

18 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



Iniziativa

Accoglienza: card. Bassetti, “abbracciare le fragilità estreme come fossero le proprie”

15 Maggio 2026 @ 17:24

“Accogliere e servire nello spirito di San Francesco”. Questo il tema di un convegno, promosso da Uneba Nazionale insieme alle Federazioni regionali di Umbria e Abruzzo, nell’ambito delle celebrazioni per gli 800 anni dalla nascita di San Francesco che si è svolto ad Assisi. Due giornate di confronto e approfondimento dedicate al presente e al futuro dei servizi sociosanitari, socioassistenziali e educativi rivolti alle persone fragili, con l’obiettivo di rafforzare l’identità e la collaborazione delle realtà associative di ispirazione cristiana, impegnate quotidianamente nella cura e nell’accoglienza. Ad aprire il convegno, ieri mattina, Vincenzo Cappannini, presidente di Uneba Umbria, e Germana Sorge, presidente di Uneba Abruzzo. Successivamente il presidente nazionale Uneba, Franco Massi, ha sollecitato la convergenza e la crescita delle realtà associative, in attuazione dell’ispirazione cattolica che accomuna tutti. Massi ha rilevato come “siamo in un momento di regresso dell’impegno delle realtà cattoliche nel settore”, sottolineando la necessità di “rafforzare la collaborazione e la partecipazione attiva anche degli istituti religiosi, evitando di andare ognuno per conto proprio”. Poi è stata la volta del Ministro per le Disabilità, Alessandra Locatelli, che ha salutato i presenti con un messaggio dal quale è emerso l’apprezzamento del Governo verso l’impegno delle realtà associative, considerato determinante per il bene pubblico. Parole di riconoscimento sono arrivate anche dall’Assessore alle Politiche della Salute, Famiglia e Pari Opportunità della Regione Abruzzo, Nicoletta Verì. Il card. Gualtiero Bassetti, già presidente della Conferenza Episcopale Italiana, ha ricordato l’importanza della dottrina sociale. “A salvare la società – ha detto – non saranno le misure tecniche o burocratiche messe in atto, bensì la santità. Solo i santi conoscono e comprendono le verità ultime sull’uomo che possono far rifiorire la casa comune. E San Francesco, con la sua testimonianza di vita, ci indica meglio di tutti che il santo è colui che abbraccia le fragilità estreme come fossero le sue”. È seguita una tavola rotonda di approfondimento sulle buone pratiche e sulle prospettive valoriali di come attuare oggi lo spirito francescano nella cura dei minori e degli anziani non autosufficienti. A intervenire sono stati anche i vertici di tre associazioni di categoria del settore sociale e educativo di radici cristiane: padre Virginio Bebbber, presidente di **Aris**; padre Francesco Ciccimarra, presidente di Agidae; e Luca Iemmi, presidente di Fism Nazionale.



la Repubblica



Fondatore EUGENIO SCALFARI

Direttore MARIO ORFEO



Spettacoli

Bardem: a Hollywood non temo le liste nere

di ALBERTO CRESPI e ARIANNA FINOS a pagina 30

Risport

Il calcio all'ora di pranzo va di traverso alla Juve

di FRANCESCO SAVERIO INTORCIA a pagina 36



Lunedì 18 maggio 2016

Anno 55 - N° 19

Oggi con

Affari & Finanza

In Italia €1,90

Modena contro l'odio

Appello del sindaco, cinquemila in piazza. El Koudri non risponde: sono confuso. Escluso il terrorismo Scontro a destra. Salvini: via chi delinque. Tajani lo contraddice. Mattarella e la premier in visita ai feriti

Il giorno dopo la tragedia Modena scende in piazza «contro chi semina odio». Sergio Mattarella e Giorgia Meloni visitano i feriti. Salim El Koudri, 31 anni, alla guida dell'auto che sabato ha travolto i passanti in una via del centro, non risponde ai pm: «Sono confuso». Scontro a destra sui permessi di soggiorno.

di BALDESSARRO, FOSCHINI, GIAMPAOLI, GIUSBERTI, PUCCIARELLI e VITALE da pagina 2 a pagina 8



GLI INTERNAZIONALI

Sinner è il nuovo re di Roma mezzo secolo dopo Panatta

di GABRIELE ROMAGNOLI

Non è l'ottavo re di Roma, è il secondo presidente d'Italia. C'è il «signor Mattarella» e accanto, ma per qualche minuto davanti a lui, mister Sinner, il giovane uomo che parla in inglese al suo avversario e al suo team, poi in italiano imbarazzato al capo dello Stato.

alle pagine 32 e 33 con un servizio di MASSIMO CALANDRI

Osama e Mohamed gli egiziani eroi

di ROSARIO DI RAIMONDO

Osama Shalaby ha 56 anni, da trenta vive in Italia ma non ha la cittadinanza. Fa il muratore a Milano, è a Modena per un cantiere. Passeggia vicino alla stazione con il figlio Mohamed, arrivato da un paio di mesi. Sabato pomeriggio hanno contribuito a bloccare El Koudri. Una foto li immortalata: «Non abbiamo fatto nulla di straordinario».

a pagina 5



Meloni scrive a von der Leyen: deroga al Patto per l'energia

Giorgia Meloni scrive alla presidente della Commissione europea Ursula von der Leyen: la deroga al Patto di stabilità prevista per la difesa va estesa anche alle spese per la crisi energetica. Con i prezzi alle stelle, avverte la premier, per il governo italiano «sarebbe molto difficile spiegare all'opinione pubblica un eventuale ricorso al programma Safe».

di CIRIACO e COLOMBO a pagina 15

L'Italia ferma in acque agitate

di PAOLO GENTILONI

Nel nome del bene supremo della stabilità vengono escogitati premieri e leggi elettorali, ma alla prova dei fatti la stabilità non è di per sé sinonimo di efficacia. Non si può dire, ad esempio, che il record di longevità del governo Meloni abbia prodotto cambiamenti significativi per la nostra economia. Siamo stabilmente fermi. Sarebbe bene dunque guardare all'anno che rimane della legislatura come un'occasione per mettere mano almeno ad alcuni dei problemi più seri. Anche perché tutto intorno le acque dell'economia globale sono più che mai agitate.

continua a pagina 16

Advertisement for Naturelle eggs, featuring the logo and text 'PARTECIPA AL CONCORSO NATURELLE' and 'UOVA BUONE DAL 1950'.

Se la guerra ritorna a far tremare

MAPPE di ILVO DIAMANTI

La guerra, purtroppo, non è più una novità. È divenuta un aspetto che accompagna in modo corrente e ricorrente l'immagine del nostro tempo. E del nostro mondo. Per questo motivo, però, rischia di venire sottovalutata. Data per scontata. Normalizzata. Ma negli ultimi anni ha ripreso un ruolo importante nelle paure degli italiani.

a pagina 21

L'INTERVISTA di FRANCESCO MANACORDA



Blair: l'Europa sul Medio Oriente non perda tempo

a pagina 13

La rivoluzione dell'esserci in un'era social

LE IDEE di CONCITA DE GREGORIO

Esserci con il corpo. Facendo file, pagando biglietti, praticando il rivoluzionario atto della presenza. Rimane, anche quest'anno, questa polvere magica addosso, dopo le giornate sempre gremite del Salone del libro di Torino. L'incantesimo si ripete da molti anni.

a pagina 16 servizi di DI PAOLO e SCARAFIA alle pagine 28 e 29

CORRIERE DELLA SERA

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02 62521
Roma, Via Compostella 20/C - Tel. 06 6882821

150
anni
DELL'UNIDÌ

Servizio Clienti - Tel. 02 63737310
mail: servizioclienti@corriere.it

DIFENDIAMO L'EUROPA
VALLEVERDE

Sul palco con le cicatrici
«Noi sopravvissuti
al rogo di Crans»
di Stefano Montefiori
a pagina 21

Domani in regalo
La guida alle regole
del condominio
Il nuovo volume speciale
in edicola con il Corriere

VALLEVERDE

Verso le elezioni
LA SINISTRA
E I PASSI
INCERTI
di Paolo Mieli

Domani prossima si torna al voto in 626 comuni. Per coincidenza saranno due mesi dalla vittoria del No al referendum sulla giustizia. Qual è lo stato di salute delle due coalizioni? La Destra appare ancora trasformata fra ministri fuori registro, piccole e grandi bagarre, petardi che le esplodono in mano pressoché quotidianamente. L'effetto Trump impedisce a Giorgia Meloni di ripresentarsi con baldanza sul piano internazionale. Di qui alla fine della legislatura la Destra non ha, ad ogni evidenza, scadenze che possano indurla a sperare in qualche occasione di rivincita. Anche le successive elezioni amministrative saranno un calvario. Stesso discorso vale per gli appuntamenti economici. Forse Meloni ce la farà a battere il record di permanenza a Palazzo Chigi. Ma a duro prezzo. I sondaggi, danno la sua compagine in difficoltà, sia pure, al momento, non in dimensioni catastrofiche. E la Sinistra? Non si può dire che abbia approfittato di questi due mesi per un rilancio degno di questo nome. L'onda emotiva della vittoria referendaria si sta dissolvendo. Non si è capito se i seguaci di Schlein, Conte e Avs vogliano cogliere l'occasione del vantaggio annunciato dai sondaggi di cui s'è detto, o, cosa più probabile, punteranno soltanto a impedire la vittoria della Destra. Per poter entrare in un nuovo Parlamento dove ognuno farà quel che crede.

continua a pagina 22

Tennis Vince gli Internazionali 50 anni dopo Panatta



Un Sinner da leggenda al Foro Italo
di Marco Imarisio
Adriano Panatta
e Gaia Piccardi

Sinner, 24 anni, batte il norvegese Ruud e alza il trofeo appena conquistato a Roma facendo la storia
Jannik Sinner trionfa a Roma cinquant'anni dopo Panatta, proprio sotto gli occhi del grande Adriano in tribuna ad applaudirlo, come il presidente Sergio Mattarella. Nella storia anche Bolelli e Vavassori. alle pagine 44 e 45

Calcio Champions, Napoli qualificato. La festa Inter



La Juve cade
Corrono
Milan e Roma
di Paolo Condò
Massimiliano Neruzzi
e Carlos Passerini
Dusan Vlahovic, 26 anni, lascia il campo deluso, per la sua Juventus la Champions è lontana
Tonon Juve in casa con la Fiorentina, mentre vincono Roma e Milan. E ora la lotta per un posto in Champions si deciderà nei prossimi 90 minuti. Spalletti in bilico. da pagina 46 a 49 Di Sauro, Scozzafava, Stoppini

Il caso La Commissione tiene il punto: non si cambia

L'Italia all'Europa:
deroga al Patto
anche per l'energia

La lettera della premier a von der Leyen

di Andrea Ducci e Francesca Basso

La deroga al patto di Stabilità, prevista per le spese destinate alla difesa, sia estesa a investimenti e misure straordinarie necessari per fronteggiare la crisi energetica. A chiederlo è Meloni con una lettera inviata alla presidente della Commissione von der Leyen. La premier: «Non possiamo giustificare ai cittadini che l'Europa consenta flessibilità per sicurezza e difesa e non per difendere famiglie e imprese». Ma l'Ue frena. alle pagine 8 e 9

PARLA GIUSI BARTOLOZZI

«Mai mentito su Almasri Nordio sapeva»

di Virginia Piccolillo



Non sono una zarina, dice Giusi Bartolozzi. «Su Almasri non ho mai mentito al pm. Nordio sapeva»

a pagina 15

IL RETROSCENA

«Cara Ursula, ora serve un segnale di buon senso»

di Simone Canettieri a pagina 9

Le indagini Il Viminale su El Koudri: «Disagio psichiatrico»

Modena, non è terrorismo
Mattarella e Meloni dai feriti

di Rinaldo Frignani e Alfio Sciacca

Modena è scesa in piazza contro la paura dopo i passanti falciati. Mattarella e Meloni dai feriti. Piantedosi: «Per El Koudri disagio psichiatrico, non è terrorismo». da pagina 2 a 6 M. Cremonesi, Fulloni, Lanzilli, Melchioni, Nannetti, Romanini

MALDIVE, LA PRESIDENZA

«L'immersione? Erano autorizzati ma solo in tre»

di Sara Gandolfi

DATARO.COM

Cosa coprono (davvero) le assicurazioni sanitarie

di Milena Gabanelli e Simona Ravizza

Assicurazioni sanitarie, un sistema privato raddoppiato in 10 anni senza regole chiare a tutela dei pazienti. Cosa coprono davvero, a pagina 25

Oggi alle Maldive riparte la ricerca dei corpi degli italiani non ancora recuperati e che si troverebbero dentro la grotta a 60-70 metri sotto il mare. Si immergerà il team di esperti finlandesi. Intanto, la presidenza maldiviana fa sapere che solo tre dei cinque sub morti erano autorizzati a scendere a quelle profondità. alle pagine 18 e 19 Evangelista, Ribaudò

CARLO COTTARELLI
L'ECONOMIA
FACILE
in libreria e in edicola
CORRIERE DELLA SERA
SOLFERINO

ULTIMO BANCO
di Alessandro D'Avenia
Il bottone
«Se tu potessi, soltanto attraverso un desiderio, uccidere un uomo in Cina ed ereditare la sua fortuna in Europa, con la certezza che non se ne saprebbe mai nulla, daresti seguito a questo desiderio?». Così scriveva nel 1802 François-René de Chateaubriand nel «Genio del cristianesimo» chiedendosi se la capacità umana di discernere il bene e il male, la coscienza, sia innata e universale, o una serie di convenzioni e pature. Nel 1880 lo scrittore portoghese Eça de Queirós, ispirato da quel passo, scrisse «Il Mandarino», un racconto in cui a un semplice impiegato di nome Teodoro compare una misteriosa figura che gli promette immense ricchezze se deciderà di azionare un campanello: eredi-

terà l'immenso patrimonio di un vecchio e malato cinese che morirà all'istante. Il protagonista, desideroso di cambiare la sua modesta vita, aziona il campanello, diventa ricchissimo ma non ha più pace: il pensiero del morto, anche se non sa chi sia, comincia a perseguitarlo. La coscienza rimorde. Se vogliamo sapere come finisce il racconto è perché abbiamo una coscienza: ci sarà giustizia? Leggiamo i gialli perché vogliamo giustizia, come mostra l'interesse per i pervasivi casi di cronaca che, sotto il «torbido» superficiale strato di curiosità da serie tv a basso costo, celano il nostro desiderio profondo di «pura» verità, perché non c'è giustizia senza verità. continua a pagina 28

Magnesio Potassio Sella
Energia e recupero in una sola bustina
SELLA Health partner 2026

02518
077123 483003
9 77123 483003

Meloni all'Ue: deroga sulle spese per l'energia

ILARIO LOMBARDO - PAGINA 14



L'ECONOMIA DEL LUNEDÌ
Gros-Pietro: i conflitti dimezzeranno la crescita

GIUSEPPE BOTTERO - PAGINA 15



Auto, frigoriferi e moda
283 fabbriche in crisi

LUISE TIRRITO - PAGINA 22

1,90€ II ANNO 150 II N.151 II IN ITALIA (PREZZI PROMOZIONALI ED ESTERO IN ULTIMA) II SPEDIZIONE ABB. POSTALE II DL.353/03 (CONV.N.127/02/04) II ART. 1 COMMA 1 DCB-TO II WWW.LASTAMPA.IT

la PORTA è di CASA
AGOPROFIL
FORTE AFFINATE

LA STAMPA

LUNEDÌ 18 MAGGIO 2026

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867

la PORTA è di CASA
AGOPROFIL
FORTE AFFINATE

GNN

LA LEGA: STOP PERMESSI DI SOGGIORNO. FORZA ITALIA: MA È ITALIANO. 5 MILA IN PIAZZA: BASTA ODIÒ

Attentato a Modena Tajani contro Salvini

I fantasmi di El Koudri, accusato di strage: stava sempre solo. "Confuso davanti al pm"

IL COMMENTO

Il flop del crime show in stile sovranista

FLAVIA PERINA

La visita alquanto silenziosa di Sergio Mattarella e Giorgia Meloni a Modena mostra come dovrebbero comportarsi ogni istituzione davanti ai fatti di cronaca. - PAGINA 5

AMABILE DI MATTEO, MOSCATELLI, STAMIN

È entrato zoppicante nel carcere di Modena Salim El Koudri. E da allora il giovane, accusato di strage, non ha detto una parola. È «sconvolto e confuso». - PAGINE 2-7

I coniugi e la turista il dramma dei feriti

FRANCO GIUBILEI - PAGINE 6 E 7

IL RACCONTO

Quell'alienazione della porta accanto

LUCARICCI

Sembrerebbe la follia l'unico svenuto di Salim El Koudri. Non ci sarebbe altra ragione per spiegare ciò che ha fatto: incensurato, non risulta radicalizzato. - PAGINA 7

IL MONDO IN GUERRA



Droni sugli Emirati
Netanyahu convoca il gabinetto di crisi

FABIANA MAGRI

Rima di chiudersi nel suo ufficio a Gerusalemme con i più stretti collaboratori e ministri del cosiddetto "piccolo gabinetto di sicurezza", il premier israeliano Netanyahu ha parlato al telefono con il presidente statunitense Trump. SIMONI - PAGINA 8

IL SALONE DEL LIBRO

Le pagelle di Fiorello
"La tv è immobile da venti anni
Garlasco ha stufato"

ALESSANDRO COLOMBO



Un palinsesto fermo da vent'anni per una televisione morbosa e incapace di guardare avanti in una società sempre più frammentata. Sia pur tra applausi e risate, è questa l'impietosa diagnosi sulla tv odierna che Fiorello e Aldo Grasso hanno formulato ieri al Salone. - PAGINE 28 E 29

SINNER TRIONFA A ROMA 50 ANNI DOPO PANATTA. LA JUVE KO: PER LA CHAMPIONS SERVE UN MIRACOLO

La Gloria

BRUSORIO, SANTOPADRE, SEMERARO

Jannik, genio e regolatezza

GIORGIO VAN STRATEN

Sinner e Mattarella al Foro Italico dopo la vittoria - PAGINE 25, 32 E 33

La Vergogna

NICOLA BALICE, FABIORIVA

Spalletti e le colpe di tutti

ANTONIO BARILLA

Uno scontro fra Ndour (in maglia viola) e Yildiz - PAGINA 34 E 35

LA GEOPOLITICA

Europa ai margini perché non è vero

NATHALIE TOCCI

Il vertice Usa-Cina ci è stato raccontato attraverso la lente di due superpotenze, guidate da uomini forti, che dettano le sorti del mondo, con un'Europa impotente ed esclusa. È una lettura dominante in Italia, diffusa tra euroscettici dichiarati e non, che vuole apparire come analisi neutrali. - PAGINA 25

LE IDEE

Mannocchi: Beirut è la Kiev di Bibi

FRANCESCO RIGATELLI - PAGINA 9

Foa, Segre, Gaza e l'antisemitismo

SIMONETTA SCIANDIVASCI - PAGINA 10

Dai chip ai panda l'impero di Xi

DULIO GIAMMARRIA - PAGINA 13

L'ANTICIPAZIONE

Conte, Sinatra e la vita delle canzoni

NICOLA PIOVANI

Una canzone non è fatta soltanto di musica e di testo: riguarda anche la storia di chi l'ha interpretata per la prima volta, di chi l'ha lanciata, e soprattutto riguarda il mondo nel quale è spuntato il fiore di una certa melodia incolata a dei versi. Le canzoni non sono soltanto degli autori, ma anche di chi le canta. - PAGINE 26 E 27

IDIBATTITI

Saviano: questa Italia allontana i giovani

FEDERICO MONGA - PAGINA 17

Sansal: farò tremare il presidente algerino

FRANCESCA FORZA - PAGINA 27

Floridi: l'AI è un mare tutto da esplorare

FRANCESCO MUNAFÒ - PAGINA 29

LA STORIA

I virus, i lupi e i fantasmi di noi umani

MAURIZIO MAGGIANI

Una nave di appestati vaga nell'oceano, nessun porto vuole vederla attraccare ai suoi moli, e ancora vaga e vaga, arranca in bonacce melfitiche, si inabissa e faticosamente risale da sconvolgenti tempeste; nessuno ormai è in grado di governarla, uno a uno gli appestati muoiono di malattia, chi le sopravvive muore di fame e di sete. - PAGINA 21



LA SOCIETÀ

Io, mia figlia e i social come la bici

NATHANIA ZEVI

Da qualche settimana sto insegnando a mia figlia ad andare in bicicletta. Ha quasi sei anni e siamo nella fase più complessa. - PAGINA 20

18 Maggio al 14 Giugno 2026 accipiti 1 prodotto "Le Naturelle" possono partecipare al concorso. Si partecipa al concorso su www.concorso.lenaturelle.it

Le Naturelle
FAMIGLIA LIONELLO
UOVA RUOTE DAL 1959

PARTICIPA AL CONCORSO NATURELLE G

www.naturelle.it



€ 1,40
ITALIA

Il Messaggero

NAZIONALE



Lunedì 18 Maggio 2026 • S. Giovanni I

IL MERIDIANO

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

L'omaggio agli "eroi normali" che hanno fermato Salim **MATTARELLA E MELONI DAI FERITI DI MODENA**

Allegrì, Bechis, Di Corrado, Guasco, Pigliautile alle pagine 6, 7 e 9



L'analisi **LA PRESENZA DELLA REPUBBLICA**

Paolo Pombeni

6 giorni più che impegnativi per il Capo dello Stato (...) Continua a pag. 23

DOPO 50 ANNI JANNIK RIPIERTA IN ITALIA LA COPPA. LA ROMA BATTE LA LAZIO 2-0 E VEDE L'EUROPA

Sinner nella storia

Ha vinto Roma

Derby da Champions

**Modello per l'Italia
LA FORZA DI ROMA CHE FA SISTEMA**
Roberto Napolitano

Il silenzio della bellezza di Roma. Si percepisce attraversando il ponte della Musica mentre il derby delle paure, Roma-Lazio, si dissolve alla prova dei fatti di una macchina oliata della sicurezza e monta l'attesa per l'appuntamento di Sinner con la storia al Foro Italico, mezzo secolo dopo il trionfo di Panatta. Altro grande risultato centrato. In questi due passaggi della giornata di ieri si evidenziano i tratti caratteristici della nuova Capitale. Che è capace di organizzazione, gioco di squadra, garanzia di sicurezza, gestione dei grandi eventi internazionali, attrattiva di capitali e persone.

Questo modello Roma "pluripartisan" fa sistema, esprime concretezza, sapori acquisiti, attitudine a metterli in campo soprattutto quando la prova si presenta impegnativa.
Continua a pag. 23

**Il commento/1
LA GIORNATA INDIMENTICABILE**
Piero Mei

Quanto sei bella Roma è una canzone di quasi un secolo fa (è del 1934), ma cos'è poi un secolo (...)
Continua nello Sport

**Il commento/2
IN LODE DI GASP IL CONDOTTIERO**
Andrea Sorrentino

Alla fine del derby l'Olimpico giallorosso, che ieri era tutto l'Olimpico, gorgheggiava: "Tanto pe' cantà", il brano (...)
Continua nello Sport

Sopra Jannik Sinner e sotto Gianluca Mancini Abbate, Aloisi, Angeloni, Carina, Dalla Palma, Martucci, Mustica, Spalletta, Urbani nello Sport

- Il commento di Giampaolo Rokki nello Sport
- Lo scenario di Mario Ajello a pag. 2

L'intervista



Morassut: la pista che porta al killer di Emanuela Orlandi
Ernesto Menicucci

Roberto Morassut, vicepresidente della Commissione sulla scomparsa di Emanuela Orlandi e Mirella Gregori: «Vittime di femminicidi».
A pag. 19

FIORELLA MANNOIA

ANIME SALVE TRENT'ANNI

FIORELLA canta
FABRIZIO De André
e IVANO FOSCATI

04 e 05 Settembre 2026
ROMA

ROMA SUMMER FEST
Auditorium Parco della Musica
Ennio Morricone, Cavea

Il Segno di LUCA

VERGINE SPERIMENTA

La settimana inizia a tutta velocità, nel lavoro si fanno strada nuove idee che in qualche modo rivoluzionano il tuo approccio, spingendoti a cambiare e soprattutto a fare degli esperimenti per verificarne la fondatezza. Sei entrato in una stagione diversa e questo significa che anche le leggi che la regolano sono altre e diventa necessario adeguare i tuoi comportamenti. Adesso la parola d'ordine che ti guida e ispira è indipendenza. **MANTRA DEL GIORNO** Cambiando le regole il senso cambia.

L'oroscopo a pag. 23

* Tandem con altri quotidiani (non separabili separatamente) nelle province di Padova, Lecce, Brindisi e Taranto, Il Messaggero • Nuovo Quotidiano di Puglia € 1,20, la domenica con Tuttosport € 1,40, in Abruzzo, Il Messaggero • Corriere dello Sport Stadio € 1,40, del Mezzogiorno, Il Messaggero • Provo Piano Molise € 1,50, resto province di Bari e Foggia, Il Messaggero • Nuovo Quotidiano di Puglia • Corriere dello Sport Stadio € 1,50, "Yvoni porta al Mare" € 0,90 (Roma)

RISORSE Propaganda Spendiamo meno di 1/3 della media Ocse

Due milioni di malati senza giusta assistenza: il governo taglia i fondi

» **Linda Di Benedetto**

La tragedia di Modena è diventata in poche ore l'ennesimo terreno di propaganda. Prima ancora che il quadro fosse chiaro già la Lega chiedeva fermezza, tolleranza zero e parlava di "criminali di seconda generazione". Nessuno, però, ha affrontato il punto più scomodo della vicenda: Salim El Koudri, il 31enne accusato di strage dopo aver travolto i passanti in via Emilia Centro, era già seguito dal Centro di salute mentale di Castelfranco Emilia e viveva, come ammesso dal ministro dell'Interno Matteo Piantedosi, "una situazione di disagio psicologico".

Una falla che chiama in causa direttamente lo stato della salute mentale pubblica in Italia, da anni impoverita da sottofinanziamenti cronici, carenze di personale e servizi territoriali sempre più incapaci di seguire i casi più complessi. Ma parlarne significherebbe aprire un fronte politico ben più difficile da gestire rispetto al solito copione securitaria.

Secondo l'ultimo Rapporto ministeriale sulla salute mentale, nel 2023 circa 850 mila persone sono state prese in carico dai servizi specialistici pubblici di salute mentale, e secondo stime epidemiologiche al-

meno altri due milioni di cittadini con disturbi psichici gravi o persistenti non ricevono cure adeguate o restano completamente esclusi dai percorsi di assistenza. Alla salute mentale in Italia viene destinato trail 2,7% e il 3% del Fondo sanitario nazionale: poco più della metà del 5% fissato come obiettivo minimo dagli accordi Stato-Regioni e molto lontano dalla media europea e OCSE, che supera il 10%.

IL VUOTO ASSISTENZIALE emerge chiaramente analizzando il nuovo Piano di Azione Nazionale per la Salute Mentale PANSM2025-2030. Il ministro della Salute Orazio Schillaci l'ha presentato rivendicando la salute mentale "al centro dell'agenda politica". Il punto debole, però, resta quello economico. La legge di Bilancio 2026 ha previsto 80 milioni di euro per il primo anno, destinati a ridursi progressivamente fino a 30 milioni annui strutturali dal 2029. Risorse che sindacati e società scientifiche giudicano insufficienti persino a coprire il turnover del personale che andrà in pensione. "Quello che è accaduto interroga la politica su temi scomodi: la capacità del sistema pubblico di intercettare situazioni di vulnerabilità estrema e le risorse che mancano ai Comuni per presidiare le fragilità prima che diventino emergenze. Il nuovo Piano nazionale per la salute mentale esiste ma è senza risorse concrete", dichiara Ilenia Malavasi, capogruppo Pd in commissione Affari sociali alla Camera. Sulla stessa linea si colloca Fabrizio Starace, p-

sichiatra ed ex direttore del Dipartimento di salute mentale di Modena, oggi presidente della Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica: "Quei 30 milioni del nuovo piano della salute mentale destinati all'acquisizione del personale sono neanche un decimo di quello che occorrerebbe. Solo per il personale. Noi siamo un Paese nel quale non si dà assistenza al 90% delle persone che presentano problemi di salute mentale. Il 5% della popolazione assistita è parcheggiata in strutture residenziali per anni, senza monitoraggio degli esiti, senza programmi riabilitativi e consuma il 50% delle risorse complessive. Oggi non vorrei che l'atteggiamento xenofobo diventasse un atteggiamento psicofobo. Il capro espiatorio è sempre sull'anello più debole della catena: i migranti e le persone con problemi di salute mentale."

La tragedia di Modena riapre una questione che la politica affronta quasi sempre dopo i disastri: il progressivo smantellamento della salute mentale pubblica italiana. Ma anche stavolta, nel pieno dello scontro politico, la parola "sanità" è rimasta quasi completamente assente dal dibattito pubblico del Governo Meloni.



DATARO Cosa coprono (davvero)
le assicurazioni sanitariedi **Milena Gabanelli** e **Simona Ravizza**

Assicurazioni sanitarie, un sistema privato raddoppiato in 10 anni senza regole chiare a tutela dei pazienti. Cosa coprono davvero.

a pagina 25

Assicurazioni sanitarie Cosa coprono davvero

FRANCHIGIE ALTE E TETTI DI SPESA PER 21,6 MILIONI DI PERSONE

VISITE, ESAMI E RICOVERI SOLO PRESSO STRUTTURE CONVENZIONATE

AGEVOLAZIONI FISCALI E ORA CHI VENDE POLIZZE DECIDE LE CURE

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

Davanti al numero record di italiani con un'assicurazione sanitaria, raddoppiato in dieci anni, s'impone una domanda: i 21,6 milioni di cittadini che oggi possiedono una polizza — contro gli 11 milioni del 2015 — possono davvero considerarsi al riparo dal malfunzionamento del Servizio sanitario nazionale (Ssn)? I numeri ovviamente comprendono non solo il titolare della polizza, ma anche il nucleo familiare a cui è estesa la copertura. Subito dopo se ne impone un'altra: se l'obiettivo principale di chi stipula un'assicurazione è saltare le liste d'attesa, perché invece di diminuire si sono così ingolfate da rappresentare uno dei principali problemi del Paese?

Certamente, la carenza di medici e infermieri è un problema reale, ma non può essere un alibi eterno. Come ricorda l'Ufficio parlamentare di bilancio nel report del 31 marzo: «Tra il 2018 e il 2024 nel Ssn si è osservato un incremento complessivo di 64.800 unità». Vediamo, allora, che cosa si nasconde dietro il sistema delle assicurazioni sanitarie che si sta sviluppando in parallelo a quello pubblico, sfruttandone le difficoltà e lasciandogli in carico i malati più gravi e le cure più costose. Si tratta di un modello che cresce silenziosamente, senza regole chiare a tutela dei pazienti e con sostegni pubblici.

Chi è coperto e quanto paga

Nel 66% dei casi le polizze coprono visite ed esami già previsti dal Servizio sanitario, ma

con tempi più rapidi; solo il 33% riguarda prestazioni escluse, prevalentemente odontoiatriche. Le coperture assicurative si dividono in tre grandi gruppi: il primo coinvolge 13,1 milioni di persone coperte da fondi sanitari legati ai contratti collettivi e agli ordini professionali. Il costo medio della polizza è di 159 euro l'anno, con un aumento di 25 euro rispetto al 2021. Il secondo gruppo riguarda 3,9 milioni di lavoratori con polizze aziendali, il cui costo medio è di 120 euro l'anno, 32 in più rispetto al 2021. Per i dipendenti di entrambi i gruppi, le polizze sono spesso utilizzate per facilitare le trattative sindacali e compensare aumenti salariali insufficienti rispetto alla crescita dei prezzi. Infine il terzo gruppo: 4,6 milioni di persone che hanno polizze individuali, con un costo medio di 361 euro, ma che può arrivare fino a 3.600 assicurando rimborsi più alti sulle prestazioni effettuate. Un mercato che complessivamente vale 4,4 miliardi.

Cosa offre l'assicurazione

Concentriamoci sui primi due gruppi, che rappresentano il 78% degli assicurati. Con i premi per assistito così bassi, pagati in tutto o in parte dal datore di lavoro, quale reale copertura viene offerta al paziente? Le limitazioni sono significative: a) per non anticipare i soldi, bisogna rivolgersi solo alle strutture indicate dall'assicurazione, che decide sempre se autorizzare o meno la prestazione richiesta; b) le franchigie a carico dell'assicurato e/o bisogna fare i conti con una percentuale da pagare sul costo della prestazione (in gergo è lo *scoperto*); c) le polizze hanno dei tetti di spesa oltre i quali l'assicurazione non rimborsa più nulla; d) il premio aumenta con l'età dell'assicurato. Le coperture dipendono dal piano stipulato: meno paghi e meno ne hai.

Con UniSalute, che per la compagnia Unipol gestisce le coperture di 11 milioni di assistiti, i ricoveri sono coperti al 90% nelle strutture convenzionate con l'assicurazione, e al 70% in quelle esterne, con una franchigia minima di 100 euro e un tetto di spesa. Un intervento di protesi d'anca costa mediamente 20 mila euro: in una struttura non indicata dall'assicurazione il paziente li dovrà tirare fuori, l'assicurazione poi gliene rimborserà 14 mila e a suo carico ne resteranno 6 mila. Motivo per cui ci si rimette in fila nell'ospedale pubblico.

Il Fondo Est, previsto dal contratto collettivo nazionale di Terziario, Turismo e Servizi, rimborsa le visite specialistiche sempre solo nelle strutture scelte dall'assicurazione, con franchigia di 20 euro e limite di spesa annuo di 700 euro. Per gli esami diagnostici, la franchigia è 35 euro. Per quel che riguarda gli interventi bisogna fare attenzione a ogni singolo piano perché non proprio tutti sono autorizzati. Le cure oncologiche hanno coperture molto limitate: il Fondo Est rimborsa 6 mila euro l'anno terapie come chemioterapia, radioterapia e dialisi. Una singola seduta di chemioterapia per il tumore al polmone costa 12 mila euro e ne va fatta una al mese per almeno due anni.

Poi con il pensionamento la polizza fornita dal datore di lavoro si interrompe. Solo 500 mila persone, pari al 3,8% degli assicurati, riescono a mantenerla, ma siamo nella fascia alta dei premi.

I vantaggi fiscali

Il sistema però cresce anche grazie alle leggi che prevedono delle agevolazioni fiscali. Per i fondi sanitari, il datore di lavoro anziché versare i contributi previdenziali ordinari del 23,8%, paga solo il 10%, e gli importi sono integralmente deducibili ai fini Ires e Irap, come costi del personale. Per il lavoratore, i costi della polizza a proprio carico non concorrono a formare reddito fino a 3.615,20 euro l'anno. Secondo l'Ufficio parlamentare di bilancio, l'insieme di questi vantaggi fiscali e contributivi vale 1,7 miliardi di euro l'anno. In più le spese non rimborsate sono detratte al 19%, e per le polizze individuali la stessa detrazione vale anche sulle spese rimborsate. Significa che parte della spesa sanitaria privata viene di fatto sostenuta dallo Stato.

Assicurazioni e strutture sanitarie

Intanto le compagnie assicurative stanno entrando direttamente nella gestione sanitaria attraverso l'acquisto di strutture. Nel dicembre 2022 UnipolSai acquista il Centro Medico Santagostino, una rete di 46 poliambulatori presenti in Lombardia, Emilia-Romagna, Liguria e Lazio. Nel giugno 2024 Generali crea con il Gruppo San Donato una società per aprire 100 ambulatori entro il 2030, dichiarando una «partnership strategica al servizio del Paese». Nel febbraio 2026 Reale Mutua acquisisce l'80% di Lifenet Healthcare, attiva in 5 regioni con 16 ambulatori, 4 cliniche oculistiche e 5 ospedali accreditati con il Ssn, tra cui il Policlinico Casilino a Roma.

Commistione di interessi

La finalità è chiara: allargare il sistema in modo che il maggior numero di prestazioni siano erogate dalle strutture di proprietà di chi stipula le polizze e rimborsa le prestazioni. Questo consente di governare meglio l'offerta, indirizzare la domanda, e di conseguenza ottenere condizioni economiche favorevoli. E siccome l'obiettivo dell'operatore privato è il profitto, è inevitabile che le migliori condizioni economiche si ottengano risparmiando sul numero e sulla qualità delle prestazioni erogate. A questo proposito c'è il dato dell'Osservatorio sui consumi sanitari finanziati privatamente (Ocps del Cergas-Bocconi): mentre negli ultimi anni sono aumentati gli assicurati, i premi incassati e i prezzi delle polizze, la quota che torna in prestazioni è sempre ferma al 70%.

E allora che garanzie dà un sistema dove chi vende le polizze è anche il fornitore diretto delle prestazioni sanitarie? Chi tutela il cittadino dai rischi di prestazioni inappropriate, della mancata erogazione delle cure necessarie o di scarsa qualità? E quando poi le grandi compagnie avranno conquistato una posizione dominante, anche le tariffe delle polizze raggiungeranno altre vette.

La tendenza del disimpegno pubblico la stiamo vedendo proprio in questi giorni anche sui medici di famiglia: mentre le Regioni compatte vorrebbero avere la possibilità (almeno in via residuale) di assumere i medici di medicina generale per garantire migliore assistenza ai pazienti, il sottosegretario alla Salute Marcello Gemmato (farmacista) scavalca il ministro Schillaci con questa dichiarazione: «Fratelli d'Italia resta contraria all'ipotesi di far diventare i medici di famiglia dipendenti pubblici, la via prioritaria non può che essere la convenzione».

Dataroom@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Salute mentale, il caso italiano

Quei pazienti persi dai radar

L'82,2 per cento di loro smette di frequentare le strutture senza un accordo con i medici
Solo il 10 per cento circa delle interruzioni avviene perché si conclude il piano terapeutico

di **Giulia Prosperetti**
ROMA

'Persi dai radar'. Come Salim El Koudri – il 31enne fermato per strage e lesioni aggravate, dopo aver falciato, sabato pomeriggio, con la sua auto sette passanti nel centro di Modena – l'82,2% dei pazienti psichiatrici assistiti dai servizi specialistici smette di frequentare le strutture senza un accordo con i medici. Dall'ultimo rapporto sulla salute mentale del ministero della Salute, relativo al 2024, emerge che solo il 10% circa delle interruzioni avviene perché il trattamento è giunto a una conclusione prevista dal piano terapeutico.

«C'è probabilmente una quota, io credo minoritaria, di situazioni un po' più severe che non mantengono la continuità auspicata delle cure all'interno dei nostri servizi – spiega Antonio Vita, presidente della Società italiana di psichiatria (Sip), direttore del Dipartimento Salute mentale dell'Asst Spedali Civili di

Brescia e ordinario di psichiatria all'Università di Brescia -. Ma in Italia abbiamo un sistema capillare di servizi territoriali di salute mentale, tra i più diffusi e sviluppati in Europa e nel mondo, che di fatto consentono una

cura piuttosto continuativa dei nostri pazienti. Le possibilità di cura – trattamenti sono non solo farmacologici, ma anche psicosociali, riabilitativi, di comprovata efficacia – ci sono, ma la precocità dell'intervento è, soprattutto nei giovani, un elemento fondamentale».

Il presidente della Sip, tuttavia, pone l'accento sulla necessità di «maggiori risorse per i servizi di salute mentale». Nel 2024, a fronte di 845.516 persone prese in carico, nelle unità operative psichiatriche pubbliche lavoravano 33.142 persone tra infermieri, psichiatri, psicologi e riabilitatori. «Rafforzare il personale – sottolinea Vita – significa ampliare ulteriormente la possibilità di cura, le possibilità di intervento su queste situazioni che sappiamo essere diffuse».

«È impossibile per uno psichiatra – gli fa eco Massimo Clerici, professore di psichiatria all'Università degli Studi di Milano Bicocca, già direttore del dipartimento di Salute mentale e Dipendenze e della Struttura Complessa di psichiatria dell'Asst Monza Ospedale San Gerardo e presidente dell'Associazione ricerche sulla schizofrenia (Ars) – seguire 500-600 pazienti e dedicarsi soprattutto a quelli complessi che richiederebbero un'assistenza non dico quotidiana, ma comunque molto ravvicinata. Quando uno psichiatra incontra un paziente per il quale ci sono dei criteri di possibile pericolosità, dovrebbe essere messo nelle condizioni di poter-

lo assistere. In Inghilterra anni fa hanno investito tantissimo in équipe di servizi psichiatrici che andavano a cercarsi i pazienti bisognosi di cure che non volevano essere assistiti. Le persone che richiedono dei trattamenti lunghi dovrebbero avere dei luoghi dove vengono anche obbligati a stare, come in molti Paesi. Ma in Italia l'unico strumento è il Tso che, salvo proroghe, ha una durata di 7 giorni».

All'interno degli 11 disturbi della personalità esistenti raggruppati in 3 aree, il disturbo schizoide della personalità per il quale, a quanto si apprende, El Koudri tra il 2022 e il 2024 è stato in cura al Centro di salute mentale di Castelfranco, – afferma Clerici – «rientra nel gruppo A che racchiude i disturbi più vicini alla schizofrenia». Si tratta di pazienti che «tendenzialmente non si fanno assistere dai servizi pubblici, perché non riconoscono dei sintomi specifici».

E, sebbene «i pazienti psichiatrici che compiono reati» siano «una minima parte – evidenzia Clerici –, «qualunque disturbo della personalità può, in una fase di particolare sollecitazione da stress, in caso di assunzione di sostanze, o di fronte a eventi che determinano forti spinte emulatorie, sfociare in un comportamento deviante».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

SOCIETÀ DI PSICHIATRIA

**Il presidente Vita
pone l'accento
sulla necessità
di maggiori
risorse per i servizi
di salute mentale**

POLITICA SANITARIA, BIOETICA



Rafforzare le strutture sanitarie

Gabriele Canè



È un po' come il bicchiere mezzo pieno. E mezzo vuoto. Ha ragione il ministro Piantedosi: il fatto che il killer di Modena non sia un terrorista sfuggito alle maglie dei nostri servizi, è motivo di conforto. Del resto, da noi la jihad, passa, progetta, ma difficilmente agisce. Non da oggi. E questo, a quanto pare, è il bicchiere mezzo pieno. Poi, l'altra faccia della medaglia. Ancora più preoccupante. Perché se la ragnatela dell'antiterrorismo è fitta e collaudata, quella dei servizi sociali e sanitari, evidentemente qualche smagliatura la presenta. Se Salim, «affetto da disturbo schizoide della personalità», era uscito da tutti i radar del territorio fino a riapparire in

centro a Modena per seminare morte, vuol dire che qualcosa non ha funzionato: probabilmente il meccanismo che non ha le risorse necessarie per vigilare sui soggetti pericolosi per un periodo congruo. Per sempre, se è il caso. C'è da riflettere, insomma, sul sistema che presiede alla cura dell'igiene mentale, perché di gente fuori di testa pare che il mondo sia sempre più pieno, mentre dovrebbero essere vuoti i reparti ospedalieri dove finiscono tranquilli cittadini falciati come birilli in un tiepido pomeriggio di primavera. Terribile. Questo, a monte. A valle, si ripropone il tema della sicurezza complessiva nelle città, soprattutto nei centri storici. Dal 2017, dopo le stragi delle auto killer di Nizza e Barcellona, molte aree sono

protette dai cosiddetti dissuasori, blocchi di cemento ingentiliti dai fiori che impediscono a ogni mezzo di infilarsi tra la folla a tutta velocità: come a due passi dalla Ghirlandina. Qualche urbanista storse il naso: il cemento disturba la vista. Vero. Disturbano di più i Salim, però, qualunque matrice abbiano, anche psichiatrica. Allora, da Modena risuona l'allarme: più vigilanza sanitaria e sicurezza preventiva. Perché il bicchiere sia pieno. O il più pieno possibile.



PNRR IN SCADENZA

Case di comunità vuote, Gemmato ora silura Schillaci

» **Linda Di Benedetto**

Il sottosegretario alla Salute, Marcello Gemmato, farmacista di professione, ha scelto il momento più delicato per mettere ancora una volta in difficoltà il ministro Orazio Schillaci. Con il Pnrr ormai agli sgoccioli e le Regioni che cercano disperatamente medici per evitare che le nuove Case di Comunità restino vuote, l'esponente di Fratelli d'Italia ha bocciato pubblicamente l'ipotesi di assumere medici di famiglia come dipendenti pubblici. "Fdi resta contraria all'ipotesi di far diventare medici di famiglia e pediatri dipendenti pubblici. La via prioritaria non può che essere la convenzione", ha spiegato.

Un posizionamento a cui ha fatto subito eco la Fimmg - la potente Federazione dei medici di medicina generale (Fimmg) - d'accordo con la linea espressa da Fdi.

Una mossa per dare un colpo al cerchio e uno alla botte: da un lato rassicurare l'elettorato medico e le sigle più corporative, dall'altro tentare di non scontentare le Regioni, vicine al collasso. Un equilibrio che non regge la penuria di medici.

Il problema è che il tempo è quasi scaduto. Entro sei settimane dovrebbero essere pienamente operative almeno 1.038 Case di Comunità dotate di servizi e personale sanitario, e Schillaci arriva a questo appuntamento con una riforma nei fatti modesta (prevede solo un passaggio su base volontaria dei medici da convenzionati a dipendenti) e bloccata ancora al nastro di partenza. Ma Gemmato non è solo: il secondo siluro

contro la riforma era già partito da Forza Italia, con la capogruppo al Senato Stefania Craxi e il vicepremier Antonio Tajani che hanno bocciato la proposta.

Uno scenario di scontro dove si è inserita la Fimmg. Il segretario Silvestro Scotti ha prima tentato la carta del "va tutto bene", sostenendo che il nuovo Accordo Collettivo Nazionale basta e avanza a coprire i turni. Poi, alla comparsa del decreto, ha alzato lo scontro denunciando il mancato confronto e agitando la "minaccia nucleare": il ricorso alla Corte costituzionale. Di fatto, però, i medici di famiglia hanno già accettato un'attività oraria obbligatoria nelle strutture territoriali, il cosiddetto "debito orario", che viene quantificato in sole quattro ore settimanali nelle Case di Comunità.

Questo, unito alla disponibilità di circa 15mila medici di continuità assistenziale (ex guardia medica) e i sostituti, potrebbe bastare a coprire i turni festivi e notturni, ma lascerebbe scoperte le aree "disagiate", cioè quelle interne, montane e periferiche, dove i medici di famiglia non vogliono andare.

La verità è che il modello convenzionato puro, conti alla mano sembra clinicamente morto. In Italia, secondo Gimbe, mancano già oggi oltre 5.700 medici di famiglia; tra il 2019 e il 2024 il personale è calato di 5.197 unità e in 18 regioni su 20 la carenza è cronica. Tra il 2026 e il 2035 andranno in pensione circa 39.000 medici dipendenti e 20.000 convenzionati.

Orazio Schillaci si ritrova così a fine mandato stretto tra una riforma che non parte, Case di Comunità che rischiano di restare vuote, una maggioranza che lo smentisce e il rischio sempre più concreto di non avere più abbastanza medici per garantire il diritto alla salute, soprattutto nelle aree più fragili del Paese.

**L'UOMO DI FDI
CONTRO
LA RIFORMA:
"NO AI SANITARI
DIPENDENTI"**



Parla Malavasi

“Welfare, il governo
fa la guerra
agli indifesi”

U. De Giovannangeli a p. 2



PARLA ILENIA MALAVASI

«IL GOVERNO SMANTELLA IL WELFARE, E SI ACCANISCE CONTRO I PIÙ INDIFESI»

«I poveri, le persone con disabilità, le donne: sono le vittime delle scelte politiche di questa destra.

Quando trovi miliardi per il taglio delle tasse ai redditi alti, le risorse per aumentare le spese militari e poi dici che non ci sono soldi per la sanità pubblica, stai dicendo che la salute è un bene per chi se la può permettere, non un diritto universale»

Umberto De Giovannangeli



per pezzo il welfare universale. E lo fa scegliendo sempre le stesse vittime: i poveri, le persone con disabilità, le donne, chi non può difendersi”.

Ilenia Malavasi, deputata del Partito Democratico e capogruppo in commissione Affari Sociali a Montecitorio, non usa mezzi termini: “Questo governo smantella pezzo

Partiamo da un dato che fa male. Il Servizio Sanitario Nazionale compie quarantasette



anni. Come sta?

Una precisazione necessaria. In Italia abbiamo un sistema sanitario pubblico di grande qualità, che oggi sta pagando le conseguenze di scelte sbagliate, di tagli e di mancata programmazione. E quindi oggi sta Male. Molto male. E non è una valutazione politica, è la fotografia che ci restituiscono i numeri. Quasi sei milioni di italiani hanno rinunciato nel 2024 a cure, a prestazioni sanitarie necessarie, alla prevenzione perché non potevano permetterselo economicamente, evidenziando un aumento significativo rispetto ai 4,5 milioni del 2023. Le liste d'attesa sono diventate un muro invalicabile: per una risonanza magnetica si aspettano mesi, per una visita oncologica anche di più. Il personale sanitario è esausto, sottopagato e scappa, all'estero o verso il privato. Con questo governo il finanziamento rispetto al PIL è sceso dal 7,1% quando governava il centrosinistra al 6,4% attuale, privando il Servizio Sanitario Nazionale di circa 14 miliardi di potere d'acquisto reale e allontanandoci ulteriormente dalla media europea, che viaggia sopra l'8% con giganti come Germania e Francia oltre il 10%. Il finanziamento reale al SSN, al netto dell'inflazione, è in calo. Il governo mente parlando di risorse aggiuntive: si tratta di briciole rispetto al fabbisogno reale. Intanto il privato avanza, e avanza perché il pubblico arretra. È una scelta politica, non una fatalità.

Peraltro, in tutti questi anni il governo ha mostrato una pericolosa tendenza antiscientifica. Ricordo che nel maggio 2025, l'Italia si asteneva, insieme a Iran, Russia e Israele, sul nuovo piano pandemico. Credo sia giunto il momento di rivedere questa posizione assurda e pericolosa.

Questo attacco alla sanità è una scelta politica o, come sostiene il governo, una necessità dettata dai conti?

Quando trovi miliardi per il taglio delle tasse ai redditi alti, le risorse per aumentare le spese militari, non tocchi i privilegi fiscali di alcune categorie e poi dici che non ci sono soldi per la sanità pubblica, stai facendo una scelta politica. Stai dicendo che la salute è un bene per chi se la può permettere, non un diritto universale. Stai dicendo che la sanità pubblica non è una priorità. Stai dicendo che preferisci acquistare prestazioni dal privato, piuttosto che investire in assunzioni di personale, andando a svuotare di competenze e di futuro il Ssn. Noi invece diciamo che la salute è un diritto costituzionale non negoziabile. E che finanziare il SSN non è un costo, è un investimento nel capitale umano e nella coesione sociale.

Persone con disabilità, non autosufficienti, famiglie in povertà. Cosa è stato fatto da questo governo?

È stata approvata una delega sulla disabilità, con grandi fanfare, presentata come rivoluzione. Ma una delega è una cornice vuota se non ci metti le risorse. E le risorse non ci sono. La riforma della disabilità rischia di diventare l'ennesimo libro dei sogni: sulla carta un

sistema di valutazione rinnovato, progetti di vita individuali, inclusione reale. Nella realtà, i fondi stanziati sono insufficienti, i decreti attuativi arrivano in ritardo, i Comuni, che dovrebbero essere il braccio operativo, sono lasciati senza strumenti, le sperimentazioni parziali e inefficaci. Intanto le famiglie con un disabile grave continuano a fare i salti mortali. L'indennità di accompagnamento è ferma a cifre che non bastano nemmeno a pagare poche ore di assistenza. Lo stesso possiamo dire per la riforma per la non autosufficienza. Decreti attuativi mancanti o inefficaci, che tradiscono lo spirito originario di una riforma innovativa e attesa da oltre 20 anni. Il racconto è sempre rivoluzionario, la realtà invece sempre drammatica. I caregiver familiari, che spesso sono una donna che ha rinunciato al lavoro e alla propria vita, non hanno ancora un riconoscimento giuridico degno di questo nome.

La legge per i caregiver familiari dove è finita?

Il dibattito parlamentare è stato umiliato, le nostre proposte di legge abbandonate, per dare spazio e voce al disegno di legge della Ministra Locatelli. Non è una buona proposta, poco più di uno specchio per le allodole. Mancano le risorse, mancano tutele lavorative e previdenziali, mancano diritti. E ci sono molte cose sbagliate, vincoli anacronistici, come la convivenza per avere un minimo riconoscimento. C'è chi in questo Paese dedica la propria esistenza all'assistenza di un familiare o di un amico gravemente disabile o non autosufficiente. Rinuncia al lavoro, alla pensione, alla vita sociale, alla salute. E lo Stato cosa fa? Al massimo gli dice: "Sei un bravo cittadino", anzi sei così bravo che se convivi e rinunci al lavoro, ti riconosco un bonus contro la tua povertà. Meno di 1 euro all'ora, un'offesa per i caregiver e una vergogna per questo governo. Noi avevamo presentato proposte concrete: contributi figurativi, pensioni anticipate, servizi di sostegno, percorsi di sollievo, supporto psicologico. Tutto insabbiato. Abbiamo sprecato una buona occasione per fare una legge di civiltà e dare piena dignità a tutti i caregiver,

nessuno escluso.

Il governo ha anche abolito il Reddito di Cittadinanza e lo ha sostituito con altre misure che molti giudicano insufficienti.

L'abolizione del RdC ha lasciato senza rete di protezione centinaia di migliaia di persone che non sono "occupabili" in nessun senso realistico del termine: persone anziane sole, persone con disabilità senza supporto, famiglie con minori in condizione di povertà assoluta. Il nuovo sistema, tra Assegno di Inclusione e Supporto per la Formazione e il Lavoro, è frammentato, ha platee più ristrette, importi più bassi, condizionalità più stringenti. E soprattutto non funziona per chi non può lavorare, che è esattamente la platea che aveva più bisogno di tutela. Il risultato? Secondo i dati della Caritas e di altri osservatori, decine di migliaia di persone sono fuori da qualsiasi misura di sostegno. La povertà aumenta e cresce il disagio sociale. Questa non è riforma del welfare, è smantellamento.

Perché è urgente un salario minimo?

Perché in Italia esistono contratti collettivi che prevedono retribuzioni di cinque, sei euro l'ora. Perché esiste il lavoro povero, e non è un'astrazione: sono le cassiere, i rider, i lavoratori della logistica, le addette alle pulizie, gli operatori sociali. Persone che lavorano e però non ce la fanno ad arrivare a fine mese. Parliamo di 3 milioni di persone. Noi avevamo proposto, insieme a quasi tutta l'opposizione, un salario minimo legale a nove euro lordi l'ora. Una proposta adottata da quasi tutti i Paesi dell'Ue. Il governo ha risposto con un nient ideologico, nascondendosi dietro la retorica della contrattazione collettiva. La nostra proposta voleva proprio potenziare la contrattazione collettiva, a tutela dei settori non coperti e contro i contratti pirata. Il salario minimo è una questione di dignità. E la dignità non può essere negoziata al ribasso.

Lei parla spesso di un governo contro le donne.

Lo dimostrano i fatti. Guardi i congedi parentali: l'Italia è fanalino di coda in Europa per congedo obbligatorio dei padri. Il governo aveva la possibilità di intervenire, di avvicinarci agli standard nordeuropei, di spingere verso una genitorialità condivisa. Non lo ha fatto. I congedi di paternità rimangono simbolici, dieci giorni obbligatori, una presa in giro rispetto ai mesi garantiti in Svezia o Finlandia. Questo significa che il peso della cura continua a cadere quasi esclusivamen-



te sulle donne. Il che si traduce in uscite dal mercato del lavoro, in carriere interrotte, in pensioni da fame. E poi c'è la questione dell'autonomia economica: senza salario minimo, senza reddito di sostegno adeguato, senza servizi all'infanzia universali, le donne rimangono economicamente dipendenti. Un governo che non affronta questi nodi strutturali non è neutro rispetto alla questione di genere: è un governo che perpetua la disuguaglianza, limita la libertà delle donne e rallenta il cammino di emancipazione femminile.

Eppure, il governo ha una donna come premier. Non è una contraddizione?

No, è una conferma. Avere una donna al governo non basta, se le politiche non tutelano le donne anzi smantellano un sistema di diritti. Meloni ha fatto della sua storia personale un simbolo, ma le politiche della sua maggioranza vanno esattamente nella direzione opposta. Tagliare il welfare, non estendere i congedi, non costruire una rete di asili nido universali (ricordo che sono stati tagliati 100.000 posti di asilo nido dai progetti PNRR), non combattere il lavoro povero, depotenziare i consultori, attaccare il diritto all'aborto, rappresenta un attacco alle donne.

C'è chi dice che l'opposizione sa bene cosa non va, ma non sa proporre un'alternativa

credibile.

Il PD ha depositato proposte concrete su tutto quello di cui abbiamo parlato: salario minimo, caregiver, non autosufficienza, potenziamento del SSN, congedi paritari. Non sono slogan, sono testi parlamentari con coperture finanziarie, articolati e pronti. Il problema è che questo governo e la sua maggioranza non vogliono discutere. Ma l'alternativa si costruisce anche fuori dal Parlamento: si costruisce ascoltando le associazioni delle persone con disabilità, i sindacati, i medici di base, le famiglie che non ce la fanno. Si costruisce partendo dalle risposte concrete che i cittadini aspettano. Noi stiamo lavorando a un programma di governo che ponga al centro la persona. Che dica: la tua fragilità non è una colpa, è un diritto che deve essere supportato. Questo governo ha scelto di attaccare i più indifesi tra gli indifesi. Noi scegliamo di stare dalla loro parte perché crediamo che una democrazia si misuri da come tratta chi è più vulnerabile.

Salario minimo, caregiver, non autosufficienza, potenziamento del SSN, congedi paritari: il Pd ha depositato proposte concrete su tutto. Non sono slogan, ma testi parlamentari con coperture finanziarie



Ilenia Malvasi





Servizio La lettera

Medici di famiglia, anche i pediatri contro la riforma: «Si penalizzano i bimbi»

Il decreto è atteso per fine mese in Cdm, ma resta ancora il nodo da sciogliere sulla dipendenza dei medici con il Ssn. I sindacati sono sul piede di guerra e scende in campo anche la Fimp

di Letizia Giostra

15 maggio 2026

Pediatri in agitazione. Le motivazioni sono riportate nero su bianco in una lettera aperta da parte della Federazione Italiana Medici Pediatri (Fimp). Il problema è la riforma voluta dal ministro della Salute Orazio Schillaci sulla sanità territoriale che - secondo il sindacato - rischia di alzare un muro contro le famiglie.

Un nuovo episodio che segue quello del tavolo di confronto tra Governo, Regioni e sindacati dello scorso 12 maggio. I camici bianchi dei più piccoli si scagliano quindi contro il modello di dipendenza presentato nella bozza del decreto, in quanto non garantirebbe un modello assistenziale fondato sulle scelte prese dal medico, rendendoli dipendenti dal Servizio sanitario nazionale (Ssn).

Fumata nera sulla riforma, ora tocca ai pediatri

Con il decreto legge ancora in cantiere che attende la riunione del Consiglio dei ministri prevista per fine mese, questa volta ad esprimere il loro punto di vista sulla riforma dei medici di famiglia sono i pediatri, affidando ad una lettera aperta le loro considerazioni sul caso.

La Fimp si scaglia contro le strette sull'autonomia della professione espresse nella bozza: meno possibilità di scelta e più medici dipendenti dal Ssn. Per il sindacato, a rimetterci sarebbero le famiglie e i loro bambini poiché - come indicato nella lettera della federazione - si cancellerebbe quel rapporto di «fiducia, continuità e prossimità» con i genitori. Ed è proprio il concetto di fiducia quello su cui i pediatri premono maggiormente, rifiutando un modello che per loro pone in una posizione di svantaggio i bambini.

Cosa dice la bozza

La bozza del decreto - che il Sole 24 Ore ha potuto leggere - chiama in causa anche i pediatri. L'articolo 2, infatti, stabilisce che «il rapporto di lavoro dipendente costituisce canale residuale e complementare, selettivo e programmato, attivabile dalle Regioni e dalle Province autonome per la copertura degli incarichi vacanti non assegnati attraverso il canale convenzionale, delle funzioni territoriali strutturate e dei fabbisogni assistenziali non soddisfatti». Il modello, secondo la Fimp, creerebbe bambini di Serie A e Serie B.

Poi c'è il discorso sulle Case di comunità che, secondo quanto riportato nella bozza, potranno beneficiare anche di una quota pari almeno a sei ore settimanali per quarantotto settimane all'anno per gli altri medici non dipendenti. Una quota che si basa sul numero di assistiti e che risponde ai fabbisogni regionali. Anche qui, i pediatri parlano di «call center della salute».

Ma c'è di più, perchè tra le ultime novità della bozza non c'è solo il ridimensionamento dell'autonomia del medico, ma anche la ridefinizione dell'età per l'iscrizione al pediatra che «è compresa dalla nascita del bambino e fino al compimento del sedicesimo anno di età». Una soglia d'età «elevabile a diciotto anni mediante autonome determinazioni organizzative regionali».

L'appello della Fimp: «No ai pediatri senz'anima»

Le preoccupazioni del sindacato ruotano attorno il disegno della riforma in discussione perchè a detta loro attaccherebbe l'autonomia del medico, trasformando l'assistenza pediatrica territoriale in un «servizio impersonale», che basa la professione medica su «turni, sportelli e logiche burocratiche».

La riforma del ministro Schillaci continua quindi a scaldare gli animi. Ora che sono scesi in campo anche i pediatri, il loro appello è quello di non approvare un decreto legge che non tuteli i più piccoli. Un no secco, quindi, ai pediatri «senza volto e senza anima».



Servizio I decreti in Gazzetta

Infermieri: al via tre lauree specialistiche e i laureati potranno prescrivere le ricette

Al via dal prossimo anno accademico tre nuovi percorsi specialistici in cure primarie, pediatriche e per lavorare nell'emergenza

di Marzio Bartoloni

15 maggio 2026

Dopo la laurea triennale in infermieristica che apre le porte alla professione arrivano tre nuove lauree specialistiche già dal prossimo anno accademico per formare gli infermieri specializzati che lavoreranno nelle Case di comunità o come infermiere di famiglia per le cure a casa o per lavorare nei pronto soccorso o nei blocchi operatori, nelle terapie intensive anche quelle pediatriche e neonatali. Con la possibilità per chi si laurea con uno di questi tre nuovi percorsi specialistici di poter fare per la prima volta delle ricette prescrivendo dispositivi legati all'assistenza infermieristica come materiali per le medicazioni o presidi per le stomie a cominciare da sacche e cateteri. Possibilità di prescrivere che finora era appannaggio solo dei medici

Al via le lauree con i decreti in Gazzetta

Sono stati appena pubblicati in Gazzetta ufficiale i decreti del ministero dell'Università e Ricerca che istituiscono le tre nuove lauree magistrali in Scienze infermieristiche su cure primarie e infermieristica di famiglia e comunità, cure neonatali e pediatriche e cure intensive e nell'emergenza. L'obiettivo, come evidenziano i decreti, è che i laureati sviluppino competenze «avanzate per assumere ruoli di leadership nel management sanitario e socioassistenziale». Ma non solo: è previsto che, al termine del percorso di studi magistrale, il futuro infermiere avrà acquisito anche le competenze per «prescrivere trattamenti assistenziali quali presidi sanitari, ausili, tecnologie specifiche o altro, necessari a garantire continuità e sicurezza delle cure nell'infermieristica di famiglia e comunità». E «valutare gli esiti delle cure infermieristiche erogate, identificando gli standard assistenziali e gli indicatori appropriati per monitorare qualità, appropriatezza ed efficacia».

Al via da ottobre per una prima tranche di 250 studenti

Una svolta che guarda a una professione che tiene il passo delle trasformazioni della sanità digitale e della nuova medicina del territorio che dovrebbe andare a regime con il traguardo finale del Pnrr. Una sfida, che partirà dal prossimo anno, anche per far tornare a crescere il numero di giovani laureati e colmare le carenze nel Ssn: «Le nuove lauree partiranno da ottobre e cioè dal prossimo anno accademico quando avremo i primi immatricolati», avverte Beatrice Mazzoleni Componente del Comitato centrale con delega agli Affari europei e internazionali della Federazione nazionale degli Ordini delle professioni infermieristiche. «In Italia abbiamo 41 sedi per la laurea magistrale attuale e ci aspettiamo che queste tre nuove lauree specialistiche suddivise nei tre indirizzi saranno avviate in circa 20 sedi con una prima tranche di 200-250 studenti». Queste lauree puntano a dare

«una prospettiva di carriera e progresso professionale alle giovani generazioni e questo - spiega Mazzoleni che è anche docente nei percorsi di formazione - dovrà prevedere anche la necessità di rivedere il contratto. Ci adeguiamo così anche alla formazione europea e così oltre a dare la possibilità ai nostri giovani di andare all'estero anche noi diventiamo più attrattivi per i giovani degli altri Paesi».

Gli sbocchi professionali e la possibilità di fare ricette

Ma quali saranno gli sbocchi professionali? La laurea in cure primarie risponde «alla necessità di formare infermieri di famiglia e comunità per lavorare a livello domiciliare, nelle case di comunità negli ospedali di comunità, ma anche nella prevenzione come nelle scuole per i determinanti della salute dei bambini». Quella in area pediatrica formerà gli infermieri «per i reparti e le terapie intensive pediatriche o le chirurgie pediatriche compreso l'impiego nel territorio a esempio per l'assistenza ai bambini con malattie rare». Infine quella in emergenza punta a formare gli infermieri che lavoreranno «nelle cure intensive, nei pronto soccorso, nei blocchi operatori e in tutta l'emergenza territoriale come il 112 e 118 ma anche in risposta - avverte Mazzoleni - a catastrofi per il disaster management in sanità che include anche la parte pandemica». E la possibilità di scrivere le ricette? «Stiamo dando uno strumento agli infermieri specialisti per facilitare i percorsi di cura, faccio un esempio: è il caso dell'infermiere di famiglia che gestisce il paziente cronico e ha un piano terapeutico in atto da anni e utilizza diversi presidi come assorbenti, stomie, cateteri o sondini. Il familiare non dovrà andare sempre dal medico per farseli prescrivere ma sarà l'infermiere a valutare le necessità del paziente e a prescrivere quanto gli serve».

L'OMS LANCIA L'ALLARME

Ci mancava pure l'emergenza Ebola In Congo 88 morti e oltre 300 casi sospetti

Il contagio del Bundibugyo si diffonde anche a Goma, nella zona sotto il controllo dei ribelli M23, e il rischio aumenta. Il ministro della Salute congolese Kamba avverte: «Tasso di mortalità molto elevato, al 50%»

MAURO ZANON

■ Dopo l'hantavirus, l'ebola. Ma questa volta, per l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), c'è un'«emergenza sanitaria internazionale» in seguito al focolaio che si è sviluppato in Repubblica Democratica del Congo (RDC), nell'Africa centrale, con casi registrati anche in Uganda. Al momento, ha precisato l'Oms, non c'è ancora il pericolo di un'emergenza pandemica, perché il contagio è ancora circoscritto (la provincia di Ituri), ma i Paesi confinanti con la RDC (Uganda e Sudan del Sud) sono ad alto rischio di un'ulteriore diffusione del virus. L'ebola si trasmette attraverso il contatto con i fluidi corporei: provoca febbri emorragiche che molto spesso sono letali. Gli individui infetti diventano contagiosi solo dopo la comparsa dei sintomi, febbre, vomito, emorragie e diarrea, a seguito di un periodo di incubazione che va dai due ai 21 giorni.

Il raro ceppo di Ebola che si è sviluppato nella RDC, il ceppo Bundibugyo, ha già ucciso 88 persone, mentre sono 336 i

casi segnalati. Attualmente ci sono 8 casi confermati in laboratorio, con altri casi sospetti e decessi in tre zone sanitarie, tra cui Bunia, capoluogo della provincia di Ituri, e le città minerarie di Mongwalu e Rwampara. Due casi sono stati invece confermati nella capitale ugandese Kampala: entrambi riguardano persone provenienti dal Congo e uno dei pazienti è morto dopo il ricovero.

«Abbiamo anche notevoli difficoltà logistiche perché, a differenza del ceppo Zaire, che conosciamo molto bene, per il ceppo Bundibugyo non esiste un vaccino né una cura specifica e ha un tasso di mortalità molto elevato al 50%» ha dichiarato il ministro della Salute congolese Samuel-Roger Kamba.

L'Ong Medici senza frontiere (Msf) parla di epidemia estremamente preoccupante, spiegando che sta preparando «una risposta su larga scala». La nuova epidemia di ebola è stata dichiarata venerdì dall'agenzia sanitaria dell'Unione Africana (Ua), l'Africa Cdc. Questa febbre emorragica altamente conta-

giosa ha ucciso 15mila persone in Africa negli ultimi 50 anni. La più letale epidemia di ebola nella RDC, verificatasi tra il 2018 e il 2020, ha causato quasi 2.300 morti e 3.500 casi. L'attuale epidemia è la 17esima nel Paese dell'Africa centrale da quando la malattia è stata identificata per la prima volta nel 1976 nell'allora Zaire. L'ultima, dichiarata nell'agosto del 2025, ha provocato almeno 34 decessi prima di essere eradicata a dicembre.

Ieri un laboratorio ha confermato un caso di ebola a Goma, importante città dell'est della RDC (è il capoluogo della provincia del Nord Kivu), sotto il controllo della milizia ribelle M23, sostenuta dal Ruanda. «Un caso positivo a Goma è stato confermato dai test ef-



fettuati dal laboratorio. Si tratta della moglie di un uomo morto di ebola a Bunia, che si è recata a Goma dopo la morte del marito, essendo già infetta», ha dichiarato il professor Jean-Jacques Muyembe, direttore dell'Istituto Nazionale congolese per la ricerca biomedica (Inrb).

È la terza volta che il ceppo Bundibugyo del virus viene rilevato nella RDC. Il problema, sottolineano le autorità sanitarie locali, è che i vaccini e le terapie esistenti per gli altri ceppi ebola non vengono prodotti in Africa. La lotta del continente africano per ottenere vaccini dai Paesi più ricchi durante la pandemia di Covid-19 ha stimolato diversi sforzi per accelerare la sua capacità di

produrre vaccini, ma le risorse rimangono scarse. Il dottor Jean Kaseya, direttore generale dei Centri africani per il controllo e la prevenzione delle malattie, ha evidenziato la necessità di produrre vaccini e medicinali in Africa. Il medico ha invocato la costruzione di un forte sistema di sostegno e chiesto alle nazioni occidentali di investire nell'assistenza sanitaria nel continente africano.

L'emergenza epidemica si inserisce in un quadro sanitario e umanitario già estremamente fragile nell'est della RDC, dove conflitti armati, sfollamenti e carenza di fondi stanno mettendo in ginocchio il si-

stema sanitario. Gli sfollati interni nel Paese hanno ormai superato i 7,8 milioni. Solo nei primi mesi del 2025 centinaia di migliaia di persone sono fuggite dagli scontri attorno a città come Goma e Bukavu. L'Unicef ha denunciato inoltre un aumento delle violenze contro i minori: bambini uccisi o feriti nei combattimenti, reclutamenti forzati da parte dei gruppi armati e casi di violenza sessuale in costante crescita. In alcune aree del Nord Kivu oltre 1.200 scuole sono state chiuse a causa del conflitto, lasciando senza istruzione circa 200mila bambini. A sud la situazione non è migliore, anzi. Nella provincia meridionale del Kivu, Medici senza frontiere da tempo denuncia il progressivo deterioramento dell'accesso alle

cure, aggravato dalla sospensione di finanziamenti internazionali e dal ritiro di diversi partner umanitari. A rendere ancora più instabile l'est del Paese è la violenza dei gruppi armati. Un recente rapporto di Amnesty International ha evidenziato i crimini compiuti dalle Forze democratiche alleate (Adf), legate allo Stato islamico e attive soprattutto nelle province del Nord Kivu e dell'Ituri.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL GOVERNO DI KINSHASA

«L'Africa deve produrre vaccini e farmaci, ma le risorse sono scarse»

MEDICI SENZA FRONTIERE

«È un'epidemia preoccupante. Prepariamo una risposta su larga scala»

AMNESTY INTERNATIONAL

«Nel Nord Kivu e nell'Ituri operano gruppi terroristici legati all'Isis»



RISCHIO BASSO DI DIFFUSIONE

Hantavirus, in Europa nessun nuovo caso

Il ministero della Salute: «Non ci sono contagiati». Esclusa la mutazione dell'agente patogeno

■ «Non sono stati segnalati nuovi casi né decessi. Il rischio per la popolazione generale dell'Ue rimane molto basso». È quanto ha scritto ieri l'European Centre for Disease Prevention and Control (Ecdc) nel suo aggiornamento quotidiano sulla situazione dell'Hantavirus. A ieri restano segnalati «undici casi, di cui otto confermati, due probabili e uno inconcludente», senza variazioni rispetto ai precedenti dati. Insomma, niente panico.

Anche in Italia il ministero della Salute ha confermato con una circolare che non c'è nessun caso di contagio nel Paese. «Allo stato attuale,

non risultano registrati sul territorio nazionale, ma la loro ipotetica insorgenza richiede comunque adeguate misure di preparedness e coordinamento, nell'ottica di assicurare un approccio improntato alla massima precauzione». E che il rischio per la popolazione italiana, come ricordato più volte dal ministero, resta basso.

L'esercizio di minimizzare la paura-Hantavirus è generalizzata un po' in tutta Europa. In Francia il ministro della Sanità, Stephanie Rist, ha sottolineato il miglioramento della situazione: «Non c'è nessun elemento che suggerisca l'emergere di

una variante potenzialmente più trasmissibile o più pericolosa».

Le buone notizie arrivano soprattutto dall'istituto Pasteur, dove i risultati del sequenziamento del virus hanno evidenziato l'assenza di mutazioni più contagiose. «Nulla suggerisce in questa fase l'emergere di una variante particolare con nuove caratteristiche», ha spiegato l'Istituto Pasteur in un comunicato. «Queste sequenze sono molto simili ai ceppi del virus noti per circolare nell'America Latina meridionale». E dunque poco contagiosi. Il mondo tira un sospiro di sollievo



Nuovi virus, vecchie lezioni dal Covid-19

Il sistema immunitario che serve all'Italia

La biosfera contiene un serbatoio virale vastissimo. La prevenzione perfetta non esiste, ma all'inevitabilità di nuove epidemie si può rispondere con prontezza sapendo riconoscere i "sintomi" e trovando la risposta giusta per arrivare a vaccini sicuri

Ogni giorno, in ogni parte del mondo, esseri umani entrano in contatto con microrganismi capaci di superare il confine fra specie, nei mercati, negli allevamenti, nelle

DI ENRICO BUCCI

foreste e in breve nella semplice convivenza con una biosfera che contiene una quantità immensa di vita microbica ancora sconosciuta. Non a caso, secondo l'Oms, le zoonosi rappresentano una quota importante delle malattie nuove o già note nell'uomo; alcune, come Ebola, provocano focolai ricorrenti, altre, come il coronavirus responsabile di Covid-19, hanno il potenziale di diventare pandemiche. Il Cdc (l'istituto americano di controllo delle malattie) stima che più di sei malattie infettive umane note su dieci possano diffondersi dagli animali all'uomo e che tre nuove malattie infettive emergenti su quattro abbiano origine animale. Dopo i casi di contagio virale registrati sulla nave da crociera Hondius, è ora di ricordare le più importanti lezioni del Covid-19. *(segue nell'inserto II)*

(segue dalla prima pagina)

Lezione n. 1: la prevenzione perfetta non esiste e lo spillover è una certezza

Fra i patogeni trasmessi, i virus hanno un rilievo particolare. I virus combinano alcune proprietà che, in una società globale, diventano particolarmente pericolose: grande numerosità, capacità di replicarsi rapidamente, evoluzione rapida, circolazione in serbatoi animali e capacità di adattarsi rapidamente a un nuovo ospite. Quando un virus animale raggiunge l'uomo, la novità biologica del patogeno è un vantaggio per il virus, soprattutto se riesce a trasmettersi da uomo a uomo prima di essere isolato e contenuto.

Le conseguenze possono essere valutate meglio in ottica statistica. La biosfera contiene un serbatoio virale vastissimo: il rapporto Ipbes (Intergovernmental Science-Policy Platform on Biodiversity and Ecosystem Services) sulle pandemie ha stimato l'esistenza di circa 1,7 milioni di tipi di virus ancora non scoperti in mammiferi e uccelli. La stima ha margini di incertezza, come tutte le

stime su una diversità biologica largamente inesplorata, ma quello che conta è la scala. Il catalogo noto dei virus è solo una porzione minima di ciò che esiste e che continua a cambiare ed evolvere.

Da questa scala immensa deriva una conseguenza spesso rimossa: un evento raro, dentro un sistema con miliardi di interazioni ripetute in un intervallo di tempo finito, è una coda della distribuzione che prima o poi viene campionata, per cui epidemie e pandemie appartengono alla normalità statistica del mondo biologico in cui viviamo. La loro data, il patogeno coinvolto, il luogo del primo focolaio e la traiettoria iniziale restano imprevedibili, ma la loro ricorrenza è parte della struttura della biosfera.

Questa inevitabilità di fondo è aggravata dal modo in cui la nostra specie ha occupato il pianeta. La popolazione mondiale ha raggiunto 8,2 miliardi nel 2024 secondo le stime basate sui dati delle Nazioni Unite. Il rischio cresce perché crescono le interfacce tra noi e patogeni vecchi e nuovi. L'Ipbes ha indicato nell'uso del suolo, nell'espansione agricola, nell'intensificazione produttiva, nel commercio di fauna selvatica e nel consumo non sostenibile alcuni dei motori principali delle pandemie.

Alla pressione antropica si aggiunge il cambiamento climatico. L'Oms segnala che diversi vettori hanno già esteso il proprio areale e che si sta allungando la stagione in cui rimangono attivi - qualcosa del genere si è osservato anche, per esempio, a proposito dell'aumento di infezioni da parte di Andes Virus in Argentina, che segue



l'effetto del clima sul roditore serbatoio. Nel caso dei virus trasmessi dagli animali selvatici il problema assume una forma ancora più generale: spostando gli areali, il clima porta specie prima separate a condividere spazi e aumenta le occasioni di scambio virale fra mammiferi e uccelli precedentemente separati, con hotspot in aree di grande biodiversità e presenza umana.

La globalizzazione completa il circuito. Un'infezione oggi può entrare rapidamente in una rete planetaria di mobilità. Nel 2024 la domanda globale di trasporto aereo ha superato i livelli pre-pandemici e nel 2025 è cresciuta ancora, con un aumento del 5,3 per cento della domanda complessiva e del 7,1 per cento della domanda internazionale rispetto all'anno precedente, secondo Iata. Un patogeno trova in questa connessione rapida una infrastruttura perfetta per aumentare la sua diffusione – potremmo dire un fenotipo esteso che ne migliora di gran lunga la fit-

ness – e questo senza considerare le altre forme di trasporto.

La conseguenza è che il tempo fra un evento locale e un problema globale si accorcia, come abbiamo visto per la motonave *Hondius* recentissimamente e per il focolaio di Wuhan all'inizio della passata pandemia, con l'aggravio di ritardi diagnostici, amministrativi, politici, comunicativi. Alcuni ritardi sono inevitabili, perché nessun sistema sanitario può trattare ogni febbre come l'inizio della prossima pandemia, ma altri derivano da debolezze istituzionali, scarsità di risorse, conflitti d'interesse economici, paura delle conseguenze politiche, sfiducia verso le autorità, circolazione di false credenze. Gli incidenti appartengono alla natura dei sistemi complessi, e possono essere su molti piani: ecologico, sanitario, diagnostico, logistico, burocratico, comunicativo, e chi più ne ha più ne metta. Non è il dolo il problema, ma l'errore statisticamente inevitabile.

Qui si arriva al limite strutturale della prevenzione. La prevenzione è necessaria, e proprio per questo vi si deve investire di più e meglio. In un sistema globale di questa complessità, però, nessuna prevenzione può trasformarsi in controllo completo. Le variabili sono troppe, distribuite su scale diverse e spesso indipendenti fra loro, e persino la compliance alle misure stesse, anche le più efficaci, sarà sempre disomogenea. Nei sistemi democratici ogni misura istituzionale produce infatti tensione fra libertà individuale e protezione collettiva, mentre nei sistemi au-

toritari forte è il rischio di occultamento, coercizione o propaganda.

Come esempio di questi fattori, basta considerare quanto emerso dopo Covid-19: una parte della policy sanitaria mondiale è diventata essa stessa terreno di conflitto ideologico. L'Oms ha ricordato, nel 2025, che le modifiche al Regolamento sanitario internazionale sono nate dalle lezioni della pandemia e dalla necessità di coordinamento davanti a rischi che attraversano i confini; nello stesso documento si precisa che l'Oms non dispone di potere coercitivo sui paesi. Eppure, una parte del discorso pubblico ha costruito intorno alla cooperazione sanitaria internazionale un immaginario cospirazionista. Nel gennaio 2026 gli Stati Uniti hanno completato il ritiro dall'Oms, dopo l'ordine esecutivo firmato nel gennaio 2025; e, per quanto ci riguarda, possiamo ricordare l'astensione dal trattato pandemico Oms a maggio dello stesso anno.

Per questo motivo, anche se avessimo la migliore prevenzione possibile a livello globale – e come abbiamo visto è piuttosto il contrario – il ritornare periodico di epidemie e pandemie è inevitabile.

Questa è la lezione più difficile da assorbire, e il suo rifiuto è alla base di molto del cospirazionismo che vediamo circolare. Una pandemia viene spesso raccontata come deviazione improvvisa dalla normalità, che necessita di una causa eccezionale. In realtà, la normalità contemporanea contiene le condizioni che rendono periodicamente certa quella deviazione.

Lezione n. 2: il sistema immunitario che ci serve

Se si accettano queste premesse, fermarsi alla prevenzione come promessa di sicurezza significa allora leggere male il problema.

E' assolutamente necessario considerare invece la preparazione di una reazione appropriata, la *preparedness*, intesa come la capacità di trasformare rapidamente un segnale epidemiologico nuovo in informazione leggibile, decisione pubblica, sviluppo tecnologico, produzione industriale e distribuzione di rimedi, a una velocità che sia compatibile con



IL FOGLIO

quella di diffusione ed evoluzione dei patogeni.

142
Possiamo in tema fare un paragone utile con il nostro sistema immunitario. Un organismo esposto a un virus non dispone, al primo incontro, della risposta perfetta già pronta per quel virus specifico; alcune sue cellule si infettano e muoiono, e il virus inizia a moltiplicarsi. Il corpo dispone però di un meccanismo capace di riconoscere, leggere, selezionare, amplificare e ricordare. La società contemporanea, davanti ai patogeni emergenti, deve costruire l'equivalente di questa architettura.

Il primo punto è il riconoscimento. Il sistema immunitario comincia da segnali generali: molecole e strutture che indicano la presenza di un intruso. In seguito, la risposta adattativa diventa specifica, perché linfociti B e linfociti T riconoscono porzioni precise del patogeno, gli antigeni, attraverso recettori selettivi. Nella risposta immunitaria, l'antigene è il segnale biologico che istruisce il sistema nella sua risposta e nel produrre una memoria utile per incontri successivi.

L'equivalente sociale di questo riconoscimento è la sorveglianza e l'isolamento di patogeni emergenti. Un sistema sanitario maturo deve accorgersi presto che sta accadendo qualcosa: un cluster anomalo di polmoniti, un eccesso di sindromi emorragiche, una febbre insolita in un'area ad alta interazione uomo-animale, un segnale nelle acque reflue, una sequenza virale inattesa in un laboratorio diagnostico. Il primo atto consiste quindi nel leggere il mondo biologico con strumenti distribuiti, continui e interoperabili. L'Oms ha costruito una strategia globale per la sorveglianza genomica dei patogeni con potenziale epidemico e pandemico proprio su questo principio: unire e rafforzare la capacità di sequenziamento e analisi a livello nazionale, regionale e globale.

Il secondo punto è la presentazione dell'informazione. Nel corpo, l'antigene viene processato. Le cellule presentanti l'antigene, come le cellule dendritiche, catturano materiale del patogeno, lo frammentano e lo espongono sulla propria superficie in una forma leggibile per i linfo-

citi T. Questo passaggio è decisivo: il sistema immunitario non reagisce a una massa indistinta di materiale biologico, reagisce a un'informazione resa interpretabile. Frammenti antigenici associati alle molecole MHC vengono mostrati ai linfociti, che possono così attivare altre componenti della risposta, compresi i linfociti B produttori di anticorpi.

A livello di sanità, il parallelo è il sequenziamento genomico. Un campione clinico, animale o ambientale contiene materiale biologico grezzo.

La società deve smettere di immaginarsi come una fortezza e deve cominciare a organizzarsi come un sistema immunitario. Il mondo d'oggi ha confini biologici continuamente attraversati. Per questo, l'incontro con il patogeno avverrà e ciò che occorre è saper costruire ciò che serve a reagire all'occasione



Passeggeri della nave da crociera MV Hondius sbarcati nei giorni scorsi nel porto di Granadilla, a Tenerife (foto Ap/LaPresse)



Nuovi virus, vecchie lezioni dal Covid-19

Il sistema immunitario che serve all'Italia

La biosfera contiene un serbatoio virale vastissimo. La prevenzione perfetta non esiste, ma all'inevitabilità di nuove epidemie si può rispondere con prontezza sapendo riconoscere i "sintomi" e trovando la risposta giusta per arrivare a vaccini sicuri

La "macchina" pronta quando il virus non è ancora in casa

Ogni giorno, in ogni parte del mondo, esseri umani entrano in contatto con microrganismi capaci di superare il confine fra specie, nei mercati, negli allevamenti, nelle

DI ENRICO BUCCI

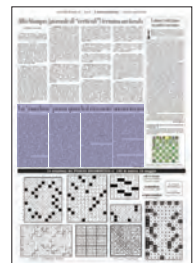
foreste e in breve nella semplice convivenza con una biosfera che contiene una quantità immensa di vita microbica ancora sconosciuta. Non a caso, secondo l'Oms, le zoonosi rappresentano una quota importante delle malattie nuove o già note nell'uomo; alcune, come Ebola, provocano focolai ricorrenti, altre, come il coronavirus responsabile di Covid-19, hanno il potenziale di diventare pandemiche. Il Cdc (l'istituto americano di controllo delle malattie) stima che più di sei malattie infettive umane note su dieci possano diffondersi dagli animali all'uomo e che tre nuove malattie infettive emergenti su quattro abbiano origine animale. Dopo i casi di contagio virale registrati sulla nave da crociera *Hondius*, è ora di ricordare le più importanti lezioni del Covid-19. *(segue nell'inserto II)*

Come il nostro sistema immunitario, così la comunità scientifica e sanitaria non può rispondere bene a un patogeno che rimane indistinto, solo sulla base dei sintomi riscontrati e di altri aspetti generali dei campioni: deve leggerne il genoma per sapere se appartiene a una famiglia già conosciuta, quanto è mutato e con che velocità evolve, se circola in modo indipendente in più luoghi, e persino se chi presenta sintomi è infetto o meno. La genomica diventa così l'equivalente pubblico della presentazione dell'antigene: il modo in cui un pericolo biologico viene reso interpretabile da un sistema di risposta.

Il terzo punto è la selezione della risposta specifica. Il sistema immunitario possiede una varietà enorme di linfociti, ciascuno con recettori diversi. Quando arriva un antigene, vengono attivate le cellule che lo riconoscono meglio. Quelle cellule proliferano, si differenziano, producono anticorpi o risposte cellulari, e una parte di esse diventa memoria. La specificità nasce da un sistema predisposto a generare e selezionare

risposte adatte, letteralmente modellate sul patogeno.

La *preparedness* deve seguire lo stesso principio. Non possiamo sapere oggi quale sarà il prossimo virus capace di produrre una crisi globale. Possiamo però costruire piattaforme che, una volta nota la sequenza, permettano di scegliere rapidamente l'antigene più appropriato, disegnare diagnostici e un candidato vaccinale, produrre lotti iniziali, avviare studi preclinici e clinici e adattare la produzione. Le piattaforme a RNA messaggero hanno reso particolarmente chiaro questo passaggio, perché separano in parte la struttura tecnologica del vaccino dall'identità specifica dell'antigene: una volta scelta la sequenza che codifica le porzioni virali che interessano, la piattaforma può essere adattata più rapidamente rispetto a molte tecnologie tradizionali. Le revisioni recenti sulla tecnologia mRNA sottolineano proprio la rapidità di progettazione e produzione contro patogeni emergenti una volta nota la sequenza genetica. Una volta ottenuta la prima sequenza, è possibile la sua condivisione rapida con reti di laboratori capaci di confermare i casi, per arrivare a test diagnostici sviluppati e distribuiti e a protocolli clinici aggiornati. Quindi la tecnologia dei vaccini a RNA consente di attivare piattaforme vaccinali già pronte e siti produttivi facilmente riconvertibili, molto più facilmente che non per altri tipi di vaccino. Cepi (Coalition for Epidemic Preparedness Innovations) ha formalizzato questa ambizione nella "100 Days Mission": arrivare a vaccini sicuri, efficaci e accessibili entro cento giorni dall'identificazione di una nuova minaccia pandemica, passando dal riconoscimento del pericolo a un prodotto pronto



IL FOGLIO

per autorizzazione iniziale e produzione su scala. Ovviamente poi vi è l'aspetto della distribuzione, che necessita di accordi regolatori già predisposti, catene di approvvigionamento robuste, capacità di riempimento e confezionamento, logistica del freddo, e finalmente distribuzione sul territorio.

Il quarto punto è la memoria. L'incontro con un antigene lascia dietro di sé cellule della memoria. Alla seconda esposizione, la risposta è più rapida, più intensa e spesso qualitativamente migliore. La memoria sociale è la parte più fragile della preparedness. Dopo una crisi, un paese dovrebbe conservare ciò che ha imparato: se solo vogliamo fare un elenco delle prime cose che vengono in mente, vanno mantenute infrastrutture di sequenziamento, biobanche, protocolli diagnostici, capacità produttiva, personale addestrato, reti ospedaliere flessibili, scorte intelligenti, canali di comunicazione, procedure regolatorie accelerate, accordi internazionali, fiducia pubblica. La memoria istituzionale dovrebbe funzionare come una memoria immunologica: rendere più veloce e più competente la risposta successiva. La storia recente mostra invece una tendenza opposta: esaurita la fase acuta, subentra l'idea che quanto necessario alla prossima risposta sia un costo improduttivo, e così si tagliano investimenti e si disperdono competenze, lasciando decadere ciò che si è costruito durante l'emergenza, e persino trasformando la memoria della pandemia in oggetto di conflitto politico. In termini immunologici, è come se un organismo distruggesse volontariamente le proprie cellule della memoria perché in quel momento l'infezione non è visibile. Alla fine, come per il sistema immunitario, l'obiettivo di questa forma di memoria è ridurre il tempo cieco: il periodo in cui il patogeno si muove mentre la società ancora non lo legge. In questo intervallo si gioca la differenza fra focolaio controllabile, epidemia regionale e crisi globale.

Il quinto punto è la distribuzione della risposta. Il sistema immunitario agisce come rete. Midollo osseo, linfonodi, milza, mucose, sangue, tessuti periferici: la risposta efficace richiede comunicazione fra distretti diversi. Una risposta confinata in un solo punto dell'organismo non protegge l'intero organismo. Allo stesso modo, la preparedness costruita in pochi paesi ricchi protegge male il mondo. Un virus che circola in una regione con bassa sorveglianza, pochi laboratori, scarsa capacità diagnostica e accesso ritardato a vaccini e farmaci dispone di tempo biologi-

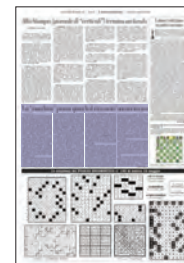
co. E il tempo biologico, per un virus, è replicazione, trasmissione, evoluzione. Per questo la capacità di raccogliere informazione e reagire deve essere globale. L'International Pathogen Surveillance Network, coordinato dall'Oms, nasce per collegare gli attori della genomica dei patogeni, accelerare il progresso della sorveglianza e migliorare le decisioni di sanità pubblica. E invece abbandoniamo i tavoli dell'Oms e ne screditiamo l'azione, anche in Italia.

Il sesto punto è la regolazione della risposta. Un sistema immunitario efficace deve essere potente e controllato. Una risposta troppo debole lascia il patogeno libero; una risposta mal regolata danneggia l'organismo. Anche la risposta sociale ai patogeni emergenti richiede regolazione. Servono soglie per dichiarare allarmi, criteri per aggiornare raccomandazioni, regole per approvare vaccini in emergenza, sistemi di farmacovigilanza, trasparenza sui dati, comunicazione sobria, correzione

rapida degli errori. Una preparedness matura non consiste nell'attivare sempre la massima risposta, perché una società vive anche di scuola, lavoro, relazioni, economia, cura delle altre malattie. Bisogna ovviamente modulare la risposta in base alla qualità del segnale, alla gravità del rischio, alla vulnerabilità dei gruppi esposti e alla disponibilità di strumenti efficaci.

Il settimo punto è la cooperazione. Nel corpo, cellule diverse fanno cose diverse: alcune riconoscono, altre presentano, altre uccidono cellule infette, altre producono anticorpi, altre coordinano e così via. La preparedness richiede la stessa divisione funzionale: accanto a medici ed epidemiologi che riconoscono casi anomali, servono veterinari che sorvegliano serbatoi animali, ecologi, bioinformatici, immunologi, vaccinologi, e molte altre figure che siamo perfettamente in grado di formare, ma molto meno di coordinare e dotare delle risorse opportune.

Potremmo continuare con altri punti, ma da questo paragone con il sistema immunitario, per quanto parziale, emerge un principio semplice: la società deve smettere di



immaginarsi come una fortezza e deve cominciare a organizzarsi come un sistema immunitario. Il mondo contemporaneo ha confini biologici continuamente attraversati: animali, uomini, vettori, merci, aria, acqua, cibo, rifiuti, viaggi, filiere globali. Per questo, l'incontro con il patogeno avverrà ed è previsto, e ciò che serve è saper costruire ciò che serve a reagire all'occasione. La preparedness deve quindi essere la risposta immunitaria adattativa della civiltà moderna. Non può eliminare la comparsa del patogeno, come il sistema immunitario al primo incontro non elimina il fatto dell'esposizione, ma di certo può ridurre il tempo necessario per capire che cosa causa una malattia, come si muove, quale parte del suo genoma può diventare bersaglio, quale piattaforma può essere adattata, quale produzione può essere attivata, quale popolazione deve essere protetta per prima.

Questa parte della lezione di Covid-19 è stata forse compresa tecnicamente, ma di certo anche dispersa politicamente. L'Oms Europa ha indicato che entro il 2025 tutti i paesi della regione avevano accesso al sequenziamento di nuova generazione per monitorare più rapidamente l'evoluzione virale, seguire mutazioni in tempo reale e sostenere lo sviluppo di vaccini e diagnostici appropriati. Eppure, dal punto

di vista politico e culturale, molte società si comportano ancora come se l'emergenza futura fosse una parentesi eventuale, affidata alla fortuna o alla memoria corta dei cittadini. Infatti, la parte della lezione di Covid-19 che non si vuole imparare è che serve un'infrastruttura permanente di risposta ai patogeni emergenti – e in questo senso non pare sufficiente neppure il nuovo Piano pandemico 2025-2029, che, pur dichiarando un approccio più ampio rispetto al precedente PanFlu e a fronte di uno stanziamento superiore a 1,1 miliardi di euro, è sostanzialmente basato su ciò che esiste e al massimo su una sua riorganizzazione, ma non prevede di dotare il paese di quanto serve a produrre ciò che è necessario per la risposta di emergenza.

Lezione n. 3: che cosa ci serve

E dunque, a parte il piano pande-

mico, che cosa deve esistere, prima dell'emergenza, perché un paese possa trasformare rapidamente le informazioni su un patogeno nuovo in strumenti reali per il suo contrasto, quando l'allerta epidemiologica lo richiede?

(segue nell'inserto III)

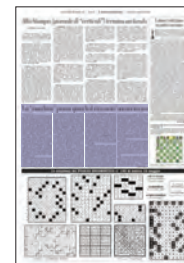
(segue dall'inserto II)

Un paese non deve limitarsi a partecipare alle reti di sorveglianza internazionali, né a moltiplicare tavoli di coordinamento fra enti già esistenti. Quelle reti sono essenziali perché portano il segnale: un focolaio anomalo, una sequenza nuova, una variante con caratteristiche sospette, un patogeno che cambia areale. Spallanzani, Sacco, Iss, istituti zooprofilattici e laboratori regionali rappresentano risorse decisive proprio come sensori avanzati del sistema. Tuttavia, dopo il segnale, serve un luogo capace di produrre. La sequenza di un genoma virale deve diventare test diagnostico, e poi almeno un antigene deve diventare costruito vaccinale e quindi RNA formulato e pronto all'uso.

Questa funzione richiede una officina nazionale per contromisure molecolari rapide: una struttura stabile, con logica industriale, personale permanente, procedure validate, linee GMP, controllo qualità, capacità di rilascio dei lotti e catena decisionale corta.

Questa officina, però, non può essere un esecutore cieco. La produzione rapida di vaccini e diagnostici richiede giudizio scientifico interno, per cui dentro devono lavorarvi tutte quelle figure ad alta competenza di cui abbiamo risposto a proposito della divisione del lavoro di risposta. Quale patogeno può realmente rappresentare un rischio, per innescare il processo di risposta? Quale regione genomica è più stabile per un test? Quale antigene ha maggiore probabilità di indurre neutralizzazione? Quali mutazioni possono ridurre l'efficacia diagnostica? Quali dati epidemiologici giustificano l'attivazione della produzione? Quali candidati conviene portare avanti in parallelo? Ecco perché servono quelle figure di alta formazione.

L'allerta deve arrivare dalla rete di monitoraggio, con Spallanzani in posizione centrale per competenza clinico-virologica e capacità di risposta alle bioemergenze, insieme agli altri nodi nazionali e internazionali. L'officina nazionale deve essere il braccio produttivo e tecnologico che riceve quel segnale e lo converte in prodotti. In una crisi biologica, il ritardo nasce spesso nei passaggi intermedi: chi decide, chi riceve il campione, chi valida



IL FOGLIO

la sequenza, chi disegna il test, chi autorizza la produzione, chi parla con Aifa, chi attiva i centri clinici. Per cui bisogna eliminare questi passaggi incerti prima che l'emergenza cominci. Il rapporto fra rete di monitoraggio e officina deve quindi essere definito prima: criteri di attivazione, formati dei dati, accesso ai campioni, tempi di risposta, responsabilità operative, canali regolatori. La parte produttiva deve essere naturalmente il cuore dell'officina. Il centro deve disporre di fornitori qualificati – giusto per ricordare qualche esempio, per nucleotidi, enzimi, cap analogs, lipidi, materiali di filtrazione, vials, tappi, standard sintetici, reagenti analitici e materiali di riferimento. Deve conservare scorte critiche, mantenere strumenti validati, esercitare il personale, eseguire simulazioni periodiche. Quando è in azione, dalla sequenza al primo disegno diagnostico devono passare giorni, non settimane. Dal disegno del costruito RNA al lotto sperimentale devono passare tempi

predefiniti, a così dal lotto sperimentale al lotto GMP.

Il fallimento da evitare è quello, purtroppo ricorrente, della grande iniziativa italiana che nasce con una forte spinta politica e finanziaria, ma perde progressivamente efficacia. Dall'appesantimento della governance, infiltrata dalla politica, alla frammentazione di azione tra entità concorrenti, con le ambizioni locali che interferiscono con la funzione nazionale, fino alle rivalità accademiche, alla burocrazia e all'ipertrofia dell'amministrazione ordinaria, così che il mandato iniziale si diluisce insieme all'attenzione politica che lo aveva reso possibile. Una officina nazionale funziona solo se riceve un finanziamento stabile vincolato alla capacità mantenuta, non all'emergenza. La preparedness è soprattutto manutenzione, perché una capacità di risposta rapida esiste soltanto quando, nei periodi in cui l'emergenza non è visibile, il centro continua a funzionare come se dovesse essere

attivato domani. Una struttura di questo tipo sembra costosa, perché fortunatamente serve a poco in tempi normali, ma diventa indispensabile quando il pericolo si manifesta, proprio come un impianto antincendio.

Il compito dello stato è costruire questa capacità di reazione rapida prima della crisi, attraverso un'officina come quella descritta. La scala industriale massiva può essere europea, ma la prima risposta deve essere nazionale, perché il primo tempo dell'emergenza è quello in cui l'informazione disponibile per agire è cruciale.

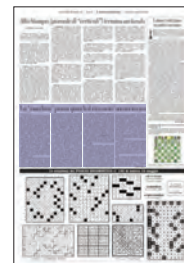
Qui si misura la maturità di un paese dopo Covid-19: nella capacità di costruire, mantenere e usare una macchina che lavori quando ancora non c'è il nemico in casa, perché quando arriva – e arriverà per forza, e molte volte – sia già pronta.

Enrico Bucci

La parte della lezione di Covid-19 che non si vuole imparare è che serve un'infrastruttura permanente di risposta ai patogeni emergenti – e in questo senso non pare sufficiente neppure il nuovo Piano pandemico 2025-2029, che è sostanzialmente basato su ciò che esiste e al massimo su una sua riorganizzazione



Passeggeri della nave da crociera MV Hondius sbarcati nei giorni scorsi nel porto di Granadilla, a Tenerife (foto Ap/LaPresse)



A CURA DI
STEFANIO IANNACCONE**140mila euro di acquisti**

Servono i freezer La Salute non ha spazi per i vaccini

In tempi di allarmi, o forse allarmismi, per il "focolaio hantavirus" — con i medici ospedalieri che avvertono che «il sistema non reggerebbe» — il ministero della Salute fa i conti con l'eredità del Covid. E scopre, a quanto pare, di non avere abbastanza spazio per conservare i vaccini. Lo racconta una recente determina del dicastero guidato da Orazio Schillaci, che autorizza una spesa da circa 140mila euro per l'adeguamento degli impianti elettrici e tecnologici dell'hub vaccinale di Pratica di Mare, oltre all'acquisto di un nuovo generatore di corrente. Motivo: servono altri nove ultra-freezer capaci di mantenere temperature fino a -80 gradi. Nel

deposito nazionale, si legge nei documenti, sono presenti 39 congelatori di questo tipo. Ma sono tutti occupati dai vaccini anti Covid-19. E c'è un dettaglio: il contratto sottoscritto con Pfizer prevede consegne di dosi anche nel 2026. Bisogna trovare altro spazio, e in fretta. Da qui la necessità di potenziare l'infrastruttura elettrica.
(Carmine Gazzanni)



Scenari La Fondazione Veronesi ha premiato 145 medici e ricercatori. Il presidente: «Occhio agli stili di vita»

«UN GIOCO DI SQUADRA»

VERONESI: LA CURA CONTRO I TUMORI SI FA INSIEME

di Vera Martinella

«**P**iù ricerca, più prevenzione, più informazione alle persone. Per guadagnare terreno contro i tumori si passa da qui». Non ha dubbi Paolo Veronesi, presidente di Fondazione Umberto Veronesi Ets, quando lo contattiamo in occasione dell'annuale cerimonia dedicata ai finanziamenti alla ricerca scientifica: «La metafora bellica della "lotta al cancro" oggi è superata — ci racconta —: di guerra si parla, sfortunatamente, già troppo attorno a noi. I pazienti non si identificano più nell'idea del guerriero. Meglio attingere al mondo dello sport, fatto di fatica, di competizioni, di gioco di squadra. È così che, chi investe in ricerca, cerca di guadagnare la vittoria un punto dopo l'altro, mettendo l'avversario in un angolo».

Se si guarda l'ipotetico tabellone del match, quello dei numeri del cancro nel nostro Paese, si vedono i risultati dell'impegno profuso dai ricercatori e da chi, come Fondazione Veronesi, li finanzia anno dopo anno: le guarigioni

in Italia sono in aumento, la mortalità è in calo (meno 9 per cento negli ultimi 10 anni) la sopravvivenza dei malati è migliore di quella media europea. «E anche per chi non può guarire, in un numero crescente di tumori abbiamo a disposizione molte nuove terapie che sono in grado di allungare moltissimo, di anni o di decenni, la vita delle persone. Una vita di buona qualità» sottolinea Veronesi. Così è cresciuto il numero degli italiani che vivono dopo aver ricevuto una diagnosi di cancro: oggi sono circa 3 milioni e 700mila, ovvero ben il 6,2 per cento della popolazione.

Il merito va tutto alla ricerca scientifica, che da un lato ha compreso meglio i meccanismi alla base della formazione del cancro, della sua progressione, formazione di metastasi, resistenza alle terapie e dall'altro ha messo a punto nuovi trattamenti. Chirurgia, radioterapia, nuovi farmaci sempre più precisi, efficaci e meno tossici.

Per sostenere il lavoro di scienziati e medici d'eccellenza Fondazione Veronesi dal 2003, anno della sua nascita, si impegna a raccogliere fondi: finora ha finanziato 2.643 borse di ricerca in 187 Istituti e Università (in Italia e all'Estero), 160 progetti di ricerca, 19 protocolli di cura nel campo dell'oncologia pedia-

trica e 4 piattaforme di ricerca e cura internazionali.

E c'è di più, com'è stato ricordato lo scorso 12 maggio durante la cerimonia nell'Aula Magna dell'Università Statale di Milano: c'è l'impegno sulla prevenzione, un fronte sul quale in casa Veronesi ci si impegna da sempre.

Tra pochi giorni a Chicago saranno riuniti gli specialisti di tutto il mondo per uno dei congressi più importanti nel mondo dell'oncologia e l'attenzione agli stili di vita è uno dei temi di maggior rilievo. Negli ultimi anni tutte le società scientifiche, italiane e internazionali, e tutti i più grandi convegni hanno inserito la prevenzione fra i fuoriclasse da mettere in campo in questo match contro i tumori: serve il grande talento degli scienziati più brillanti, ci sono terapie innovative che hanno il ruolo dei grandi campioni «e c'è la prevenzione, che ancora oggi troppe persone sottovalutano — dice Veronesi —: numeri alla mano, un tumore su tre è causato da nostri comportamenti, potrebbe essere evitato facendo scelte corrette a tavola e nella nostra quotidianità».

Ad esempio, il consumo di alcol è collegato a 7 tipi di cancro, l'obesità a 12. E il fumo, da solo, è responsabile del 25 per cento dei decessi

oncologici nel mondo. «Restano troppo diffusi quegli stili di vita scorretti (inclusa la sedentarietà) che contribuiscono all'insorgenza del cancro e resta molto da fare per migliorare l'adesione agli screening per la diagnosi precoce (mammografia per il cancro al seno, ricerca del sangue occulto nelle feci per il colon retto, Pap/Hpv test per l'utero) che salvano la vita — continua l'oncologo —. Abbiamo sempre più bisogno di prevenzione, sia per far diminuire il numero di persone che si ammalano, sia per non aumentare a dismisura il carico sugli ospedali e sul Servizio sanitario nazionale».

Che altro c'è nel futuro? «Cure più mirate, tollerabili e personalizzate, con l'obiettivo di migliorare la qualità di vita e ridurre il rischio di cure in eccesso» conclude Veronesi.

**Lunga vita
Anche per chi non può
guarire ci sono terapie
che allungano la vita
di moltissimi decenni**

Paolo Veronesi
presidente di
Fondazione
Umberto
Veronesi Ets.
Direttore
Divisione
Senologia
Chirurgica leo e
professore
ordinario in
Chirurgia
dell'Università
degli Studi di
Milano

Sostegno

● È possibile sostenere la ricerca scientifica di Fondazione Umberto Veronesi Ets grazie a donazioni singole o periodiche sul sito ufficiale fondazione-veronesi.it destinando il proprio 5x1000 a Fondazione Umberto Veronesi indicando il Codice Fiscale 97298700150. Anche le aziende possono contribuire



«Sosteniamo ricerche audaci e progetti concreti sul terreno»

Chiara Tonelli: invitiamo gli studiosi a fare divulgazione nelle scuole

Il lavoro

di Antonella Sparvoli

C'è chi immagina la ricerca scientifica come una corsa solitaria in laboratorio. In realtà, prima ancora degli esperimenti e delle possibili nuove terapie, c'è un processo rigoroso di selezione che decide quali idee meritano di essere sostenute. È questo il lavoro che da oltre vent'anni porta avanti Fondazione Umberto Veronesi Ets, che nel 2026 sosterrà 145 tra medici e ricercatori, oltre a piattaforme di ricerca, protocolli clinici e progetti innovativi.

«Quest'anno abbiamo ricevuto più di 450 domande di finanziamento, attraverso bandi pubblici online. Le richieste vengono esaminate da un comitato scientifico che redige una graduatoria basata sia sulla qualità dei progetti sia sul profilo dei candidati — spiega Chiara Tonelli, presidente del comitato scientifico di Fondazione Umberto Veronesi Ets e professore emerito di genetica presso l'Università degli Studi di Milano —. Ogni candidatura viene valutata considerando il curriculum scientifico del ricercatore, la qualità delle pubblicazioni, il laboratorio in cui lavora e, na-

turalmente, il progetto proposto. L'obiettivo è individuare studi solidi dal punto di vista scientifico, ma anche capaci di avere un impatto concreto sui pazienti. Investiamo inoltre in ricerche "high risk, high gain" (alto rischio, alto rendimento): studi ambiziosi e coraggiosi che, se raggiungono il traguardo, possono segnare un cambio di paradigma nell'approccio alle malattie oncologiche».

Fondazione Veronesi mira dunque a sostenere progetti altamente innovativi che favoriscano un rapido trasferimento dei risultati dal laboratorio al letto del paziente. È il concetto di ricerca traslazionale, oggi sempre più centrale. «Non solo: chiediamo ai nostri ricercatori di fare divulgazione, di entrare nelle scuole, perché raccontare la ricerca significa avvicinare i giovani alla scienza, trasmettere curiosità e far capire quanto impegno, passione e speranza ci siano dietro il lavoro nei laboratori. La comunicazione scientifica è parte integrante della missione della Fondazione». Dal 2003, anno della sua nascita, Fondazione Veronesi ha finanziato 2.643 borse di ricerca in 187 Istituti e Università, oltre a 160 progetti di ricerca, 19 protocolli di cura nel campo dell'oncologia pediatrica e 4 piattaforme di ri-

cerca e cura internazionali.

«I progetti che sosteniamo non riguardano solo la cura dei tumori, ma puntano anche a comprendere meglio i meccanismi molecolari coinvolti nel loro sviluppo e ciò che possiamo fare per prevenirli, studiando il ruolo dei fattori ambientali e comportamentali» aggiunge Tonelli. Nell'area oncologica nel 2026 verranno finanziate 107 borse di ricerca post-dottorato, oltre ai dottorandi della Scuola Europea di Medicina Molecolare (Semm, istituzione di alta formazione in ambito biomedico), e alle borse di formazione e specializzazione, 16 progetti di ricerca nazionali e internazionali in corso e 4 protocolli di cura in oncologia pediatrica. «Da alcuni anni abbiamo iniziato a sostenere delle piattaforme di ricerca, cioè gruppi multidisciplinari e multi-istituzionali che lavorano insieme su uno stesso ambito oncologico, mettendo in rete competenze e centri diversi» ricorda Tonelli.

Sul fronte della prevenzione verranno invece finanziate 17 borse di ricerca post-dottorato e 4 progetti dedicati agli stili di vita. È infatti ormai chiaro che abitudini corrette rappresentano uno strumento fondamentale contro il cancro. Dal fumo all'alimentazione scorretta, dalla sedenta-

rietà al consumo di alcol, molti fattori di rischio possono essere modificati attraverso scelte quotidiane più consapevoli. «Sostenere la ricerca vuol dire investire nel futuro. Ogni progetto finanziato è una possibilità in più di migliorare la vita dei pazienti, ma anche di costruire una nuova generazione di scienziati capaci di pensare e agire insieme come clinici e ricercatori» conclude Tonelli. Un investimento che, per Fondazione Veronesi, continua a puntare non solo sull'eccellenza scientifica, ma anche sulla capacità della ricerca di tradursi in strategie di cura e prevenzione concrete.

187

Dal 2003 Fondazione Umberto Veronesi ha finanziato 2.643 borse di ricerca in 187 Istituti e Università

125

Sono 125 (71%) le ricercatrici post-dottorato sostenute nel 2026. L'età media dei «post doc» è di 33 anni

Foto di gruppo
La consegna dei grant il 12 marzo scorso nell'Aula Magna della Statale di Milano

Prevenzione

Sul fronte della prevenzione finanziate 17 borse di ricerca post-dottorato e 4 progetti



Dall'AI ai biomarcatori, l'azione delle piattaforme

Gambino: la strada delle reti multidisciplinari aiuta a inquadrare meglio la malattia

Non solo finanziamenti a singoli progetti, ma anche grandi programmi condivisi per sostenere la ricerca contro i tumori con bisogni clinici più urgenti. È la strada scelta da Fondazione Umberto Veronesi Ets con le sue «piattaforme», reti multidisciplinari che collegano ospedali, università e centri di eccellenza italiani e internazionali per accelerare l'arrivo di cure innovative ai pazienti. Le piattaforme già attive riguardano i tumori del polmone, della mammella, l'oncologia pediatrica e lo studio delle relazioni tra alimentazione e tumori. È inoltre neonata l'alleanza tra la Federazione Italiana dei Gruppi Cooperativi di Oncologia (Ficog) e Fondazione Ve-

ronesi, che mette a disposizione un finanziamento per sostenere la ricerca clinica indipendente sul tumore al pancreas.

«La parola chiave è interdisciplinarietà — spiega Valentina Gambino, coordinatrice delle piattaforme di ricerca e cura di Fondazione Umberto Veronesi Ets —. Per fare passi avanti nella ricerca clinica servono biologi, medici, epidemiologi, statistici e informatici che lavorino insieme. Il nostro obiettivo è sostenere programmi di ampio respiro, capaci di migliorare rapidamente le cure». La piattaforma dedicata al tumore del polmone coinvolge l'Ospedale San Raffaele, l'Istituto Humanitas e l'Università di Chicago. «Uno dei progetti punta

a sviluppare algoritmi di intelligenza artificiale per identificare e valutare piccoli noduli sospetti e favorire diagnosi tempestive — racconta Gambino —. Un altro filone mira a individuare biomarcatori utili per capire in anticipo quali pazienti risponderanno alla chemio-immuno terapia pre-operatoria nonché a mettere a punto un protocollo per la personalizzazione dell'immunoterapia». Il tumore del polmone è strettamente legato al fumo di sigaretta, responsabile di circa il 90% dei casi. Per questo la Fondazione continua a promuovere campagne di prevenzione.

Molto promettente è la piattaforma di oncologia pediatrica, coordinata dall'Ospedale Bambin Gesù di

Roma. Qui si sviluppa il progetto Palm che vede tra i suoi primissimi risultati la messa a punto di una terapia Car-T per alcuni pazienti con la leucemia mieloide acuta resistente alle cure tradizionali: i primi tre bambini trattati al mondo sono oggi in remissione. A breve partirà anche una progettualità internazionale sul neuroblastoma ad alto rischio. «Vogliamo supportare una ricerca che risponda concretamente ai bisogni dei malati, sostenendo l'oncologia "a 360 gradi", dai tumori più frequenti alle forme pediatriche più rare e aggressive» conclude Gambino.

A.S.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La scheda

● Le piattaforme già attive riguardano i tumori del polmone, della mammella, l'oncologia pediatrica e lo studio delle relazioni tra alimentazione e tumori. Appena nata la rete tra Ficog e Fondazione Veronesi



Coordinatrice
Valentina Gambino, coordinatrice delle piattaforme di ricerca e cura di Fondazione Umberto Veronesi Ets



A diventare centenari si comincia da piccoli

Uno stile di vita sano sin dalle prime fasi della vita, già dal periodo fetale, è in grado di modificare profondamente e concretamente la predisposizione genetica a sviluppare molte patologie responsabili di un invecchiamento precoce e delle sue conseguenze

di **Cristina Ravanelli**

Corretta alimentazione, attività fisica costante, buone relazioni sociali. Oggi sappiamo che sono questi i pilastri non solo per vivere più a lungo, ma per vivere meglio. Quello che ancora non è molto noto è che le fondamenta per la longevità si cominciano a gettare già nell'infanzia, persino durante la vita fetale. La salute si costruisce giorno dopo giorno, in base anche agli stili di vita adottati dai genitori. A spiegarlo è il professor Giuseppe Banderali, pediatra, che anticipa al *Corriere* i contenuti del suo intervento «La longevità si costruisce alla nascita» in programma al Milan Longevity Summit (si veda box).

Professore, quando si parla di longevità bisogna partire dall'infanzia?

«Non solo dall'infanzia, ma addirittura dai primi mille giorni di vita, cioè già durante la gravidanza. C'è una solida evidenza scientifica che individua un *imprimatur*. L'età pediatrica è un momento unico e irripetibile della vita: il modo in cui la si affronta determina l'adulto - e poi l'anzi-

no - che saremo. Promuovere prevenzione e abitudini corrette mette le basi per una vita più lunga e più sana».

Quali sono i fattori associati a un invecchiamento in salute?

«Oggi se ne riconoscono cinque: genetici, immunologici, endocrini, ambientali e legati allo stile di vita. Ma se la genetica spiega circa il 20-30% della variabilità della longevità, alimentazione, attività fisica, comportamenti salutari e aspetti psicosociali sembrano responsabili di più del 50%».

Il ruolo dei geni è stato ridimensionato?

«Con la mappatura del gene umano, 25 anni fa, sembrava che il nostro destino fosse tutto, o quasi, scritto nei geni. Poi è emersa l'importanza dell'*epigenetica*, ovvero quel ponte tra i geni e l'ambiente in cui cresciamo. Ognuno di noi ha un assetto genetico ma, con i fattori ambientali e lo stile di vita, possiamo ridurre molto, in certi casi addirittura silenziare, eventuali effetti negativi di alcune predisposizioni».

Può fare un esempio?

«Le donne con mutazione *Brcar* hanno un alto rischio di sviluppare un tumore al seno, ma l'allattamento esclusivo per almeno sei mesi ne riduce la probabilità».

I genitori, quindi, possono cambiare la traiettoria di salute dei figli?

«Esatto. Mio padre è mancato a 97 anni, mia madre a 94, mia nonna a 100. Una buona base, ma non basta. Le scelte quotidiane dei genitori possono incidere profondamente sulla salute futura dei figli. Pensiamo ai bambini adottati: molti crescono sani nonostante condizioni genetiche sfavorevoli. Esiste un diritto alla salute, ma anche un dovere. Uno stile di vita corretto può persino annullare alcune predisposizioni».

Su cosa bisogna puntare?

«Dieta sana: ci siamo allontanati da quella mediterranea, prendendo le abitudini dalla Western Diet (dieta occidentale), ricca di cibi ultra-processati e responsabile dell'incremento dell'infiammazione, associata all'aumento di obesità, diabete, patologie cardiovascolari, demenza. Movimento: almeno 60 minuti al giorno di attività fisica moderata-intensa per bambini e adolescenti. Sonno, che regola il metabolismo, migliora la memoria e rafforza il sistema immunitario (10-13 ore a notte dai 3 ai 5 anni; 9-12 tra i 6 e i 12 anni). Sono aspetti su cui i genitori sono informati, ma ce ne sono altri su cui c'è ancora molto da fare».



Su quali altri aspetti bisogna puntare?

«La psiche, se viene rafforzata nei primi mille giorni di vita, renderà il bambino un adulto resiliente, dotato di maggiore forza per far fronte agli stress che nel corso della vita dovrà affrontare. Inoltre, è fondamentale crescere in un ambiente affettivo sicuro, sviluppare competenze sociali e sostenere relazioni positive».

Nel 2026, per la prima volta e a causa dell'allungamento della vita, si contano otto generazioni che convivono

nello stesso arco di tempo: dai Founder ai neonati Beta. Le generazioni future vivranno ancora più a lungo?

«Abbiamo le conoscenze per arrivare potenzialmente a 120 anni, una vita non solo più lunga ma più sana. Ma l'ecosistema internazionale è fatto anche di guerre, minacce nucleari, surriscaldamento del pianeta, inquinamento che influenza il futuro di tutti. Su una cosa, però, abbiamo il controllo: per i nostri figli possiamo fare molto».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Chi è



● Giuseppe Banderali è direttore del Dipartimento Materno Infantile dell'ASST Santi Paolo e Carlo di Milano. È stato componente del Consiglio Superiore di Sanità del Ministero della Salute, dove si è occupato dell'organizzazione e della formazione sanitaria in particolare nel campo della nutrizione pediatrica e della promozione dell'allattamento al seno.

Non solo Dna

Molti bambini, anche adottati, crescono sani nonostante condizioni genetiche sfavorevoli

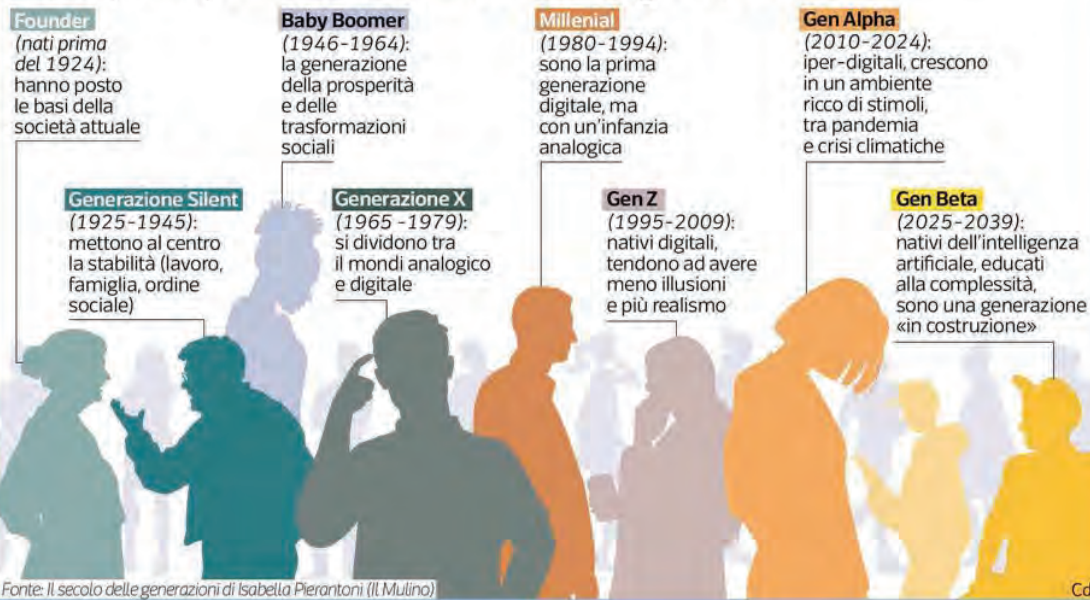
Per i bambini

Dieta mediterranea, un'ora di attività fisica al giorno e almeno 9 ore di sonno a notte

L'infanzia

È un momento unico e irripetibile: determina l'adulto e poi l'anziano che saremo

2026: per la prima volta nel mondo otto generazioni



CdS



Le sensazioni di pancia in dialogo con la mente

Scienza. Diversi studi mettono in relazione il cervello con il microbioma intestinale. E rivelano il ruolo di funzioni meno razionali dell'umano

Roberto Manzocco

Spider Man ha il “senso ragnolo,” che lo avverte dei pericoli imminenti; Dylan Dog l’ironico “quinto senso e mezzo,” che lo guida alla soluzione dei suoi casi; M. Night Shyamalan ha diretto invece nel 1999 “Il sesto senso”, intitolato a questa presunta capacità. Più in generale in ambito anglo-americano si parla di *gut feelings*, «sensazioni di pancia», termine che indica molte cose diverse, dalle intuizioni più o meno vaghe alla sensazione che una certa situazione nasconda qualcosa, o che una certa scelta sia azzecata. E, a quanto pare, in anni recenti la ricerca ha accumulato prove del fatto che, in effetti, la “pancia” – cioè il sistema nervoso enterico, o “secondo cervello,” una complessa rete di cento milioni di neuroni situata nell’apparato gastrointestinale – comunica con il cervello, fornisce sensazioni, ha un ruolo nelle malattie psichiche e molto altro ancora.

L’anno scorso un team della Duke University, guidato da Diego V. Bohórquez, ha individuato quello che potrebbe essere appunto un sesto senso situato proprio lì. Battezzato “senso neurobiotico,” esso consente al cervello, grazie a minuscole cellule presenti sull’epitelio del colon note come neuropodi, di rispondere in tempo reale ai segnali emessi dai batteri intestinali, i quali a loro volta regolano l’appetito. Ed è solo l’inizio: questa ricerca suggerisce che i batteri in questione potrebbero contribuire

a plasmare anche il nostro comportamento, il nostro stato d’animo, addirittura la nostra salute mentale. Uno studio del 2023, condotto da Shanlin Ke e dal suo team di Harvard, ha messo in luce come le donne che reprimono le proprie emozioni hanno un microbioma intestinale meno diversificato e che esisterebbe una connessione batterica nientemeno che con il livello di felicità. Tutto ruota attorno al cosiddetto “asse cervello-intestino” (un sistema integrato bidirezionale composto da elementi neuronali, immunitari ed endocrini) e al fatto che, come evidenziato da molte ricerche, uno squilibrio batterico può condurre a diversi problemi di salute mentale, come ansia, depressione e disturbi neurologici. Non dimentichiamoci poi del nervo vago, che connette in sostanza cervello e intestino; la sua azione può essere supportata da tecniche come lo yoga e la meditazione, ma anche dalla tecnologia, e in particolare dai cosiddetti stimolatori del nervo vago, dispositivi usati per ridurre stress, ansia e dolore cronico. E, stando a due studiosi dell’Università di Tubinga, Vanessa Teckentrup e Nils Kroemer,

l’attivazione del nervo vago amplifica i segnali viscerali che arrivano al cervello, un fenomeno che aiuterebbe quest’ultimo ad adattarsi all’ambiente circostante e perseguire obiettivi.

Ma le sensazioni “di pancia” avrebbero una natura multifattoriale.

Anche l’enterocezione (la capacità di percepire i propri stati fisici interni, fame, dolore, battito cardiaco e altro) avrebbe un ruolo. Uno studio del 2016 mostra come tale capacità possa influenzare persino il nostro successo professionale; in particolare Narayanan Kandasamy e il suo team di Cambridge hanno misurato la capacità di percepire il proprio battito cardiaco in numerosi operatori finanziari di Londra, scoprendo così che essa era legata al loro successo economico, così come alla loro “longevità” (cioè quanto a lungo riuscivano a prosperare su mercati finanziari ad alta pressione). In pratica l’informazione enterocettiva, anche se inconscia, fornisce dati utili al momento di prendere decisioni rischiose.

Stando a uno studio del 2016, realizzato da Thea Zander (Università di Basilea), bisogna distinguere tra il concetto di “sensazione” e quello, comune in psicologia cognitiva, di “insight”. Secondo gli studiosi si tratta in entrambi i casi di forme di pensiero non-analitico, ma il primo riguarda la capacità di “percepire” gradualmente il fatto di trovarsi nella direzione giu-



sta, mentre il secondo consiste nel “vedere” la soluzione di un certo problema tutta assieme e nel medesimo istante. Se Thea Zander nel 2017 ha poi dimostrato che l’ansia può interferire con l’atto dell’intuire, nel 2022 Kerem Oktar e Tania Lombrozo, a Princeton, hanno evidenziato come spesso gli esseri umani, nonostante posseggano tutti gli elementi necessari per prendere una decisione razionale, preferiscano comunque seguire le sensazioni di pancia, in quanto queste ultime vengono percepite come “più autentiche.”

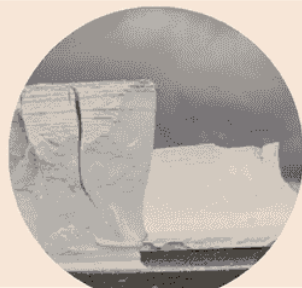
Vale la pena di fidarsi delle sensazioni di pancia? Se è vero che esse ci portano spesso a prendere decisioni

in modo più rapido della classica deliberazione razionale, non è però detto che siano più affidabili di quest’ultima, e a volte è vero l’opposto. A sostenerlo è Joel Pearson, studioso della University of New South Wales e fondatore del Future Minds Lab, che studia l’intuizione. Per lui il cervello tende ad acquisire quantità enormi di informazioni costantemente, e solo una piccola parte è conscia. Pearson definisce come intuizione l’uso positivo e acquisito di informazioni inconsce a scopo decisionale; secondo lo studioso essa può funzionare solo se preceduta dall’esperienza e dall’apprendimento, cioè tale processo, per poter essere

efficace e portarci a prendere decisioni azzeccate, deve possedere materiale adeguato su cui lavorare. In sostanza le sensazioni di pancia non sono qualcosa che semplicemente ci capita, ma piuttosto che dobbiamo allenare e imparare a usare.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

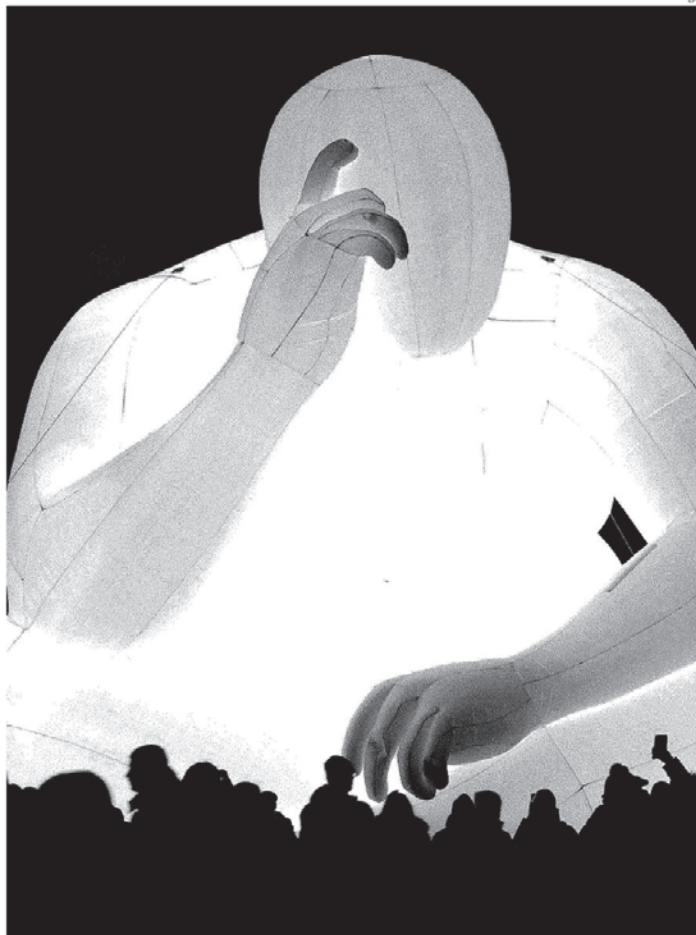
Pearson definisce come intuizione l’uso positivo e acquisito di informazioni inconsce a scopo decisionale



SCIoglimento VELOCE

Un nuovo studio pubblicato su Nature Communications suggerisce che il livello globale del mare potrebbe aumentare più rapidamente del previsto. La

ragione sta nel fatto che il riscaldamento sembra stia sciogliendo i banchi di ghiaccio antartico dal basso con una velocità molto maggiore rispetto a quanto ipotizzato.



Ricerca. Alcuni studi suggeriscono che i batteri intestinali potrebbero contribuire a plasmare anche la nostra salute mentale



Servizio Etica e Nuove terapie

Alzheimer, depressione e Parkinson: le neurotecnologie alla prova dei diritti

Definire standard di riferimento in un ambito di ricerca in pieno sviluppo tutelando libertà cognitiva e privacy mentale: le proposte della Italian Society of Neuromodulation and Neurotechnologies

*di Giacomo Koch **

15 maggio 2026

La medicina moderna sta attraversando un cambio di paradigma: la transizione dalla riabilitazione passiva a una riabilitazione accompagnata dalle neurotecnologie. Sul fronte della depressione resistente, ad esempio, la stimolazione magnetica transcranica (TMS) garantisce ormai tassi di efficacia tra il 50% e il 70% in pazienti non rispondenti ai farmaci, con protocolli accelerati (iTBS) che riducono le sessioni a soli 3 minuti. Allo stesso tempo, nella ricerca sull'Alzheimer, la stimolazione magnetica transcranica si è dimostrata in alcuni studi superiore ai nuovi farmaci anti-amiloide nel miglioramento delle funzioni cognitive, offrendo un profilo di sicurezza nettamente migliore.

Focus su Parkinson e demenze

Queste innovazioni non si fermano alla corteccia superficiale. Una delle frontiere più dirompenti è la transcranial temporal interference stimulation (tTIS), che permette di raggiungere strutture cerebrali profonde senza ricorrere alla neurochirurgia, aprendo scenari inediti per Parkinson e demenze. Anche la robotica avanzata e la realtà virtuale stanno ridefinendo il recupero post-ictus: i dispositivi robotici aumentano significativamente le probabilità di tornare a camminare autonomamente, mentre gli ambienti digitali allenano il cervello stimolando la neuroplasticità e suggerendo nuovi marcatori diagnostici precoci.

Queste sono solo alcune delle evidenze emerse a Roma, durante i lavori del I Congresso Nazionale della Italian Society of Neuromodulation and Neurotechnologies (ISNeT), nata per creare un dialogo multidisciplinare tra medici, clinici, professionisti sanitari e ingegneri biomedici per definire standard di riferimento basati su evidenze e dati certi.

Il tema etico

L'efficacia tecnologica tuttavia non può prescindere da una riflessione etica. Il progresso delle Interfacce Cervello-Computer (BCI) impone oggi la tutela della libertà cognitiva e della privacy mentale. Se la tecnologia può interagire direttamente con i nostri circuiti neurali, dobbiamo garantire che i segnali cerebrali e i pensieri restino inaccessibili a terzi, proteggendo l'individuo dal rischio di brain-hacking. Come abbiamo ribadito durante il congresso, la tecnologia deve rimanere uno strumento al servizio della persona: consenso informato e sicurezza dei dati non sono optional, ma precondizioni irrinunciabili.

Standard in arrivo

Sullo sfondo, resta la sfida della salute pubblica. Con costi legati alle patologie neurologiche che in Europa sfiorano i 300 miliardi di euro, non bastano le macchine: occorrono competenze e politiche lungimiranti. Per questo abbiamo dato vita alla ISNeT Academy, con l'obiettivo di creare un linguaggio comune tra medici, riabilitatori e ingegneri, garantendo standard formativi certificati su tutto il territorio nazionale. Solo attraverso questa sinergia multidisciplinare potremo trasformare la ricerca d'avanguardia in un beneficio equo e accessibile per ogni paziente.

** Presidente ISNeT - Italian Society of Neuromodulation and Neurotechnologies*



Servizio Giornata mondiale

Ipertensione: pressione arteriosa elevata in Italia e controlli trascurati

Secondo i primi risultati del progetto Cuore dell'Iss circa la metà degli uomini e due donne su cinque tra i 35 e i 74 anni presentano valori oltre i limiti

di Ernesto Diffidenti

15 maggio 2026

Circa la metà degli uomini e circa due donne su cinque tra i 35 e i 74 anni presenta valori elevati di pressione arteriosa o è in trattamento per l'ipertensione. Lo rilevano i nuovi dati preliminari del Progetto Cuore dell'Istituto superiore di sanità diffusi in occasione della Giornata mondiale dell'ipertensione del 17 maggio dai quali emerge una media della pressione massima pari a 134 mmHg negli uomini e 126 mmHg nelle donne e quella minima 79 mmHg negli uomini e 75 mmHg nelle donne. "Una quota consistente della popolazione adulta - osserva Chiara Donfrancesco, ricercatrice del Dipartimento malattie cardiovascolari, endocrino-metaboliche e dell'invecchiamento dell'Iss e responsabile dell'indagine - convive con valori di pressione arteriosa elevati, spesso senza che ne sia consapevole. Per questo è fondamentale promuovere un monitoraggio periodico della pressione arteriosa e sensibilizzare la popolazione a seguire i suggerimenti sugli stili di vita e le prescrizioni farmacologiche del medico".

Molti casi non controllati

La percentuale di adulti con pressione arteriosa elevata (uguale oppure superiore a 140/90 mmHg) resta significativa: 37% degli uomini e 23% delle donne. Dai dati emerge un ulteriore elemento critico: una parte rilevante delle persone ipertese non è trattato o se trattato risulta avere comunque pressione elevata. "Tra coloro che hanno pressione elevata o sono in terapia - sottolinea l'Iss - una quota consistente non è consapevole di poter avere problemi di controllo della pressione (41% degli uomini e il 31% delle donne), una parte è consapevole ma non è in trattamento farmacologico (il 12% degli uomini e il 15% delle donne), un'altra parte è in trattamento ma presenta comunque livelli di pressione elevati (il 23% degli uomini e il 35% delle donne), e solo una quota minoritaria degli ipertesi risulta avere livelli pressori non elevati (il 24% degli uomini e il 19% delle donne)".

Sfida di sanità pubblica dall'età pediatrica

L'ipertensione è uno dei principali problemi di salute pubblica a livello globale ed è responsabile come concausa di circa il 12,8% dei decessi. Sebbene sia tipica dell'età adulta, negli ultimi anni è in aumento anche tra bambini e adolescenti, soprattutto in relazione alla diffusione dell'obesità.

Nella popolazione pediatrica, sottolinea l'ospedale pediatrico Bambino Gesù, interessa il 3-7% dei soggetti apparentemente sani, ma può arrivare fino al 20-25% nei bambini in sovrappeso o obesi. In molti casi è legata a malattie renali, endocrine o cardiovascolari, ma in una quota significativa – fino al 30% – non si riesce a identificarne la causa e si parla di ipertensione "essenziale". Questa

condizione è particolarmente rilevante perché tende a persistere nel tempo e può provocare già in età pediatrica danni agli organi bersaglio, soprattutto al cuore, con aumento della massa ventricolare sinistra e alterazioni della struttura cardiaca.

Il ruolo dei reni e le conseguenze sul cuore

Lo studio condotto dall'unità operativa di Medicina dello sport e ipertensione arteriosa e da quella di Imaging multimodale del Bambino Gesù si concentra su una possibile causa finora poco considerata: le anomalie anatomiche delle arterie renali. Analizzando 107 bambini e adolescenti con ipertensione primaria, i ricercatori hanno osservato che circa il 65% presenta varianti della vascolarizzazione renale, come arterie accessorie o di calibro ridotto. La presenza di queste anomalie potrebbe alterare il flusso di sangue al rene e attivare meccanismi ormonali che aumentano la pressione arteriosa. In questo modo, anche nei casi apparentemente "senza causa", il rene potrebbe avere un ruolo diretto nel causare l'innalzamento della pressione arteriosa.

Lo studio ha anche rilevato come il 41% dei pazienti presenti già un danno cardiaco sotto forma di ipertrofia ventricolare sinistra, segno che la pressione arteriosa elevata può danneggiare il cuore fin dalle prime fasi della vita. Il confronto tra il gruppo di pazienti con e senza anomalie renali non ha evidenziato differenze significative nei valori pressori o nel danno cardiaco, ma ha mostrato che nei primi l'ipertensione è più difficile da controllare e richiede più spesso una terapia con più farmaci.

"In molti ragazzi quella che chiamiamo ipertensione essenziale (senza causa) potrebbe in realtà dipendere da come sono fatti i vasi del rene - spiega Ugo Giordano, primo autore dello studio -. Riconoscere queste anomalie aiuta a capire meglio la malattia e a intervenire prima, per proteggere il cuore".

Un piano cardiovascolare per l'Italia

Le malattie cardiovascolari rappresentano la prima causa di morte nel nostro Paese: circa il 30% dei decessi e di un impatto economico superiore ai 20 miliardi di euro tra costi sanitari diretti e perdita di produttività. Un carico in larga parte evitabile, intervenendo in modo tempestivo su prevenzione e diagnosi precoce. In questo contesto, diventa prioritario dotare l'Italia di una strategia organica e strutturata. Anche alla luce del Safe Hearts Plan della Commissione europea che invita infatti gli Stati membri a sviluppare entro il 2027 un piano nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie cardiovascolari. Per rispondere a questa sfida, le sei società scientifiche cardiologiche insieme a Confindustria dispositivi medici, hanno elaborato il Piano cardiovascolare per l'Italia, che individua nella prevenzione e nello screening diffuso i pilastri per ridurre il carico delle patologie cardiovascolari.

"Serve una strategia nazionale che renda la prevenzione un livello essenziale e accessibile a tutti i cittadini - sottolinea Guido Beccagutti, direttore generale di Confindustria dispositivi medici -. In questo percorso, le tecnologie e i dispositivi medici sono un fattore abilitante per portare screening e monitoraggio vicino alle persone e supportare una gestione più efficace e continuativa. Il Piano cardiovascolare per l'Italia rappresenta un'opportunità concreta per costruire un modello più equo, sostenibile e orientato alla prevenzione".

Shock-room, tablet al San Camillo il pronto soccorso entra nel futuro

Il presidente della Regione, Francesco Rocca, ha inaugurato ieri mattina il nuovo pronto soccorso del San Camillo-Forlanini.

Buconi a pag. 45



San Camillo, un salto nel futuro Ecco il nuovo pronto soccorso

► Dalla Shock-room per i casi più critici ai braccialetti che raccontano la terapia del paziente: Rocca inaugura i 650 metri quadrati riqualificati dell'ospedale

LA PRESENTAZIONE

Spazi rimodulati e una nuova organizzazione all'insegna dell'innovazione. A un anno dall'inizio del processo di riqualificazione, il pronto soccorso del San Camillo-Forlanini cambia volto e lo fa inaugurando la nuova area di accoglienza, di triage e di emergenza urgenza, un totale di ben 650 metri quadrati rinnovati grazie a un investimento regionale da 1,2 milioni di euro. Ieri, al taglio del nastro, c'erano il presidente della Regione Lazio Francesco Rocca, il direttore della Direzione regionale Salute e Integrazione sociosanitaria Andrea Urbani, il direttore generale del San Camillo Angelo Aliquò, il direttore sanitario Gerardo De Carolis e il di-

rettore amministrativo Eleonora Alimenti, oltre agli operatori del pronto soccorso. La cerimonia si è poi conclusa con la benedizione del cappellano ospedaliero don Valerio Bortolotti.

LE NOVITÀ

L'intervento di riqualificazione presentato ieri si spiega soprattutto guardando i numeri: il dipartimento d'emergenza del San Camillo è tra i più affollati del Centro Italia, col solo pronto soccorso per adulti che, nel 2025, ha registrato 44.417 accessi, a cui si aggiungono i 6.208 accessi al pronto soccorso ostetrico-ginecologico e i 9.614 a quello pediatrico. In tutto, si tratta di oltre 17mila codici rossi e gialli trattati e 268 pazienti arrivati in eliambulanza. Ad ispi-

rare i lavori è stata proprio l'esigenza di ridurre la confusione dei percorsi e di contenere il sovrappollamento. «Si danno dei luoghi di lavoro migliori, più dignitosi, più funzionali per l'accoglienza delle grandi emergenze» ha riassunto il presidente della Regione Lazio Rocca. Il rinnovamento del pronto soccorso è leggibile già dall'ingresso, con un'area triage differenziata in base alla gravità dei pazienti e nuovi spazi di attesa pensati per gestire i flussi quotidiani. Per i codici minori, sono state installate postazioni Usb per la ricarica dei cellulari e sistemi di identificazione sicura che permet-



tono di monitorare in tempo reale il percorso del paziente. Ma il vero cuore della riorganizzazione è appunto la nuova area emergenza, ampliata e del tutto rinnovata nelle tecnologie e negli impianti. Qui trova posto anche l'assoluta novità della "Shock-Room", ovvero l'area destinata ai casi più critici. «Rappresenta il primo momento di ingresso, dove i primi secondi sono quelli più importanti - ha spiegato Rocca - Sono postazioni che davvero rappresentano una novità per il nostro sistema di emergenza». Ci sono poi le nuove postazioni dedicate all'isolamento dei pazienti a rischio infettivo, oltre agli interventi volti a proteggere la privacy dei pazienti come le tende motorizzate auto-sanificanti che delimitano le singole postazioni e che, all'occorrenza, possono trasformarsi in

box per manovre invasive o piccoli interventi chirurgici. C'è poi la novità dell'*hospital bracalet*, un bracciale identificativo con codice a barre - già diffuso nei principali ospedali europei - che accompagnerà il paziente dal triage fino alla dimissione o al ricovero, garantendo tracciabilità e sicurezza lungo tutto il percorso assistenziale. «Basterà inquadrare col tablet il bracciale per avere la scheda completa di terapia del paziente», ha spiegato Emanuele Guglielmelli, direttore della uoc Medicina d'urgenza e Pronto soccorso del San Camillo. Si tratta, comunque, solo di una tappa. Quanto presentato ieri fa parte infatti di un pia-

no più ampio di riorganizzazione dell'intero Dipartimento di Emergenza e Accettazione del San Camillo, dove sono previsti pure una nuova *boarding area* da 25 posti letto - ovvero la zona dove chi deve essere ricoverato attende un posto in reparto - e ulteriori interventi per aumentare la capacità di gestione dei pazienti. «Gestiamo in media 163 pazienti al giorno e molti sono codici rossi - ha concluso il direttore Aliquò - adesso sarà tutto più agevolato e ne trarranno beneficio pazienti e operatori».

Asia Buconi

**LAVORI DA 1,2 MILIONI
IL GOVERNATORE:
«PERCORSI
PIÙ FUNZIONALI
PER L'ACCOGLIENZA
DELLE EMERGENZE»**



A sinistra il presidente della Regione Lazio Francesco Rocca con il personale del San Camillo-Forlanini durante l'inaugurazione dei nuovi spazi riqualificati con 1,2 milioni di fondi regionali. Sopra la nuova veste della sala d'attesa del pronto soccorso: tra le novità l'aria triage differenziata in base alla gravità del paziente (foto NOVA)



Sostegno alle famiglie Al Gemelli il rapporto tra cura e fragilità

L'INIZIATIVA

Un confronto dedicato al rapporto tra cura, fragilità e sostegno alle famiglie è andato in scena ieri - non a caso nella giornata internazionale della famiglia - al Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS. L'iniziativa - dal titolo "Famiglia e fragilità" - ha visto al centro l'intervento della ministra per la Famiglia, la Natalità e le Pari Opportunità Eugenia Maria Roccella, che ha rilanciato la necessità di una collaborazione tra istituzioni, sanità e nuclei familiari. Intervenedo all'incontro - organizzato nell'ambito del progetto "Non lasciamo nessuno solo" promosso dalla Fondazione Gemelli, dall'Istituto Giuseppe Toniolo di Studi Superiori e dall'Università Cattolica del Sacro Cuore - la ministra Roccella ha sottolineato la necessità di «promuovere l'alleanza tra mondo sanitario e

famiglia, come tra scuola e famiglia: in realtà dovremmo parlare di alleanza di un'intera comunità con la famiglia, un'alleanza imperniata sulla cura». L'incontro di ieri si è aperto con i saluti del vicepresidente dell'Istituto Toniolo Giuseppe Fioroni, del direttore generale della Fondazione Gemelli Daniele Piacentini e del preside della facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Cattolica Alessandro Sgambato. Con loro, anche mons. Claudio Giuliodori, assistente ecclesiastico generale della Cattolica e Adriano Bordignon, presidente del Forum delle Associazioni Familiari. A turno, hanno ribadito il ruolo centrale della famiglia per i pazienti, specie nei momenti più delicati della malattia. Spazio anche per una tavola rotonda sulle esperienze sviluppate al Gemelli sul fronte del sostegno psicologico, sociale e organizzativo alle famiglie dei pazienti. Qui sono intervenute la responsabile dell'Unità di Psicologia clinica Daniela Chieffo, la direttrice Ri-

sorse umane Roberta Galluzzi, la coordinatrice del Servizio sociale Francesca Giansante e la consigliera di amministrazione Maria Rosa Russo. Toccante la testimonianza di una famiglia che ha raccontato il proprio percorso di cura nel Policlinico, mentre nel reparto di Oncologia pediatrica i volontari di Tennis & Friends e i tecnici della Federazione italiana tennis e padel hanno incontrato i piccoli pazienti. La ministra Roccella ha infine visitato il reparto pediatrico salutandoli bambini, genitori, medici e operatori sanitari.

As. Buc.

**PRESENTE ANCHE LA
MINISTRA ROCCELLA:
«BISOGNA PROMUOVERE
L'ALLEANZA TRA
IL MONDO SANITARIO
E I NUCLEI FAMILIARI»**



Sanità, la voragine

Nei primi tre mesi 2026 le Asl hanno perso 90 milioni Irpef, a dicembre un vero salasso per 92mila pugliesi

DE FEUDIS E SCAGLIARINI A PAGINA 2-3 >>



Sanità, nei primi tre mesi 2026 le Asl hanno perso 90 milioni

La manovra (retroattiva) sull'Irpef: a dicembre in busta paga conguagli salati

MASSIMILIANO SCAGLIARINI

● **BARI.** Gli effetti della manovra correttiva dei conti sanitari cominceranno a vedersi nelle buste paga di giugno, quando i datori di lavoro e l'Inps applicheranno le nuove addizionali annunciate sabato dal presidente Antonio Decaro. Ma è tra no-

vembre (autonomi) e dicembre (dipendenti) che arriverà la botta, soprattutto per quei 92.968 pugliesi che dichiarano un imponibile superiore a 50mila euro e che vedranno crescere l'aliquota regionale di quasi un punto e mezzo cioè fino al massimo



previsto dalla legge.

La Regione è stata infatti costretta ad applicare il «comma 174», la norma della finanziaria 2004 che impone ai governatori in veste di commissari - di ripianare i deficit della sanità «anche» attraverso le addizionali, che si applicano con effetto retroattivo dal 1° gennaio dell'anno in corso. E dunque in sede di conguaglio o di secondo acconto arriverà il carico fiscale aggiuntivo dei primi cinque mesi dell'anno, che per i dipendenti della fascia di reddito più alta significa un minimo di 400 euro.

Dalla manovra sulle addizionali la Regione conta di ricavare circa 240 dei 359 milioni di deficit accumulato nel 2025 dal sistema sanitario. Le addizionali attualmente in vigore portano in cassa (dato 2023, ultimo disponibile) 89 milioni di euro, quasi equamente divisi tra i diversi scaglioni di reddito (25 milioni fino a 15mila euro di imponibile, 23 milioni tra i 15 e i 28mila euro di imponibile, 20 milioni tra i 28 e i 50mila euro, 20 milioni oltre i 50mila euro di imponibile). La manovra ha lasciato invariata allo 0,1% l'addizionale del primo scaglione, ha portato dallo 0,2% allo 0,9% quella del secondo, dallo 0,4% al 2% quella del terzo e dallo 0,62 al 2,1% quella dell'ultimo scaglione. Questo significa che la Pu-

glia ha utilizzato per la fascia di reddito più alta l'intera leva fiscale: la legge nazionale prevede un minimo dell'1,23% e un massimo del 3,33% che verrà quindi applicato ai redditi superiori a 50mila euro.

Dall'aumento delle aliquote la Regione otterrà 150 milioni di Irpef in più rispetto a quanto ottenuto nel 2025. Ed è certo che la nuova imposizione fiscale durerà almeno per due anni, cioè almeno per tutto il 2027. Questo perché il regime ordinario per la variazione delle addizionali (cioè fuori dai casi di commissariamento) prevede che le Regioni agiscano entro il 31 dicembre dell'anno successivo. Ed è improbabile che da qui a fine anno la Puglia possa aver risolto il problema.

Venerdì scorso la Regione ha chiuso i conti delle Asl relativi al primo trimestre 2026. Il dato non è ancora disponibile, tuttavia la perdita attesa dei primi tre mesi dovrebbe aggirarsi sui 90 milioni quindi mantenendo lo stesso trend dell'anno precedente. In questo momento la Puglia non conosce ancora la quota di finanziamento del Fondo sanitario nazionale per il 2026, il cui incremento atteso andrà a ridurre la perdita attesa: se dovesse azzerarla, il ricavato della manovra fiscale annunciata sabato diventerebbe una sorta di «teso-

retto» da mettere da parte, come hanno fatto già altre Regioni.

Il problema, però, è agire sul fronte della riduzione della spesa, compito che il governatore Decaro vuole assegnare agli otto nuovi direttori generali delle Asl. La nomina è attesa in questi giorni, dopo che verranno predisposti gli schemi di contratto in cui verranno inseriti gli obiettivi di riduzione. Ma anche in questo caso, il 2026 è ormai andato: i nuovi manager non si insedieranno prima di giugno, e difficilmente saranno pienamente operativi prima delle ferie. A settembre saranno già trascorsi tre trimestri dell'anno, a trend di spesa invariato e anzi con situazioni locali che restano ampiamente fuori controllo. La Regione dovrà intanto presentare ai ministeri di Economia e Salute il Piano operativo triennale contenente le misure di contenimento. E l'unica possibilità è rappresentata da «ottimizzazioni», ovvero accorpamenti e chiusure di reparti.

L'AUMENTO DELLE ADDIZIONALI

L'aliquote per la fascia di reddito più alta è stata portata al massimo consentito dalla legge: una stangata per 92mila cittadini



NEL MIRINO Ospedali a rischio tagli



349 MILIONI DI PERDITE
Sabato Antonio Decaro ha illustrato le misure per ripianare il deficit accumulato dalle Asl nel 2025



Stangata Irpef da 241 milioni così la Puglia «salva» la sanità

Le nuove aliquote retroattive da gennaio: il 61% è a carico del 27% dei cittadini

● **BARI.** «Oltre il 70% dei pugliesi non avrà un aumento o avrà un aumento limitato a circa 4 euro al mese»: il cuore della conferenza stampa di Antonio Decaro è in questo passaggio a metà della conferenza stampa in presidenza. Il governatore della Puglia, nelle vesti di commissario per risanare i conti in rosso della Sanità, ha assicurato che le fasce deboli saranno sostanzialmente escluse dalla stangata legata all'aumento dell'addizionale Irpef.

Una relazione accurata, preparata meticolosamente (incrociata con le tabelle del Mef e della Corte dei conti) in queste settimane dopo un confronto serrato con categorie, dipartimento Salute, Aress e la sua task force guidata dal capo di gabinetto Davide Pellegrino: Decaro ha illustrato una manovra fiscale per recuperare attraverso l'addizionale Irpef (in soldoni un aumento delle tasse sui cittadini) 241 milioni di euro. Il peso di questo recupero di risorse sarà sopportato in larga parte dal 27% dei cittadini, ovvero i contribuenti con reddito tra i 28mila e 50mila euro lordi, e quelli oltre i 50mila: i primi sono 432.125 e pagheranno circa 240 euro in più rispetto alla tassazione del 2025, mentre i secondi (circa 93mila), pagheranno una cifra aggiuntiva vicina agli 800 euro. Copriranno il 61% del buco regionale. Il resto dei pugliesi? Il 32,8% che dichiara fino a 15mila euro non subirà maggiorazioni, mentre chi rientra nella fascia dai 15mila ai 28mila avrà un aggravio annuale vicino ai 50 euro.

LE DICHIARAZIONI DI DECARO - «Avevo detto già in campagna elettorale che la situazione era complicata - ha spiegato come incipit, chiamando in causa il governo Meloni - e sono costretto a utilizzare la leva fiscale per ripianare il disequilibrio della

sanità che ammonta a 349 milioni di euro. Non cerco capri espiatori, ma i dati del ministero attestano un aumento dei costi della sanità del 3,6%, e lo stesso Mef dice che l'aumento del governo sul Fondo sanitario nazionale che viene trasferito alle Regioni, per la Puglia è dell'1,09%». Poi una comparazione con le altre regioni che registrano le stesse criticità: «C'è un disequilibrio strutturale che riguarda tutte le Regioni, a partire da Emilia-Romagna, Piemonte e Abruzzo».

«Ho sentito molto attacchi e sono stato in silenzio. Da Roma sono venuti a dirmi "vergogna" per la leva fiscale. Io mi sto prendendo la mia responsabilità, ma una cosa la voglio dire: il governo per me è sempre stato un alleato e non un avversario, per questo ho scelto di non attaccare nessuno, di non replicare a nessuno. Mi sono assunto la responsabilità a qualche giorno dalle amministrative». Il passaggio su Arianna Meloni che aveva stigmatizzato l'aumento definendolo «vergognoso»: «Mi fa specie però che la vergogna è "a Regioni alterne": non ho ascoltato gli stessi termini quando hanno aumentato la leva fiscale l'Abruzzo e il Molise. Ma non trasformerò questa sede istituzionale in un ring». C'è stato anche un passaggio sul personale: «Se sono felice di essere il commissario che deve approvare la manovra fiscale nei primi 4 mesi che governo la Regione? - ha detto con una domanda retorica - No, non lo sono. Lo faccio con la morte nel cuore, so bene che i cittadini stanno vivendo un momento complicato. Mi assumo l'onere di questo provvedimento che chiude col passato». L'obiettivo è superare la gestione Emiliano: «Lavorerò giorno e notte cercando di efficientare l'offerta e la spesa sanitaria». Sullo sfondo la vertenza con Palazzo Chigi per



avere più risorse per la sanità: «Mi batterò anche per fare in modo che aumenti il Fondo sanitario nazionale per tutte le regioni, in modo da allinearle all'aumento dei costi, specialmente a quelli che non dipendono da noi». «Ho voluto chiedere sacrifici alla macchina regionale e alla politica - ha chiosato -. Abbiamo tagliato 107 milioni di euro dai costi della macchina regionale».

GLI SCAGLIONI - «Abbiamo introdotto - ha spiegato nel dettaglio - un principio progressivo, chi ha di più dovrà contribuire di più. Il 30% dei pugliesi, tutti quelli nella fascia fino a 15mila euro, non avrà nessun aumento. Il 40% dei pugliesi compresi nella fascia di reddito tra 15 e 28mila euro avrà un aumento medio mensile di 4 euro. Sopra i

28mila e fino a 50mila euro ci sarà un aumento medio di 19 euro; sopra i 50mila euro l'aumento medio sarà di circa 66 euro».

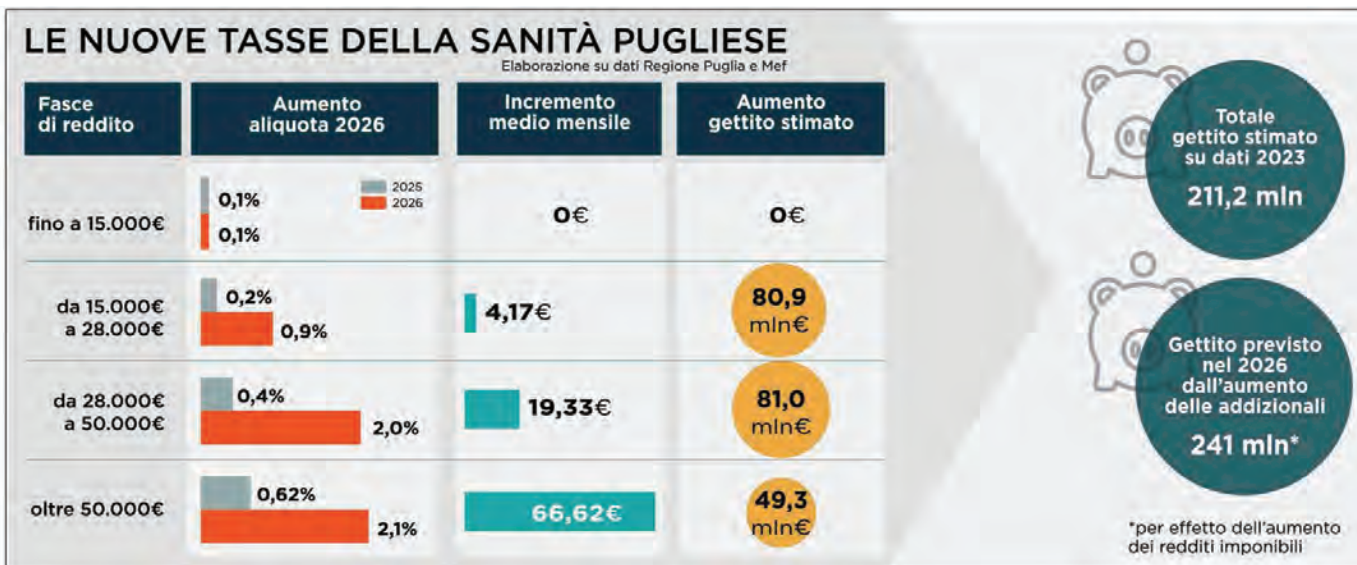
LO SGUARDO AL FUTURO - Le nuove aliquote si applicano all'intero anno: per i lavoratori dipendenti la ritenuta parte da giugno con conguaglio finale. Gli autonomi pagheranno al momento degli acconti e del conguaglio. «L'impegno è di non aumentare nuovamente ma di ridurre le aliquote fiscali. L'impegno è di efficientare la spesa per ridurre i costi e l'aliquota nei prossimi anni». Gli sms finali: non ci saranno chiusure di reparti; la mobilità passiva sarà disincentivata mentre sulle liste d'attesa sono state «anticipate 93.415 prestazioni. Sono persone». [mdf]

I DATI DEL MEF

«L'aumento dei costi è del 3,6% il trasferimento da Roma è fermo all'1,09»

L'IMPEGNO

«Se le spese saranno efficientate si potranno ridurre le aliquote»



Servizio Manovra di rientro

Puglia: tagli ai budget e addizionali Irpef per coprire il buco della sanità

Il governatore Decaro al lavoro per reperire 349,3 milioni: tagli e tasse potrebbero non bastare, possibile cura dimagrante per i piccoli ospedali

di Vincenzo Rutigliano

15 maggio 2026

Attesa in Puglia per coprire il buco della sanità per il 2025 da 349,3 milioni di euro con una manovra mista tra aumenti dell'addizionale Irpef - per i redditi più alti esborsi anche fino a 1.200 euro annui - ed economie del bilancio autonomo regionale. A scriverlo il governatore pugliese, Antonio Decaro, che nella veste di commissario ad acta per la sua attuazione, dovrebbe muoversi su 2 fronti : il recupero di economie nel bilancio autonomo per 120 milioni, di cui 30 legati a risparmi nel funzionamento del consiglio regionale, e gli altri 230 recuperati dalla manovra fiscale con più Irpef. A carico dello scaglione di reddito compreso tra 28 e 50mila euro (432 mila contribuenti) e di quello superiore (92mila contribuenti) gli esborsi sarebbero, rispettivamente, di 108 euro e 1.200 euro annui. E non si esclude che a pagare dovrebbero essere anche i pugliesi - quasi 750mila- finora esclusi, cioè quelli dello scaglione 15-28mila euro.

Entro maggio il piano anti deficit

Il piano anti deficit dovrà essere pronto entro fine maggio per essere poi inviato al ministero di Economia e Finanza, dopo che sarà stato adottato il bilancio di esercizio consolidato del Servizio sanitario regionale. Tagli e più tasse potrebbero non bastare. Mef e ministero della Salute, infatti, hanno chiesto alla regione di applicare il Piano Operativo con la riorganizzazione, con tagli di reparti e posti letto, nei piccoli ospedali. Disaggregando le voci del deficit 2025 pesano soprattutto la mobilità passiva - per quasi 150 milioni - ed i rincari di energia, farmaci e personale.

Sul fronte dei "viaggi della speranza", che spesso tali non sono perché anche la sanità pugliese offre prestazioni di qualità, è già in corso una operazione con le regioni del Nord per ridurre le uscite. Su questo tema Aldo Gemma, segretario generale FP-Cisl avverte: "Serve un processo graduale, la gente va fuori, ma tante buone pratiche possono ricostruire fiducia e competenza per trattenere, qui, il 50% di coloro che vanno fuori, spesso per protesi, per esempio, agli arti, interventi nei quali noi abbiamo delle eccellenze".

Ancora indefinita la governance

Intanto resta ancora indefinita la governance del settore. I nuovi direttori generali, nonostante la procedura di selezione sia stata avviata e conclusa, non sono stati ancora nominati e questo genera incertezza. "Non c'è la catena di comando - denuncia Gemma - . Ai dg incapaci avrebbero dovuto risolvere il contratto e invece sono ancora lì, in gran parte scaduti tranne Bari, Brindisi e Policlinico. Tenere sospesa la loro nomina non aiuta. Se dobbiamo aumentare l'Irpef tutto è riconducibile alla mala gestione dei dg, mandateli a casa. Tocca a loro dare una buona risposta sanitaria senza gravare su tutta la Puglia".

PER ORDINE DI TRUMP
Calabria, medici
cubani cacciati:
“Ora gli africani”

di **ANTONELLO CAPORALE** E DI **BENEDETTO A**
PAG. 14



SANTA MALATA L'inviato Usa al presidente Occhiuto: “Deve liberare la Regione” dai dottori castristi. “E io gli ho detto: con chi li sostituisco?”

Calabria, Trump caccia i medici cubani: “Cercheremo in Africa”

LA STORIA

» **Antonello Caporale**
INVIATO A POLISTENA
(REGGIO CALABRIA)

Honduregni, indiani, forse anche venezuelani e argentini. A suo modo è una *flotilla* la seconda spedizione umanitaria di Medici senza frontiere che sta per atterrare a Lamezia Terme, nell'istmo che divide il mar Tirreno dallo Ionio.

Non è Gaza la terra sconsolata da accudire, è la Calabria che dopo aver trovato in Cuba il primo pronto soccorso, ora cerca nel mondo una soluzione bis per i suoi ospedali ancora bucati, per i padiglioni ancora vuoti di medici, per le radiologie scarse di ecografisti, le sale operatorie senza chirurghi, le rianimazioni senza anestesisti.

UN MIGLIAIO DI SANITARI mancherebbero all'appello nella medicina di base e in quella ospedaliera giacché, negli anni, un rovinoso *turn over* ha pialato ogni capacità di reazione delle Asl e glisprechi, le infiltrazioni

della 'ndrangheta (l'azienda sanitaria di Reggio Calabria per esempio per due volte sciolta per mafia) e il commissariamento (ora concluso) che ne è seguito hanno sigillato la cassa, e l'imbuto dell'inferno ha trascinato la sanità in una strada senza uscita. “Più di una volta sono stata sul punto di chiudere interi reparti per mancanza di personale”, dichiarò, quando la crisi sembrava invincibile, Lucia Di Furia, direttrice generale delle strutture ospedaliere reggine.

Ciononostante, poche settimane fa, si presenta nell'ufficio di Roberto Occhiuto, presidente della Regione, Mike Hammer, incaricato d'affari Usa a Cuba, preoccupato che l'isola caraibica, contro la quale Trump ha intentato la guerra finale, fosse vista con favore da questa porzione d'Italia e addirittura eletta a vascello salvatore, stella lucente nel cielo altrimenti buio dell'egoismo nazionale. “Mi chiede di liberare la Calabria dai medici cubani, rimandarli all'Avana. Gli rispondo: con chi li sostituisco? Ci sono medici americani in giro?”

In giro, per Occhiuto, c'è solo una possibilità: cercare nell'al-

tra parte del globo ciò che è indispensabile alla vita della Calabria. “Abbiamo quindi promosso questo reclutamento straordinario di medici in Europa e fuori dai confini dell'Unione, soluzione intermedia, in attesa di aggredire dalle fondamenta il problema”.

In questi ultimi anni qualcosa è comunque andato avanti, tre ospedali sono in fase di costruzione o di ultimazione. Nella Sibaritide un grande plesso è quasi pronto, a Vibo Valentia si dovrebbe essere vicini alla conclusione dei lavori. Palmi è un caso a parte. Milioni di euro, qui se ne contano per centinaia, bruciati sull'altare dell'incompetenza e del familismo: il progetto sbagliato, nel senso tecnico della parola, per l'ospedale mai



nato.

Le montagne che si susseguono e rendono lenti i collegamenti e sempre difficili i soccorsi hanno prodotto morti ingiustificabili e qualche rimorso nel sistema ha fatto vincere la testarda battaglia di resistenza ai cittadini di Cariatì, sul lato ionico della Regione, per una sanità pubblica disponibile anche nelle contrade sperdute.

“Esiste un deficit di autostima – spiega Ferdinando Laghi, consigliere regionale – e una disponibilità ad accettare senza indignarsi la supremazia del potere, a ritenere del tutto irrilevanti azioni pubbliche che deturpano il territorio o rendono la vita difficile a chi ci vive. Abbiamo per esempio anche noi una terra dei fuochi, circa

130mila tonnellate di schifezze che inquinano e rendono tossica la nostra esistenza. Ma è un dato spesso non valutato come indice di una situazione allarmante vista come la consueta e intramontabile capacità di saper fare male le cose e non dover renderne conto. Il malgoverno come principio e destino”.

DEI CIRCA 500 MEDICI giunti tre anni fa da L'Avana ne sono rimasti in attività 330, tutti integrati nelle strutture regionali. Nella Piana di Gioia Tauro, dove le condizioni ambientali sono più sfavorevoli e il sistema sanitario praticamente collassato, l'arrivo dei cubani ha permesso

agli ospedali di non chiudere. Michele Tripodi, sindaco di Polistena: “Sono medici attenti, particolarmente competenti, apprezzati. Si sono sintonizzati con la nostra gente e hanno offerto sentimento e solidarietà. Hanno cioè quel che sembra mancare a tanti: umanità, connessione sentimentale, ottimismo della volontà”.

Ariel Amaury, ginecologo de L'Avana: “Quando siamo partiti ci siamo detti: che strano vedere la nostra brigata chiamata in soccorso dell'Italia. La destinazione, prima d'ora, è stata sempre l'Africa o il Venezuela, la Colombia, posti così. Poi però il mondo gira...”.

E ADESSO?

IL BANDO PER CERCARE PERSONALE ANCHE FUORI DALL'UE

LE REAZIONI



ROBERTO OCCHIUTO

“Mike Hammer mi ha chiesto di liberare la Calabria dai medici cubani, rimandarli all'Avana. Gli rispondo: con chi li sostituisco? Ci sono medici americani in giro?”



ARIEL AMAURY

“Alla partenza ci siamo detti: strano vedere la nostra brigata chiamata in Italia. Le destinazioni finora erano sempre Africa, Venezuela, Colombia, posti così. Poi però il mondo gira...”



MICHELE TRIPODI

“Si sono sintonizzati con la nostra gente e hanno offerto sentimento e solidarietà. Hanno quel che sembra mancare a tanti: umanità, ottimismo della volontà, connessione sentimentale”.



Le minacce
I medici cubani sono arrivati in Calabria durante la pandemia
FOTO ANSA

