimbo al primo tentativo; ma vi possono essere cause di infertilità maschile che possono far scendere la percentuale, oppure infertilità femminile (come fibromi, endometriosi, ostruzioni delle tube, disturbi dell'ovulazione)».

Sopra i 35 anni?

«La probabilità di successo a 40 anni scende tra il 25 e il 30%. A 42 anni abbondantemente sotto il 20%. Su 100 donne di 42 anni, solo 15 sono gravide al primo tentativo per un problema di invecchiamento ovocitario a cui la Pma non riesce a supplire».

Quindi resta valido il consiglio di non rimandare troppo la ricerca di una gravidanza.

«Quello è il vero punto cruciale anche del calo demografico. Perché se inizia la ricerca spontanea della prole a 37-38 anni e arriva il primo bimbo, è molto più difficile riuscire in una seconda gravidanza a 42 anni. Ecco perché il numero medio

di figli in Italia è di 1,28».

Un percorso quello della Pma che ha un costo economico notevole.

«Regione Lombardia con il sistema sanitario copre il 95% dei costi dei cicli ed è la stessa Regione Lombardia che fa il 25% dei cicli italiani perché riceve pazienti da tutto il Paese. Circa 12 mila cicli dei 40 mila nazionali».

E fuori regione invece?

«Molte regioni, come la Toscana, l'Emilia-Romagna, riescono a offrire col sistema sanitario una grossa percentuale di accesso alle cure. La Regione Lazio ne fa solo il 30%, motivo per cui si allungano i tempi d'attesa; il resto privatamente con costi che arrivano anche a 5-7 mila euro a trattamento».

In Lombardia i tempi sono brevi?

«Sì, diciamo che è difficile che una paziente non riesca a fare un ciclo entro i successivi 4-6 mesi».

E poi c'è il costo fisico...

«Rispetto a vent'anni fa, oggi la Pma si chiama *Patient Friendly*. Le terapie negli anni hanno avuto una evoluzione, numero di punture ridotto, così come l'impegno alla terapia, con un conseguente stress fisico ridotto. Per farvi un esempio concreto: un tempo la terapia durava 30 giorni, oggi 12. Le punture prima erano 40, oggi 15».

E il costo psicologico di questo percorso?

«È impegnativo. L'infertilità in sé lo è. La coppia si sente differente dalle altre... Non a caso tutti i centri di Pma, per legge, offrono la consulenza psicologica e il supporto psicologico di coppia. Un ruolo fondamentale per iniziare il percorso, capirne le difficoltà, il potenziale fallimento e offrire anche a loro la possibilità di diventare genitori».

Cosa spaventa di più?

«Per le donne il fallimento. Fare un percorso di cura... senza curarsi. Il fallimento è il tema più delicato ed è la prima causa di *drop out*, cioè del rifiuto di riprovarci se la coppia fallisce».



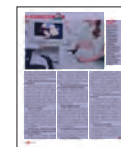
La procreazione medicalmente assistita interPELLA

la coscienza collettiva con delicatezza e profondità. Non si può ignorare, infatti, il desiderio autentico di tante coppie che vivono la sofferenza della sterilità come una **ferita silenziosa**, spesso accompagnata da un senso di inadeguatezza e smarrimento. Di fronte a queste situazioni, che possono prendere vie diverse, ogni giudizio sommario rischia di diventare ingiusto. La tecnica, quando nasce dall'intenzione di custodire la vita e non di dominarla, merita uno sguardo capace di **comprendere** prima ancora che di condannare. È vero: esistono questioni etiche che non possono essere liquidate con superficialità, e la dignità della persona deve restare il criterio fondamentale. Tuttavia, occorre anche riconoscere che molte famiglie si avvicinano alla Pma non per egoismo, ma per amore, con il desiderio sincero di accogliere un figlio. Abbiamo tutti il compito di **accompagnare** queste situazioni con responsabilità, equilibrio e umanità, evitando sia rigidità ideologiche sia facili entusiasmi tecnocratici. In questa ampia inchiesta abbiamo sentito voci diverse per cercare di **spiegare** queste situazioni, in cui si intrecciano strettamente procedure mediche molto complesse e le più varie situazioni umane e familiari.

DON STEFANO STIMAMIGLIO

per saperne di più

Le tecniche di Pma sono molteplici e variano per grado di invasività, tecnica e psicologica, sulla coppia. Semplificando, si parla di tecnica di **I livello** quando si procede con l'inseminazione intracervicale. Il **II livello** presuppone il prelievo degli ovociti (in anestesia locale o sedazione profonda), la fecondazione in vitro e il trasferimento dell'embrione (Fivet) o l'iniezione intracitoplasmatica dello spermatozoo (Icsi). Infine il **III livello** prevede la fecondazione extracorporea. Per saperne di più www.salute.gov.it





Servizio Lo studio

L'obesità si ferma nei paesi ricchi e rallenta in Italia, ma 6 su 10 senza diagnosi

Lo studio pubblicato sulla rivista Nature che mette in discussione l'idea che sia in atto una pandemia di obesità, patologia che si arresta nei paesi ricchi e in Italia. Scarseggiano però le diagnosi e tra i nodi da sciogliere c'è anche la legge sulla privacy

di *Letizia Giostra*

13 maggio 2026

Se da un lato i tassi di obesità hanno subito uno stop nella maggior parte dei paesi industrializzati, dall'altro avviene l'esatto opposto nei paesi a basso e medio reddito. Italia, Francia e Portogallo registrano invece solo un lieve freno.

Ad indicarlo è una vasta analisi internazionale pubblicata sulla rivista Nature, che ha coinvolto circa 2mila ricercatori di tutto con capofila l'Imperial College di Londra. Oltre 230 milioni gli individui provenienti da 200 paesi sono stati coinvolti nello studio il cui obiettivo è quello di mettere in discussione l'idea che sia in atto una pandemia di obesità.

Un'analisi che secondo il coordinatore del team di ricercatori, Majid Ezzati, suggerisce oltre al rallentamento e alla stabilizzazione del tasso di crescita dell'obesità anche una possibile inversione in molti paesi. Un quadro che il ricercatore definisce come «più ottimistico», mettendo comunque in evidenza i progressi fatti. Tuttavia, il prossimo passo per lo studio è quello di cercare le motivazioni per cui alcuni paesi stanno ottenendo risultati migliori di altri e «applicare le lezioni apprese».

Oltre 40 anni di raccolta dati: esito positivo per bambini e adolescenti

Per la ricerca sono stati presi come riferimento i dati riguardanti il Bmi (Body Mass Index) di milioni di persone dai 5 anni di età in su, raccolti in una finestra temporale che va dal 1980 al 2024. I risultati evidenziano miglioramenti nei paesi ad alto reddito. Esito positivo soprattutto nei bambini e negli adolescenti, seguiti circa un decennio dopo dagli adulti.

A rallentare per prima all'inizio degli anni 90 è stata la Danimarca, seguita a ruota dalla maggior parte degli altri paesi a partire dal 2000. Australia, Finlandia e Svezia sono le uniche eccezioni riguardanti i bambini, in quanto per questi paesi l'obesità è aumentata o ha subito persino un'accelerazione.

Stabilizzazione in momenti diversi per ogni paese

La crescita dell'obesità si è fermata o invertita per Europa e Giappone quando la prevalenza era ancora inferiore al 10% tra i bambini. In Italia, ad esempio, la stabilizzazione è stata registrata con una prevalenza tra 8% e 12% per i bambini e tra 14% e 15% per gli adulti. Invece, negli Stati Uniti e

in Nuova Zelanda la stabilizzazione è stata individuata tra il 19% e il 23% della popolazione in età scolare.

L'obesità accelera nei paesi a basso e medio reddito

L'obesità aumenta - e in avvolte accelera - nella maggior parte dei paesi a basso e medio reddito: in Brasile, ma anche in Romania e Repubblica Ceca, per esempio, ha raggiunto una prevalenza del 30-40% tra gli adulti. I ricercatori si appellano quindi alla necessità di politiche di sanità pubblica mirate per colmare il divario crescente, incentrate soprattutto sulla disponibilità e l'accessibilità economica di alimenti sani.

In Ue 6 su 10 senza diagnosi

L'Italia è il primo paese al mondo ad aver riconosciuto l'obesità come malattia attraverso la legge Pella in vigore da pochi mesi. Diversi clinici la definiscono come una nuova «epidemia». Eppure in Europa sono 6 persone su 10 a non aver ricevuto una diagnosi chiara.

A delinearne il quadro è Silvio Buscemi, presidente della Società italiana dell'obesità (Sio), dal Congresso europeo sull'obesità Eco2026 in corso a Istanbul. Il professore avverte come anche in Italia la situazione sia complessa, dove è assente un Registro nazionale che inquadri il fenomeno.

Le poche diagnosi

Buscemi riporta di avere tra le mani solo il 40% delle diagnosi di obesità in Europa. Non c'è traccia, quindi, del restante 60% della popolazione senza il riconoscimento della patologia. Il dibattito si sposta sullo strumento finora utilizzato per lo screening, ovvero l'indice di massa corporea, ma che per il presidente della Sio presenta comunque delle criticità. In Italia l'83% dei pazienti ne è ancora sprovvisto e solo il 17% ha questo dato all'interno del proprio Fascicolo sanitario elettronico.

Legge sulla privacy

Ma a pesare è anche la legge sulla privacy: «È assurdo che i medici di base non possano conferire dati anonimizzati per scopi di ricerca scientifica a causa di interpretazioni burocratiche della privacy - sottolinea il presidente Sio -. Affrontare l'obesità, che colpisce 6 milioni di italiani, richiede un sistema di monitoraggio costante. Senza una misurazione semplice e applicabile, come il Bmi, e senza la possibilità di raccogliere questi dati, restiamo al buio, impossibilitati a valutare l'efficacia delle cure e delle politiche sanitarie. È come voler ridurre i consumi elettrici di un Paese senza poter leggere i contatori». Da qui l'appello alle istituzioni ad intervenire rapidamente.

Le novità dal congresso

Numerose le novità annunciate durante il congresso europeo. Sul fronte terapeutico le molecole anti-obesità diventano più mirate per cure sempre più personalizzate con un occhio di riguardo sulla differenza di genere.

Aggiornate le linee guida del 2025 sulla gestione farmacologica dell'obesità e delle sue complicanze elaborate dall'Associazione Europea per lo Studio dell'Obesità (Easo), a cui si aggiunge la presentazione del nuovo algoritmo che ha come obiettivo quello di cercare il farmaco più adatto per ogni paziente. «Ora la priorità per l'Italia - sottolinea Eligio Linoci, vice presidente della Federazione associazioni obesità (Fiao) - è introdurre l'obesità nei Livelli essenziali di assistenza, perchè ad oggi le terapie sono ancora a totale carico del cittadino».

Servizio Prevenzione

Obesità, il cuore sotto pressione: perché oggi il cardiologo deve intervenire prima

Non basta più curare l'infarto in sala di emodinamica o lo scompenso cardiaco in reparto: per intercettare il rischio prima che il danno cardiovascolare diventi irreversibile serve una strategia nazionale

*di Federico Nardi **

13 maggio 2026

Per molti anni l'obesità è stata considerata soprattutto un problema estetico o, al massimo, metabolico. Oggi sappiamo che è una vera e propria malattia cronica, progressiva e recidivante, con la capacità di modificare profondamente il sistema cardiovascolare. Per questo il cardiologo non può più limitarsi a trattare le conseguenze - infarto, scompenso cardiaco, fibrillazione atriale, ictus - ma deve intervenire precocemente sulle cause.

La malattia

L'obesità riguarda ormai oltre il 10% della popolazione italiana, con numeri in crescita anche tra i giovani. Inoltre, è stato dimostrato, che la aspettativa di vita si riduce con l'aumentare del BMI (Body Mass Index) e quindi con l'obesità. Il tessuto adiposo in eccesso non è un semplice deposito energetico: è un organo metabolicamente attivo che produce infiammazione cronica di basso grado, altera la funzione dei vasi, favorisce diabete, ipertensione e dislipidemia. In altre parole, crea il terreno ideale per lo sviluppo della malattia cardiovascolare.

Il cuore soffre

Il cuore di una persona con obesità lavora di più e peggio. Aumentano il volume di sangue da mettere in circolo, il consumo di ossigeno e lo stress emodinamico. Nel tempo il muscolo cardiaco diviene ipertrofico e più rigido con alterazione della funzione diastolica, andando incontro a scompenso cardiaco, condizione sempre più frequente nei pazienti obesi. Inoltre, l'accumulo di grasso viscerale e pericardico è associato a un aumento del rischio di aritmie, in particolare fibrillazione atriale.

Esiste poi un aspetto culturale da superare: l'idea che basti "mangiare meno e muoversi di più". Il corretto stile di vita con alimentazione corretta e attività fisica restano fondamentali, ma purtroppo, non sempre sufficienti. L'obesità è una malattia complessa, influenzata da fattori genetici, neuro-ormonali, ambientali e sociali. Colpevolizzare il paziente non serve; occorre invece costruire percorsi terapeutici efficaci e multidisciplinari.

Nuovo paradigma

Negli ultimi anni la ricerca ha aperto una nuova fase. Le nuove molecole, con azione sia "incretinica" che "non incretinica", come gli agonisti del recettore GLP-1 (GLP1-ra) e i cosiddetti

dual-agonist (GLPI-ra + GIP), stanno cambiando l'approccio terapeutico. Il loro avvento ha permesso di ridurre in maniera importante, il gap terapeutico tra il corretto stile di vita e la chirurgia bariatrica. Però, non si tratta semplicemente di farmaci che favoriscono il dimagrimento: gli studi clinici dimostrano una riduzione significativa degli eventi cardiovascolari maggiori nei pazienti ad alto rischio. È un cambio di paradigma. Per la prima volta disponiamo di terapie che agiscono contemporaneamente sul peso corporeo, sul controllo metabolico e sulla protezione cardiovascolare. È doveroso sottolineare che la terapia farmacologica non deve essere considerata come un approccio cosmetico, bensì un vero e proprio percorso che deve iniziare dalla consapevolezza di modificare il proprio stile di vita.

Il ruolo del cardiologo

Accanto alla terapia farmacologica restano centrali la prevenzione, l'educazione sanitaria e l'organizzazione dei percorsi assistenziali. Servono reti cliniche integrate tra cardiologi, diabetologi, nutrizionisti, medici di medicina generale, psicologi. L'obesità non può essere affrontata in modo discontinuo e frammentato.

Come cardiologi siamo chiamati a una responsabilità nuova. Non basta più curare l'infarto in sala di emodinamica o lo scompenso cardiaco in reparto, dobbiamo intercettare il rischio prima che il danno cardiovascolare diventi irreversibile. L'obesità rappresenta una delle principali sfide di salute pubblica dei prossimi anni e richiede una strategia nazionale che unisca prevenzione, innovazione terapeutica e appropriatezza clinica.

La cardiologia non può occuparsi solo del cuore malato, ma della persona nella sua interezza. Ed è proprio qui che si gioca la partita decisiva contro l'obesità e le sue complicanze cardiovascolari.

** Presidente Designato Anmco e Direttore Cardiologia ospedale Santo Spirito di Casale Monferrato (Alessandria)*

Servizio I nuovi studi

Obesità: il paradosso del Bmi e gli ascensori non più adatti al peso medio

La Società italiana dell'obesità difende l'indice di massa corporea: "Senza screening semplici la malattia diventa invisibile". Intanto uno studio britannico denuncia ascensori progettati su standard superati

di Francesca Cerati

13 maggio 2026

Il Body Mass Index, il vecchio indice di massa corporea, sarà anche imperfetto, ma guai a mandarlo in pensione troppo presto. Al Congresso europeo sull'obesità (Eco 2026) in corso a Istanbul, la Società italiana dell'obesità (Sio) prende posizione nel dibattito internazionale che da mesi divide esperti e società scientifiche: il Bmi può avere limiti clinici, ma resta oggi il principale strumento di screening rapido, universale e a costo quasi zero.

Una presa di posizione che nasce soprattutto da un problema molto concreto. Secondo i dati dello studio italiano Itros, presentati al congresso, appena il 17% dei pazienti italiani ha il Bmi registrato nella cartella del medico di medicina generale. Nell'83% dei casi manca perfino questa rilevazione di base, che richiede soltanto peso e altezza.

Il possibile superamento del Body Mass Index

"Né perfetto né infallibile, ma indispensabile", sintetizza il presidente della Sio Silvio Buscemi. Nel mirino della società scientifica italiana ci sono le proposte avanzate da parte della comunità internazionale di superare il Bmi come criterio principale per la diagnosi dell'obesità, sostituendolo con parametri più sofisticati basati sul danno d'organo, imaging o analisi metaboliche approfondite. "Se già oggi non riusciamo nemmeno a pesare e misurare regolarmente i pazienti - osserva Buscemi - introdurre sistemi più complessi rischia di rendere l'obesità una malattia invisibile". Il timore è che criteri troppo articolati rallentino diagnosi e accesso alle cure, soprattutto nella medicina territoriale. Per gli specialisti italiani il problema è anche organizzativo. "Non possiamo aspettare che la malattia produca una delle sue oltre 200 complicanze prima di intervenire", spiegano dalla Sio. Da qui la difesa di uno strumento considerato magari grossolano, ma ancora fondamentale per intercettare rapidamente i soggetti a rischio.

Gli ascensori progettati su standard superati

Il congresso di Istanbul, però, sta mostrando anche un altro aspetto dell'emergenza obesità: quello che riguarda direttamente gli spazi pubblici e le infrastrutture. Uno degli studi più discussi di questi giorni arriva infatti dal Regno Unito e riguarda gli ascensori europei, che secondo i ricercatori sarebbero progettati su standard ormai superati rispetto all'aumento del peso medio della popolazione. La ricerca coordinata da Nick Finer, presidente dell'International Prader-Willi Syndrome Organisation ed ex docente dell'University College London, ha analizzato 112 ascensori

prodotti tra il 1972 e il 2024 in sette Paesi europei, inclusa l'Italia. I dati mostrano che le capacità teoriche degli impianti si sono sostanzialmente fermate ai parametri dei primi anni Duemila, mentre il peso corporeo medio ha continuato a crescere.

L'effetto del cambiamento del peso medio

Negli anni Settanta il peso medio nel Regno Unito era di circa 75 chili per gli uomini e 65 per le donne. Oggi si è arrivati rispettivamente a 86 e 73 chili. Eppure molti ascensori continuano a essere progettati assumendo un peso standard di 75 chili per passeggero. Per Finer non si tratta solo di un problema tecnico o di sicurezza. "Gli spazi pubblici non sono più progettati pensando a corpi più grandi", avverte il ricercatore, sottolineando anche il rischio di disagio e stigma sociale per le persone con obesità. Il risultato è che il congresso di Istanbul finisce per raccontare due facce della stessa trasformazione. Da una parte una medicina che cerca strumenti più sofisticati per definire e trattare l'obesità come malattia cronica complessa. Dall'altra una società che continua spesso a essere costruita su parametri fisici di mezzo secolo fa.

Le risse tra Bertolaso e Zangrillo e i veri problemi della Sanità

Era scritto che finisse a sportellate tra Guido Bertolaso, ruvido servitore dello Stato prestato alla Sanità lombarda e Alberto Zangrillo, chief clinical officer del San Raffaele, cresciuto al capezzale di Silvio Berlusconi. Due medici, professionisti capaci, abituati a difendere le proprie idee. Ma non è stato un gesto di ostilità, quello di Bertolaso, perché l'idea che l'assistenza sanitaria universalista debba passare prima di tutto dalle strutture pubbliche è la sua. Una scelta difficile, visto che il bilancio dello Stato langue. Tutto è nato - "complice" la trasmissione tv "Report" - da una battuta un tantino *unnecessary* dell'assessore al Welfare: "San Raffaele, fiore all'occhiello? Della sanità privata... quello lombardo è il Niguarda". Va ricordato per - al di là della querelle - che la classifica "World's Best Hospitals" di Newsweek ha confermato Niguarda come il miglior ospedale pubblico in Italia e tra i migliori al mondo. La replica di Alberto Zangrillo non si è fatta attendere: "Ora chiedi scusa a tutti i direttori generali. Anche chi lavora nel privato dà l'apporto al sistema sanitario. E cosa dovrebbero dire i colleghi del Policlinico, del San Gerardo, del Papa Giovanni XXIII?". "Probabilmente Bertolaso non ha mai creduto fino in fondo alla forza della sanità privata", bisbiglia qualche consigliere di maggioranza, mentre c'è anche chi attribuisce le scintille al carattere spigoloso dei due contendenti. Certo è che il gruppo San Donato ha infilato una serie di "incidenti" che hanno lasciato il segno. A partire dalla vicenda della cooperativa di infermieri Auxilium Care, non in grado di curare i pazienti del reparto "Iceberg" del San Raffaele (vicenda nota e già chiarita, anche senza i "segugi" di Ranucci). Che la stagione, per l'ospedale fondato da don Verzè, sia tra le più turbolente lo testimoniano anche le dimissioni dell'ad Francesco Galli e del vicepresi-

dente del gruppo Paolo Rotelli (che ha scelto la via del rap in Francia), sostituito ai vertici dell'università Vita-Salute San Raffaele (UniSR) dall'ex ministro dell'Interno Luciana Lamorgese. Il Gruppo San Donato (che assembla oltre al San Raffaele, l'Istituto Galeazzi e il Policlinico San Donato) resta uno tra i più prestigiosi nel campo della sanità e della ricerca, premiato come primo classificato nella categoria "gruppi privati di eccellenza" ai Best Italian Hospitals Awards 2025. Ha chiuso l'anno in crescita, con ricavi pari a 2,7 miliardi di euro (e un indebitamento complessivo pari a 1,5 miliardi di euro), ha iniziato a esportare il proprio modello sanitario all'estero, con una presenza oggi in Iraq, Egitto, Albania, Arabia Saudita e Siria. Dal prossimo anno poi il Gruppo San Donato assumerà la gestione del New Helipolis Hospital, in costruzione al Cairo, mentre in Libia ha siglato a gennaio un accordo del valore complessivo di 2 miliardi di euro per interventi nel settore ospedaliero e per la realizzazione di un impianto waste-to-energy. Obiettivi ambiziosi, di cui sarà ovviamente interessante monitorare nel tempo la riuscita, soprattutto in un momento internazionale così traballante anche per i costi industriali. Idee che faranno bene al bilancio del gruppo ma destano qualche perplessità in chi si occupa della sanità sotto la Madonnina. Nel frattempo il confronto sulla salute dei lombardi è sempre aperto e se sul "fine vita" Bertolaso cerca sponde anche a sinistra - "Garantiremo diritti e cure, serve testo condiviso con gli alleati, noi allineati alla Consulta" - sul fronte delle liste d'attesa ha deciso di investire, mettendo sul tavolo 91 milioni per aumentare l'offerta sanitaria, allungare gli orari degli ambulatori e smaltire l'arretrato. Le risorse stanziare sono ripartite su tre fronti: 61 milioni per il piano operativo regionale (41 ai soggetti pubblici e 20 ai priva-

ti accreditati), 10 milioni per manifestazioni di interesse rivolte ai privati e 20 milioni dedicati al recupero dei ricoveri ancora in lista d'attesa al 1° gennaio 2026. In totale, 52 milioni andranno agli erogatori pubblici e 39 ai privati accreditati. In pratica, gli ambulatori e i centri di diagnostica continueranno a estendere l'attività nella fascia pomeridiana, dalle 16 alle 20, e il sabato mattina. Gli enti pubblici dovranno garantire ogni mese almeno il 70 per cento dei volumi erogati nei corrispondenti mesi del 2025, mantenendo come riferimento il volume massimo di prestazioni raggiunto tra il 2024 e il 2025. Tra le misure previste anche il recupero delle prestazioni di ricovero, il coinvolgimento delle ATS e il rafforzamento della prescrizione digitale, con l'obiettivo di raggiungere il 90 per cento delle ricette online.

Bertolaso ora è alle prese col paziente inglese, ricoverato al Sacco, sospetto di essere contagiato dall'Hantavirus, ma l'assessore rassicura: "Il cittadino britannico sottoposto nella serata di ieri ad accertamenti virologici è risultato negativo, così come il suo accompagnatore". Ma non abbassa la guardia, pensa già all'Hub delle emergenze a Gallarate, nel cosiddetto "Caserme". E' "una struttura logistica imponente, importante, in decadenza che va assolutamente rivalutata per organizzare un grande centro logistico per tutte le attività legate alla sanità e alla protezione civile" ha ricordato nei giorni scorsi. "Abbiamo appena avuto dall'Agenzia del demanio l'autorizzazione a entrare in possesso di questo compound e quindi adesso possiamo dare seguito alle attività di progettazione e poi di realizzazione".

Daniele Bonecchi



L'ASSEMBLEA REGIONALE RICORDA STEFANO GHELLER

Un docufilm riaccende il confronto sul fine vita in Veneto

Con il ddl sul suicidio assistito atteso nell'aula di Palazzo Madama il 3 giugno, il dibattito torna a vivacizzarsi anche nelle Regioni. A cominciare dal Veneto e dal Friuli Venezia Giulia. Luca Zaia, presidente del Consiglio regionale del Veneto, rompe gli indugi. «Il progetto di legge popolare sul fine vita? Penso che in estate si possa mettere in calendario; sono maturi i tempi, visto che è in Commissione». Zaia lo ha detto dopo aver assistito, a Palazzo Ferro Fini a Venezia, sede dell'assemblea regionale, alla proiezione del docufilm "Lasciatemi morire ridendo" su Stefano Gheller, il malato di Sla morto due anni fa che si impegnò per ottenere l'accesso alla procedura di suicidio assistito, senza peraltro accedervi. E questa scelta Gheller la anticipò nella visita che gli fece il patriarca di Venezia, Francesco Moraglia, accompagnato da altri vescovi. La proposta di legge, sostenuta dall'Associazione Coscioni e che vede lo stesso Zaia favorevole, è stata ripresentata all'inizio della nuova legislatura regionale, dopo che nella precedente era stata bocciata. «Su questa legge – così ancora Zaia – ci deve essere assoluta libertà di pensiero, la si porterà al parlamento dei veneti e la si voterà. Non penso ci debba essere un voto segreto, perché non votiamo su una persona». La Commissione regionale Sanità ha sei mesi di tempo per licenziare il testo e la presidente Manuela Lanzarin, leghista come Zaia, e già assessore alla Sanità, ha annunciato che il pdl verrà incardinato a breve. Si valuterà l'opportunità di fare audizioni. Poi il testo approderà in Aula. «Credo che in questa legislatura, in Veneto, ci siano i numeri per approvare una legge – ha

rilevato la consigliera regionale Elena Ostanel (Avs), che ha organizzato la proiezione su Gheller –. Ma abbiamo già visto come possa saltare all'ultimo minuto, anche per un solo voto. Il timore più grande è l'assenza del presidente Alberto Stefani». Ieri, infatti, il presidente della Regione Veneto non c'era, impegnato nel Palazzo della Giunta per incontri precedentemente calendarizzati. Anche Cristina Gheller, sorella di Stefano, presente all'evento, ha detto che sarebbe «importante avere una legge». Favorevole si dice Alessio Morosin (Liga Veneta Repubblica) come pure il capogruppo dem Giovanni Manildo (è «nostro preciso dovere morale ed etico arrivare a una legge che disciplini il fine vita»). Sulla stessa lunghezza d'onda Nicolò Rocco (Riformisti Veneti in Azione) e Carlo Cunegato (Avs). In Senato, come annunciato ieri, è stata calendarizzata, con la mediazione del presidente Ignazio La Russa, la discussione di uno dei due testi che finora nelle commissioni congiunte di Affari sociali e giustizia avevano catalizzato l'attenzione dei senatori. Da un lato il ddl presentato dal senatore dem Alfredo Bazoli (firmato da tutti i rappresentanti dell'opposizione), dall'altro quello firmato da Ignazio Zullo (Fdl) e Pier Antonio Zanettin (FI). E sarà il testo di Bazoli a essere discusso il prossimo 3 giugno, salvo accordi che nel frattempo si materializzassero in Commissione.

Francesco Dal Mas



Gheller con i vescovi veneti



UN'ALTERNATIVA POSSIBILE PER LE **COPPIE INFERTILI** **QUI METTIAMO AL CENTRO I BISOGNI DELLA PERSONA**

«La procreazione per noi», spiega il professore, «è una strada naturale. Il successo dei parti ci dà ragione»

Prima ancora di individuare il percorso diagnostico e terapeutico di procreazione naturale, la parola d'ordine è ascolto empatico: «Le coppie che arrivano da tutta Italia possono trovare risoluzione o meno al loro problema clinico, ma anzitutto sono guidate e motivate dal supporto e dalla relazione con noi. **Si sentono accompagnate, rassicurate, meno sotto pressione**», racconta **Tullio Ghi**, 53 anni, direttore dell'Istituto scientifico internazionale (Isi) Paolo VI di ricerca sulla fertilità e infertilità, e responsabile del Centro di medicina per la procreazione naturale, ambulatorio che al Policlinico Gemelli di Roma offre alle coppie infertili le soluzioni più efficaci in alternativa alle tecniche di procreazione medicalmente assistita (Pma). «**La nostra proposta ha fatto ottenere un gran numero di gravidanze**» e i dati lo acclarano: «Negli ultimi 15 anni le gravidanze sono state 1.269, con un tasso di natalità del 35,1%. Il 19,4% dei parti ha riguardato donne nella fascia di età 40-43 anni, dato non trascurabile se confrontato con quanto riportato in Italia (7%) per le tecniche di Pma relativamente alla stessa fascia di età».

Le difficoltà «nel concepire o nel riuscire a portare avanti le gravidan-

ze sono una ragione di grave delusione, dolore psicologico e frustrazione che impatta a volte anche sulla solidità del rapporto: una fase non breve in cui le coppie fanno fatica ad accettare il mancato coronamento del loro sogno», riferisce il professor Ghi. «Dopo aver consultato il ginecologo di fiducia, tendono a essere sbrigativamente indirizzate verso centri che praticano la Pma o fecondazione in vitro, che spesso lasciano le coppie poco soddisfatte perché non si sentono sostenute dal punto di vista empatico. Il nostro Centro offre un percorso di supporto non caratterizzato dal trionfo della scienza e della tecnologia, ma dall'attenzione ai bisogni della persona, **rimanendo in linea con la naturalità**: per molti risulta psicologicamente vincente e preferibile alla Pma, per alcuni l'unica proposta → → valida in quanto per ragioni etiche scelgono il percorso naturale, poi ci sono coppie che hanno sperimentato la Pma con un fallimento della gravidanza».

All'ambulatorio del Centro di medicina per la procreazione naturale l'attività clinica e chirurgica è svolta da un'équipe multispecialistica composta da ginecologo, en-

docrinologo/andrologo, chirurgo-ginecologo, radiologo-interventista, urologo, biologi, ostetriche, psicologi. Dopo una prima visita ed esami, si cerca di individuare le cause organiche dell'infertilità, femminile e maschile, che possono essere «molteplici: ovulazione irregolare o mancanza di ovulazione, disordini del ciclo, alterazione della funzionalità delle tube o la loro ostruzione, irregolare morfologia uterina, qualità delle uova, problemi del liquido seminale con spermatozoi mobili. **A volte le gravidanze non proseguono per infezioni che la donna non conosceva**, disturbi della tiroide e della coagulazione, forma dell'utero, endometriosi». Quando è possibile, si avvia «un percorso terapeutico personalizzato con cure farmacologiche». Succede pure che i problemi non possano essere risolti, «**ma le coppie chiedono di restare** agganciate al nostro percorso, conquistate dall'approccio».



Testi completi su
www.famigliacristiana.it



TULLIO GHI
DIRETTORE
ISI "PAOLO VI"

