

**11 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





Servizio L'intervento

## Rappresentatività sindacale ferma al palo e la sanità accreditata attende regole certe

Il decreto Primo Maggio evita consapevolmente di affrontare il tema della rappresentatività sindacale, lasciando ancora una volta nel guado i datori di lavoro

*di Giovanni Costantino\**

8 maggio 2026

Treno passato, occasione perduta. Ci si aspettava un passo in avanti verso un sistema di relazioni industriali più trasparente e affidabile e, invece, il decreto Primo Maggio (DI 62/2026), salve clamorose modifiche in sede di conversione, evita consapevolmente di affrontare il tema della rappresentatività sindacale, lasciando ancora una volta nel guado i datori di lavoro.

Il nuovo testo normativo, infatti, non chiarisce cosa debba intendersi per "organizzazioni comparativamente più rappresentative", nozione che diventa oggi ancor più importante, visto che, con il lodevole intento di eliminare i fenomeni di dumping contrattuale, il decreto affida proprio a tali organizzazioni il compito di definire il "salario giusto" per l'intero settore.

D'altronde, anche prima dell'entrata in vigore del DI 62/2026 era evidente l'urgenza di affrontare la questione, almeno da quando la sentenza n. 156/2025 della Corte costituzionale ha dichiarato illegittimo l'articolo 19 dello Statuto dei lavoratori nella parte in cui non consente la costituzione di RSA anche ai sindacati "comparativamente più rappresentativi sul piano nazionale", pur non firmatari del contratto collettivo applicato né partecipanti alle trattative.

La Corte è partita da riflessioni sostanzialmente condivisibili, ma ha individuato una soluzione destinata a generare confusione tra i datori di lavoro, ai quali affida il compito (impossibile) di valutare il grado di rappresentatività di ciascun sindacato. Gli imprenditori non dispongono infatti degli strumenti necessari per una simile verifica. Occorrerebbero dati certi, criteri uniformi, un quadro informativo completo e aggiornato. Nulla di tutto ciò è oggi disponibile, e non è presumibile che la Cassazione, che dovrebbe pronunciarsi a giorni sull'argomento, potrà risolvere tale incertezza.

Il problema è particolarmente sentito nella sanità privata, dove operano non solo le tradizionali confederazioni sindacali ma anche altre sigle che hanno consolidato nei decenni il loro ruolo, giungendo a sottoscrivere importanti ccnl. È inoltre frequente che ulteriori organizzazioni, vantando un buon grado di rappresentatività (certificata) nel settore pubblico, provino a ribaltarlo anche sulle strutture private.

Il risultato è un paradosso. Per evitare che la discrezionalità datoriale diventi un ostacolo alla libertà sindacale, la Corte ha finito per attribuire ai datori di lavoro un potere (o meglio, un dovere) valutativo ancora più ampio. Il rischio è quello di un'escalation di contenzioso e di conflitti aziendali. La Consulta, consapevole di questa fragilità, ha invitato il Legislatore a intervenire sul tema per delineare un assetto capace di valorizzare l'effettiva rappresentatività in azienda.

L'intervento normativo, inoltre, non potrà non tener conto della rappresentatività sul piano nazionale. È infatti necessario creare un collegamento stabile tra i diversi livelli, così da evitare che la contrattazione decentrata si sviluppi su linee difformi da quelle stabilite in sede nazionale, essendo condotta da organizzazioni sindacali diverse dalle sigle che hanno trattato il ccnl e che, potenzialmente, potrebbero non dividerne le scelte e le mediazioni.

L'esigenza di una regolamentazione è emersa con forza durante la Tavola Rotonda organizzata nei giorni scorsi sul tema da COSTANTINO&partners, con il patrocinio di Aris. Rappresentati del mondo accademico, sindacale e manageriale, seppur nella diversità delle soluzioni e metodologie proposte, hanno tutti riconosciuto, dopo un approfondito dibattito, la necessità di addivenire a una disciplina anche per la sanità privata.

Non solo. Il settore attende anche la revisione complessiva delle norme sull'accreditamento con il Ssn prevista dall'articolo 36 della legge 193/2024, a fronte della quale sono state giustamente sospese sino al 31 dicembre 2026 le regole sulla concorrenza varate nel 2022.

Relazioni sindacali e accreditamento non sono mondi separati, ma si influenzano reciprocamente e concorrono a definire la qualità del lavoro e dei servizi. Per questo, continuare a intervenire per singoli tasselli – una sentenza oggi, una modifica normativa domani – rischia di produrre un mosaico incoerente, incapace di reggere le sfide che attendono il settore.

Serve una visione di sistema. Una riforma che tenga insieme la tutela dei lavoratori, il diritto alla salute dei pazienti e la libertà di iniziativa economica. È un equilibrio difficile, ma non più rinviabile. Il tempo delle correzioni marginali è finito. Oggi più che mai serve una riforma che guardi all'intero sistema

*\*Esperto di diritto del lavoro in sanità, Capodelegazione **Aris** per il rinnovo dei contratti collettivi della sanità privata*



## **AIOP Lombardia. 11 maggio a Palazzo Lombardia Assemblea 2026 su “Cura & Sostenibilità”**

08/05/2026 ore 15:00

Si terrà lunedì 11 maggio 2026, alle ore 10.30, presso il Belvedere Silvio Berlusconi di Palazzo Lombardia — 39° piano, ingresso N1, Piazza Città di Lombardia 1, Milano — l’Assemblea 2026 di AIOP Lombardia, dal titolo «Cura & Sostenibilità. Prospettive e sfide future per la sanità lombarda», organizzata da AIOP Lombardia con il patrocinio di Regione Lombardia.

I lavori, moderati da Nicola Porro, vicedirettore de Il Giornale, blogger e conduttore di Quarta Repubblica e 10 minuti, saranno aperti da Michele Nicchio, presidente di AIOP Lombardia. Previsti i saluti istituzionali di Attilio Fontana, presidente di Regione Lombardia.

Nel corso della mattinata si alterneranno diversi momenti di confronto. La sessione «Storie di eccellenza nella sanità lombarda» vedrà gli interventi di Guido Bertolaso, assessore al Welfare di Regione Lombardia; Sandro Iannaccone, direttore del Dipartimento di Riabilitazione e Recupero Funzionale dell’IRCCS Ospedale San Raffaele di Milano e Pietro Mortini, direttore U.O. di Neurochirurgia e ordinario presso l’Università Vita-Salute San Raffaele.

Spazio anche al tema «Il racconto responsabile della sanità: il valore dell’informazione corretta», con gli interventi di Giulia Bonezzi de Il Giorno, Sara Monaci de Il Sole 24 Ore e Simona Ravizza del Corriere della Sera.

A seguire, “La sanità privata accreditata: motore del sistema o risorsa incompresa?”, con l’intervista al professor Gabriele Pelissero, presidente di AIOP Nazionale.

In chiusura, il panel «Pubblico e privato, presente e futuro del Sistema Sanitario Lombardo» vedrà la partecipazione di Emanuele Monti, presidente della IX Commissione Sostenibilità sociale, casa e famiglia del Consiglio regionale lombardo ed executive board member di AIFA; Carlo Borghetti, componente della III Commissione Sanità del Consiglio regionale lombardo; Dario Beretta, presidente della Sezione Ospedaliera AIOP Lombardia; Alessandro Bariani, presidente della Sezione Sociosanitaria AIOP Lombardia; Valerio Marcellino, presidente **ARIS** Lombardia e Pietro Potestio, presidente ANISAP Lombardia.



la Repubblica



Fondatore EUGENIO SCALFARI

Direttore MARIO ORFEO



Rspettacoli Dario Argento: a Cannes l'Italia tra sesso e corna di ARIANNA FINOS a pagina 32

Rspozt Crisi Milan, si infiamma la corsa Champions di MAURELLI, SERENI e VANNI alle pagine 34, 35 e 37



Lunedì 11 maggio 2020 Anno 33 - N° 18 Oggi con Affari&Finanza In Italia € 1,90

L'Hantavirus fa paura, più controlli alle frontiere

A Tenerife lo sbarco della nave infetta. Un francese con i sintomi. Il ministero allerta i medici per porti e aeroporti

dalla nostra inviata ALESSANDRA ZINITI



Le ragioni del pericolo

di ROBERTO BURIONI

A fine marzo un ornitologo olandese si reca in una discarica di Ushuaia, all'estremo Sud dell'Argentina. Pare che voglia osservare un uccello rarissimo, il caracara dalla gola bianca. Ma in discarica non c'è solo il caracara. Ci sono pure dei topi che lo contagiano con un hantavirus: sono virus che si trasmettono dal topo all'uomo. a pagina 16

Governo, lo strappo di Giuli

Azzerati i vertici dello staff: via Merlino e Proietti, due funzionari di area Fratelli d'Italia. Il caso dei fondi negati al docu su Regeni. L'ira di Palazzo Chigi. Il ministro: "O io o loro"

Il ministro della Cultura Alessandro Giuli ha sfidato il governo licenziando i vertici del suo staff: la segretaria personale Elena Proietti e il capo della segreteria tecnica Emanuele Merlino. Entrambi esponenti di FdI. A pesare nella decisione le scelte sbagliate sui fondi per il documentario su Regeni. Il governo non ha gradito, ma Giuli si è imposto. Dal ministero filtra solo un «no comment».

di CERAMI, DE CICCO e RIFORMATO alle pagine 8 e 9



L'ANALISI

Regolamento di conti nel ministero di scandali e veleni

di FRANCESCO BEI

A tena, dea delle arti e della cultura, è un tipino che ama punire crudelmente i superbli. Chiedere alla bella Aracne, che osò sfidarla nella tessitura, trasformata in un ragno, anzi in «mezza ragna» (Purgatorio, canto XII). Davvero imperdonabile per Alessandro Giuli aver dimenticato la terribile sorte cui va incontro chi pecca di hybrid.

a pagina 11



Teheran agli Usa: stop alla guerra Trump: presa in giro inaccettabile

di BONOTTI, COLARUSSO e MASTROLILLI

alle pagine 12 e 13

LE IDEE

Garlasco, la morbosità collettiva che ci allontana dalla realtà

di CONCITA DE GREGORIO

Sesso, sangue, a volte soldi. Che siano molti o pochissimi, miseria o posticcia nobiltà, soldi che mancano, soldi in eccesso: ci sono sempre, i soldi, a far da quinta a queste storie. Villette di periferia o villoni al mare, garage di campagna o terrazze paradiso, politici o manovali, droga dello stupro o un parente che bussa pennesso, o un amico di un amico.

a pagina 16

LA STORIA

La smemorata di Crans: aiutatemi non ricordo nulla voglio vedere i video

di TIZIANA DE GIORGIO

a pagina 29

Advertisement for Naturelle eggs with a sun and chicken logo. Text: 'PARTECIPA al CONCORSO NATURELLE G'. 'le Naturelle UOVA BUONE DAL 1950'. 'famiglia LIONELLO'. 'naturelle.it'.



Gelo Ue sul dialogo con Putin Germania scettica: trappola di Mosca

di GUERRERA, MASTROBUONI e TITO

alle pagine 14 e 15



CORRIERE DELLA SERA

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

150 ANNI  
DEL LUNEDÌ

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

TOSCANA • ITALIA  
**Petti**  
1925  
ILPOMODOROPETTI.COM



**L'eredità della Civil Week**  
Fiducia e coraggio acceleratori sociali  
di **Elisabetta Soglio**  
a pagina 27

**Lotta Champions aperta**  
Milan, un altro ko  
Raggiunto dalla Roma  
cronache, pagelle e commenti  
alle pagine 36, 37 e 39



TOSCANA • ITALIA  
**Petti**  
1925  
ILPOMODOROPETTI.COM

Il nodo tra i cattolici

LA DIFESA NON È BELLICISMO

di Angelo Panebianco

Ideologia e linguaggio. Provatevi a dire che, stante la pericolosità della situazione internazionale, è giusto che i Paesi europei provvedano a rafforzare, ciascuno e collettivamente, le loro capacità di difesa militare. Vi imbatteverete subito in qualcuno che vi accuserà di avere una posizione «bellicista» o «guerrafondaia». Se non che, bellicista, se le parole hanno un senso, è la posizione di chi vuole fare la guerra, di cui vuole attaccare qualcun altro. Come si fa a definire «bellicista» chi vuole soltanto che il Paese in cui vive sia messo in grado di difendersi da eventuali minacce o aggressioni altrui? Chi lo dice, evidentemente, è vittima di un (auto) indottrinamento ideologico che lo rende incapace di discernimento. Il che si palesa nell'uso scorretto che egli fa delle parole. Al fondo, come ha osservato Ernesto Galli della Loggia (Corriere, 4 maggio), c'è la bizzarra convinzione secondo cui basta decidere di non avere nemici perché, abracadabra, i nemici non esistono o, se esistono, scompaiono improvvisamente. Come per magia. Da qui l'accusa di «bellicismo» nei confronti di chi vorrebbe provvedere alla sicurezza e alla difesa: «Pensi che prima o poi possa arrivare qualcuno a minacciarci? Allora sei un bellicista, un guerrafondaio». Chunque si provi a replicare si trova di fronte a un muro (ideologico) impenetrabile. Si spreca il fiato se si cerca di spiegare ciò che dovrebbe essere evidente anche a un bambino.

continua a pagina 28

Il regime avverte Parigi e Londra: se inviate navi a Hormuz reagiremo. Israele: la guerra non finisce

Trump-Iran, nuova rottura

Risposta di Teheran al piano Usa per la tregua. Il tycoon: «Inaccettabile»

di Massimo Gaggi e Greta Privitera

Non si sblocca la crisi in Medio Oriente. Teheran pone le condizioni per un accordo ma Trump replica con decisione: «La risposta è totalmente inaccettabile».

da pagina 2 a pagina 5

IL PRESIDENTE FINLANDESE

Stubb: «È l'ora di parlare con Mosca»

di Paolo Valentino



Alexander Stubb, il presidente della Finlandia, crede «che l'ipotesi di pace tra Russia e Ucraina per quest'anno non sia sul tavolo». Ma è anche convinto che «sia ora che l'Europa parli con Putin». Gli Usa? «Rapporti difficili, ma non si ritireranno».

a pagina 9

A Tenerife Tute, mascherine e paura. Un francese positivo

Lo sbarco blindato dei prigionieri del virus

di Sara Gandolfi alle pagine 10, 11 e 13



Un passeggero della nave da crociera Hondius, colpita da un'epidemia di hantavirus, disinfectato sulla pista dell'aeroporto di Tenerife

PERCHÉ DICO «TANT'È»

La pace cosmica che non c'è nel giardino della Biennale

di Paolo Giordano



Quattro anni dal febbraio 2022 siamo ancora qui a tentare di stabilire ciò che è guerra e ciò che è pace. Noi. Perché chi si trova in mezzo a una delle tante guerre attive non ha confusione di sorta sull'argomento, né troppo tempo per pensarci. Per esempio, ho letto nei giorni scorsi dichiarazioni così: «la Biennale di Venezia sarà la vera tregua», un «giardino di pace», «chiudere a qualcuno significa rendere più fragile l'apertura verso l'altro». Ammetto di non capire. Cioè, capisco gli slogan, ne afferro la retorica, colgo l'efficacia di opporre parole luminose come «fragilità» e «apertura» ad altre cupe come «chiudere», ma non capisco che cosa si stia dicendo davvero.

continua a pagina 28

I VERRALI DI ALBERTO NEL 2025

Garlasco, nuove tracce Stasi ai pm su Chiara: «Non parlò di avance»

di Giuzzi, Lio e Sciacca alle pagine 20 e 21

LA PLATEA NAZIONALE TRUE CRIME E POPULISMI

di Antonio Polito

Magari non è solo voyeurismo, curiosità morbosa, fascino del crimine, ciò che ci spinge a compulsare freneticamente le ultime su Garlasco o sull'avvelenamento da ricina prima di andare a letto.

continua a pagina 21

L'INTERVISTA: GIOVANNI FERRERO



Giovanni Ferrero, 61 anni, guida l'azienda di famiglia e scrive libri

«Non sacrificio posti per l'AI Prima dell'alba scrivo libri»

di Aldo Cazzullo alle pagine 26 e 27

Via Proietti (FdI) e Merlino, vicino a Fazzolari Giuli va allo scontro e fa fuori il suo staff

di Fabrizio Caccia e Simone Canettieri

Altro terremoto al ministero della Cultura. Alessandro Giuli azzerò tutto lo staff. Già partiti i decreti di revoca per Emanuele Merlino, responsabile della segreteria tecnica del Mic e uomo di fiducia del sottosegretario Giovanbattista Fazzolari, e per Elena Proietti, a capo della segreteria personale del ministro.

alle pagine 14 e 15

DATAROOM Salari, imposte Madrid ci batte

di Milena Gabanelli e Francesco Tortora

Tasse, stipendi, bollette: perché la Spagna ci supera? Le scelte che hanno fatto la differenza.

a pagina 19

ULTIMO BANCO di Alessandro D'Avenia

La Svezia, nazione europea che prima delle altre ha digitalizzato tutta la didattica, ora torna a carta e penna. Perché? Nei test PISA (indagine internazionale dell'OCSE che valuta ogni tre anni le competenze dei quindicenni in lettura, matematica e scienze: le nostre prove INVALSI inglobano questi test) i ragazzi svedesi sono peggiorati. La commissione incaricata di trovare le cause ha risposto che il digitale, in e fuori da scuola, con la sua struttura multitasking disturba l'attenzione, ostacola l'elaborazione di informazioni complesse e la memoria. Se libri e quaderni digitali contribuiscono a un maggiore coinvolgimento immediato dei ragazzi, ne diminuiscono la profondità e la tenuta dell'apprendimento. Ma perché leggere sulla carta e scrivere a ma-

Digitale radicale



no facilitano invece concentrazione e memoria? Perché il corpo è un cervello diffuso, più corpo si impegna più cervello si fa. Siamo ancora guidati dal pregiudizio che lo neuroscienziato Antonio Damasio ha ben spiegato in «L'errore di Cartesio»: «Di fronte all'evidenza che la mente scaturisce dall'attività dei neuroni, si discute solo di questi, come se il loro funzionamento fosse indipendente da quello del resto dell'organismo». Ogni «de-corporazione» è «de-cerebrazione», il digitale non è cattivo ma incompleto. Gli scarabocchi che facevamo sul quaderno di appunti durante le lezioni ci aiutavano a concentrarci, non a distrarci, così come camminare mentre studiavamo. «Muovevamo» più cervello.

continua a pagina 25

TOSCANA • ITALIA  
**Petti**  
1925  
VISIT US  
**TUTTOFOOD MILANO**  
INTERNATIONAL FOOD EXHIBITION  
11 | 14 MAY 2026  
PAD 6 - STAND F13  
ILPOMODOROPETTI.COM  
f @ in  
VIENI A SCOPRIRE LE NOSTRE NOVITÀ

00511  
9 771120 698008  
Pirella Göttsche Lowè - DL 18/3/2001 (art. 1, c. 1, DDE Milano)

LA FESTA A LA STAMPA PER IL CAMPIONATO VINTO DAI GRANATA 50 ANNI FA

"Il Toro, noi ragazzi del '76 e quello scudetto magico"

MANASSERO, ODDENINO - PAGINA 35



L'emozione di un trionfo che resiste al tempo

PAOLO BRUSORIO - PAGINA 35

L'ECONOMIA DEL LUNEDÌ

Doris: "Ecco perché le fusioni ci avvantaggiano"

CLAUDIA LUISE - PAGINA 23

1,90 € II ANNO 150 II N.124 II IN ITALIA (PREZZI PROMOZIONALI ED ESTERO IN ULTIMA) II SPEDIZIONE ABB. POSTALE II DL.353/03 (CONV. IN L.27/02/04) II ART. 1 COMMA 1, DGB - TO II WWW.LASTAMPA.IT



# LA STAMPA

LUNEDÌ 11 MAGGIO 2026

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



GNN

PIÙ STRETTO LO SPIRAGLIO DEI NEGOZIATI. NETANYAHU: CI SONO ANCORA SITI DI ARRICCHIMENTO DELL'URANIO, LA GUERRA CONTINUA

## Iran-Usa, pace in frantumi

No di Teheran al piano americano: sarebbe una resa. L'ira di Trump: inaccettabile, finiranno di ridere

L'ANALISI

Se la civiltà corre verso la catastrofe

MASSIMO CACCIARI

Quando si attraversano epoche di rottura avviene sempre che figure e conflitti tendano ad assumere un significato simbolico. Vi sono momenti di crisi per così dire normali, in cui l'Ordine, la Legge si riassessano o riformano per potersi adattare a mutamenti "locali" di situazione e così resistere e durare. Ma altri nei quali la trasformazione è così sistematica, investe così organicamente tutti gli aspetti della vita, da rendere patetico ogni "riformismo" e da costringere a pensare a nuovi Ordini globali. - PAGINA 8

IL COMMENTO

Ora il tempo gioca per i Pasdaran

ALESSIA MELCANGI

Continua la saga della guerra-non guerra. Quella in cui ogni tentativo di dialogo viene subito corretto da un attacco, ogni spiraglio diplomatico da una minaccia, ogni apertura da una posizione massimalista. Due strade ormai ben tracciate si sovrappongono: quella negoziale e quella militare. - PAGINA 3

IL CASO

Le ferite morali dei soldati di Israele

ANNA FOA

Un giovane israeliano in visita a Madrid si ferma al Prado davanti ad un quadro famoso di Goya che mostra un uomo con le mani alzate che guarda con gli occhi pieni di terrore i soldati che puntano il fucile su di lui. - PAGINA 27

LAMPERTI, SIMONI, STABILE

L'Iran risponde a Donald Trump e dice no al piano di pace americano in 14 punti per chiudere il conflitto: non ci sottostiamo, sarebbe una resa. La rabbia del presidente Usa. - PAGINE 2-4

L'ecatombe ecologica che grava sul Golfo

DUILIO GIAMMARRIA - PAGINA 4

IL CONFLITTO IN UCRAINA

Lo Zar più debole e il peso dell'Europa

STEFANO STEFANINI

Da una Piazza Rossa indecifrabile - meno sfoggio di potenza militare quando più ce ne sarebbe stato bisogno? - Putin fa sapere di essere pronto a negoziare "anche con gli europei". Cosa ha voluto dire? CECCARELLI, DEFELICE, PIGNI - PAGINE 6 E 7

Le nuove carte in mano a Zelensky

ANNA ZAFESOVA

Il "signor Zelensky" invece del "capo di una cricca di neonazisti". Conoscendo l'abitudine di Putin di non chiamare mai i suoi nemici più odiati con il loro nome, la sua decisione di menzionarlo, potrebbe essere il segno di un mutamento. - PAGINA 27

CASO REGENI, IL MINISTRO LICENZA DUE BIG DELLO STAFF. TENSIONE CONFDI: "VUOLE FARSI CACCIARE"

## Giuli Cancel Culture

FRANCESCO MALFETANO



Cardini: destra in crisi strutturale

FRANCESCO RIGATELLI - PAGINA 11

L'egemonia meloniana in macerie

ALBERTO MATTIOLI - PAGINA 27

Il ministro della Cultura Alessandro Giuli ha firmato due decreti di revoca per Emanuele Merlino ed Elena Proietti. PAGINE 10 E 11

LA SCIENZA

Perché la paura hantavirus ci serve a capire i veri rischi globali

ANTONELLA VIOLA



Negli ultimi giorni il focolaio di hantavirus, identificato a bordo della nave MV Hondius, ha riacceso paure che riportano alla memoria la pandemia da Covid-19. È comprensibile: si parla di un virus potenzialmente letale, di casi internazionali, di tracciamenti, di decessi. E, soprattutto, si parla del virus Andes. ARCOVIO, DI BLASIO - PAGINE 18 E 19

LE INDAGINI

Quelle ronde nere contro i clochard

IRENE FAMA

«Ma se non lo faccio io, chi lo deve fare?». Intriso di ideologia sulla supremazia della razza, remigrazione e affini, uno degli adolescenti che a Roma hanno aggredito stranieri e clochard osserva il padre. E ripete, stupido dalla perquisizione: «Se non ci penso io, chi?». - PAGINA 17

LO SCONTRO

Legge elettorale la frenata di FdI

CAPURSO, DI MATTEO

Che il centrosinistra non voglia sedersi al tavolo per discutere la nuova legge elettorale, ormai, è chiaro anche agli uomini di Giorgia Meloni. «ricevibile», taglia corto Elly Schlein. - PAGINA 12

IL RACCONTO

Se l'AI adesso scodinzola al posto del cane di casa

NATHANIAZEVI

Qualche settimana fa abbiamo preso un cane. Si chiama Golda, è stata maltrattata, diffida ancora un po' di tutti, teme i rumori improvvisi e quando qualcuno alza la voce lei abbassa la testa come se attendesse una punizione imminente. Non lo dico per destare la vostra tenerezza. - PAGINA 20

L'INTERVENTO

Così Human Technopole è un esempio per la ricerca

ELENA CATTANEO

Ci sono storie istituzionali che sanno emozionare. Quella della Fondazione Human Technopole è fra queste. Negli anni, evoluzioni, correzioni strategiche e una decisiva discontinuità istituzionale ne hanno cambiato il destino. Quella di HT è, quindi, una storia non lineare. - PAGINA 26

LA RICOSTRUZIONE

Si turisti, No scuole paradossale L'Aquila

FLAVIA AMABILE

L'erba è cresciuta intorno a banchi e sedie e la ruggine ha completato l'opera di distruzione. - PAGINA 16

Dal 04 Maggio al 14 Giugno 2026 acquistando il prodotto "le Naturelle" si assiste gratuitamente al concorso di disegno "PARTECIPA AL CONCORSO NATURELLE GO".

le Naturelle  
BUONA BUONA DAL 1950

tenaturelle.it



€ 1,40 ANNO 148 - N° 128  
Sped. in A.P. 0333/2003 come L.46/2004 art.1 c.1 03/3/01

Lunedì 11 Maggio 2026 • S. Fabio

# Il Messaggero

NAZIONALE



**I luoghi del futuro/ Cinque nuovi studios**  
**Cinecittà, set d'Europa**  
**con i teatri firmati Pnrr**

Marco Mele e Gloria Satta a pag. 14



**Infortunio e vittoria**  
**Musetti eroico,**  
**classe e lacrime**  
**Oggi c'è Sinner**

Carina e Martucci nello Sport



## I CONFLITTI NEL PANTANO

# Iran e Russia tra minacce e bluff

► Teheran apre su Hormuz, ma non sul nucleare. Trump: «È inaccettabile, non rideranno più»  
Putin cambia versione sull'Ucraina: vinceremo. Il negoziato con Washington però riparte

ROMA Conflitti in stallo: Iran e Russia tra minacce e bluff.

D'Amato, Vita, il focus di Gianni Bessi e l'analisi di Stefano Silvestri alle pag. 2 e 3

**L'editoriale**  
**LA GRANDE**  
**OCCASIONE**  
**PER L'EUROPA**  
**SENZA LEADER**

Paolo Pombeni

La notizia è che Putin ha affermato di non aver mai voluto escludere l'Europa da eventuali colloqui per la pace in Ucraina. Ha però aggiunto che vuole avere personalità europee che non si siano schierate contro la Russia ed ha fatto l'esempio di Gerhard Schröder: un esempio più che ambiguo visto che l'ex cancelliere tedesco al momento è a libro paga della russa Gazprom, ma comunque un segnale che qualche considerazione la merita. Tanto più se fosse confermata la notizia secondo cui anche Trump vorrebbe riaprire un canale con Ursula von der Leyen. Significherebbe che la brusca chiusura dei vertici russo e americano verso l'Europa, che veniva invitata a tenersi fuori (...)

Continua a pag. 23

**Il commento**  
**L'UTILITÀ**  
**DELLA LINEA**  
**DIRETTA**  
**TRA USA E UE**

Andrew Spannaus

Donald Trump ha capito che, se vuole parlare con l'Europa, a questo punto deve chiamare Ursula von der Leyen. Con la conversazione tra i due, giovedì scorso, il presidente americano riconosce di fatto il ruolo della Commissione europea, nonostante la chiara preferenza di Trump per trattare in modo bilaterale con i Paesi europei - così come per decedere il ruolo degli organismi sovranazionali in generale. In parte si tratta di una necessità pratica: volendo parlare di commercio e dazi, lo strumento amato da Trump per mettere pressione su altre nazioni, è obbligato intingere con Bruxelles, dato che l'Unione europea ha competenza esclusiva in materia. Nel campo della politica (...)

Continua a pag. 23

**Malen trascina i giallorossi a Parma, rimonta nel recupero**  
**Corsa Champions, aggancio al Milan: sarà decisivo il derby**



Malen decisivo nella vittoria della Roma a Parma. Dal nostro inviato a Parma Alessandro Angeloni nello Sport

**L'analisi**  
**LA CARICA**  
**DEL 101'**

Andrea Sorrentino

La carica del minuto 101 di Parma-Fiorenza, quando quel demotico di Malen dipinge sotto l'incrocio il rigore della catarsi, durerà per tutta la settimana.

Nello Sport

**Intesa da trovare**  
**Legge elettorale**  
**Meloni convoca**  
**i suoi alleati**

Ileana Sciarra

Obiettivo: evitare il pareggio. Giorgia Meloni convoca i leader del centrodestra sulla legge elettorale: possibile apertura solo sul premio di maggioranza.

A pag. 6

**Il Ministero: isolati solo i contatti stretti**  
**La crociera del virus:**  
**rimpatriati i passeggeri**  
**«Italia, nessun allarme»**

Evangelisti e l'analisi di Anna Teresa Palamara alle pag. 4 e 5

**Garlasco, il giallo dei messaggi**  
**Sempio: «Si può sedurre**  
**senza avere un segnale»**

Claudia Guasco

Sempio, i bigliettini misteriosi. «Puoi sedurre anche le donne che non ti danno alcun segnale». Garlasco, gli appunti ritrovati: Provarci con le ragazze è condizione necessaria ma non sufficiente.

Alle pag. 10 e 11



**DORMITA GALATTICA, RISVEGLIO SPAZIALE.**

**SENZA ZUCCHERI**

**NON CREA ABITUDINE**

LAILA  
LAILA  
LAILA

Il Segno di LUCA

**LEONE, FORTUNA**  
**E BUONUMORE**

La tua settimana inizia con un aspetto particolarmente positivo: Giove ti offre il suo sostegno, che significa fortuna e buonumore. La sfera che è direttamente coinvolta è quella del lavoro, settore nel quale si prospettano aperture e successi in quello che intraprendi. Ma gli effetti della configurazione sono più ampi e riverberano un po' in tutti i campi, modificando il tuo stato d'animo e lo spirito con cui affronti gli eventi.

**MANTRA DEL GIORNO**  
Agevolare quello che è possibile.

L'oroscopo a pag. 23

\* Tardoni con altri quotidiani (non associati al separatismo): nella provincia di Matera, Lucania, Brindisi e Taranto, Il Messaggero - Nuova Quotidiana di Puglia € 1,20. La domenica con l'inserto € 1,40; in Abruzzo, Il Messaggero - Corriere dello Sport - Stadio € 1,40; nel Molise, Il Messaggero - Primo Piano - Molise € 1,50; nelle province di Bari e Foggia, Il Messaggero - Nuovo Quotidiano di Puglia - Corriere dello Sport - Stadio € 1,50; "Guida ai migliori itinerari in bicicletta di Roma e dintorni" - € 9,90 (Roma); "Passaggio a Roma" - € 9,90 (Roma)

# L'Hantavirus fa paura, più controlli alle frontiere

A Tenerife lo sbarco della nave infetta. Un francese con i sintomi. Il ministero allerta i medici per porti e aeroporti

dalla nostra inviata  
**ALESSANDRA ZINITI**

TENERIFE

**L**e ultime 48 ore, in navigazione da Capo Verde a Tenerife, le hanno passate per lo più sul

ponte d'osservazione, cercando di non pensare al corpo di quel loro compagno di viaggio olandese.

➔ I servizi da pagina 2 a pagina 7



## Nelle Canarie blindate per la nave del virus. Positivo un francese

Il porto di Tenerife deserto accoglie i passeggeri reduci dall'odissea in mare. Maxi misure di sicurezza: primi novanta evacuati e subito rimpatriati

dalla nostra inviata  
**ALESSANDRA ZINITI**  
TENERIFE

**L**e ultime 48 ore, in navigazione da Capo Verde a Tenerife, le hanno passate per lo più sul

ponte d'osservazione, cercando di non pensare al corpo di quel loro compagno di viaggio olandese nella stiva refrigerata ormai da un mese e respirando l'aria frizzante e tersa dell'oceano, a filmare uccelli e delfini che seguivano la nave maledetta verso il suo porto d'approdo finale. Solo nelle prime ore di ieri mattina,



quando non era ancora l'alba del quarantesimo giorno della crociera che ha fatto riemergere il terrore di una nuova pandemia, i passeggeri della Hondius, svegliati dal rumore degli aerei e degli elicotteri della Guardia civil che volteggiavano sopra le loro teste, hanno cominciato ad avere paura. Non tanto di quell'hantavirus che potrebbero aver contratto rimanendo tanto a lungo in contatto, senza che a bordo venisse presa alcuna precauzione, con i compagni di avventura contagiati e morti, ma di quello che li aspetta a terra: la quarantena e soprattutto lo stigma del possibile diffusore di un virus che uccide.

«Sembra di essere in un film, l'aereo della protezione civile spagnola ci sta girando sopra, centinaia di giornalisti al molo che sembra non aspettino altro per seminare terrore e paura. Ma noi siamo stiano bene, vogliamo solo tornare a casa», lo sfogo da bordo di Emin Yogurtcuoglu, noto *birdwatcher* turco subito prima di scendere a terra, tutto infagottato in tuta antibatterica, insieme ai primi 89 croceristi evacuati.

Fazzoletti bianchi sventolati dal ponte a salutare la folla di soccorritori e media che li attendevano al porto industriale di Granadilla, solo una busta di plastica in mano con pochi effetti personali, qualcuno ha persino trovato la voglia di farsi un selfie sulla scaletta dopo il via libera allo sbarco dato dalle autorità sanitarie spagnole dopo una prima visita a bordo. «Stanno tutti bene», le parole della ministra della Salute Monica Garcia, venuta a Tenerife a coordinare un'operazione di evacuazione senza precedenti a cui il governatore delle Canarie Fernando Clavijo si era strenuamente opposto. Un ottimismo, quello sull'as-

senza di nuovi contagi tra i passeggeri, gelato poche ore dopo quando il primo ministro francese Sebastian Lecornu ha fatto sapere che uno dei cinque turisti appena riportati a Parigi aveva accusato sintomi proprio sul volo di evacuazione. Un campanello di allarme che ha fatto rialzare la tensione proprio quando sembrava che il virus a bordo della Hondius non avesse poi corso più di tanto, con otto contagiati (tre dei quali morti) su 151 passeggeri. E questo sembrava confortare visto che si presume che il virus sia salito a bordo della nave il primo aprile, alla partenza da Ushuaia, che i 151 passeggeri hanno vissuto insieme su una nave per 40 giorni e che solo negli ultimi dieci sono state prese le prime precauzioni con l'isolamento dei pochi che, oltre alle tre vittime, presentavano sintomi.

Il porto industriale di Granadilla blindato e isolato da un cordone di sicurezza a tenere lontani curiosi, cittadini della zona, qualche turista e decine di giornalisti e un ininterrotto corridoio sanitario dalla nave fino ai voli medici in attesa sulla pista del vicino aeroporto di Tenerife sud sono stati lo scenario in cui si è articolata la complessa operazione di evacuazione che il premier spagnolo Sanchez ha imposto «per un dovere morale oltre che legale» assicurando che non vi sarebbe stato alcun contatto con il territorio e la popolazione. Alla gente delle Canarie è arrivato il ringraziamento di Papa Leone che il mese prossimo verrà qui in visita. «Desidero esprimere la mia gratitudine per la calorosa accoglienza che caratterizza gli abitanti delle Isole Canarie, per aver permesso l'arrivo della nave da crociera Hondius con a bordo i pazienti affetti da hantavirus».

La Hondius non è stata neanche fatta attraccare al molo. Alla fonda in mezzo al porto, è stata raggiunta da gommoni che hanno portato a terra i passeggeri a gruppi di cinque divisi per nazionalità. Da qui subito a bordo dei minibus rossi dell'esercito che per tutto il giorno hanno fatto la spola con l'aeroporto lasciando fin sotto la scaletta dei voli sanitari le persone da riportare a casa. Prima i 14 spagnoli che faranno la quarantena all'ospedale militare di Madrid. Poi è stata la volta di olandesi, francesi, britannici e turchi. In tutto 90 persone. «Non sapevamo cosa stesse succedendo, pensavamo che quell'uomo fosse morto improvvisamente nella sua cabina», il racconto di un'anziana donna irlandese.

A bordo anche diversi *youtuber* che hanno fatto sentire la propria voce dopo il 2 maggio quando la morte di un'altra turista tedesca ha fatto precipitare la situazione. L'*influencer* Jake Rosmarin ha postato un video drammatico: «Non siamo solo una storia o titoli di giornale. Siamo persone con famiglie, con vite, con persone che ci aspettano a casa». La vita, però, a bordo, è continuata senza drammi. Un passeggero spagnolo racconta: «Guardavamo le partite di calcio, ricevevamo i pasti direttamente in cabina serviti da camerieri con guanti e mascherine. Abbiamo anche festeggiato un compleanno».

A sera, quando si fa il buio, la Hondius resta sola nel porto deserto. A bordo ancora l'equipaggio e una cinquantina di passeggeri australiani, zelandesi e americani per la loro ultima notte in attesa dei voli che li porteranno a casa. E stasera la nave maledetta lascerà le Canarie per far definitivamente ritorno in Olanda.

LA STORIA

## Parà inglesi dal cielo per un caso sospetto nell'isola in mezzo all'Atlantico



● I parà sbarcano nell'isola per riportare a casa il cittadino inglese

Sei paracadutisti e due medici militari arrivati dal cielo per portare aiuto d'urgenza a un paziente forse contagiato e alla micro popolazione di Tristan da Cunha, sperduto insediamento in mezzo all'Atlantico senza pista d'atterraggio. È l'operazione messa in piedi dalle forze armate britanniche, su mandato del governo Starmer, per un cittadino britannico con sintomi compatibili con l'infezione da Hantavirus, sbarcato a metà aprile dalla nave da crociera Hondius. Sulla Edimburgo dei sette mari, questo il pomposo nome della capitale dell'isola, sono stati lanciati da un aereo della Raf, dopo un lungo volo dalla base area inglese di Norton, uomini della 16esima brigata d'assalto dei paracadutisti di Sua Maestà, sanitari, farmaci, equipaggiamento medico d'emergenza e bombole d'ossigeno per la respirazione assistita, le cui (limitate) scorte in loco erano drammaticamente scese sotto il livello di guardia. «Uno sforzo straordinario», l'ha definito la ministra degli Esteri di Londra, Yvette Cooper, per un uomo ora in isolamento, in condizioni di salute definite «stabili». Fra i sospetti contagiati della Hondius, se ne contano al momento almeno tre di nazionalità britannica, di cui uno a Tristan da Cunha, appunto, raggiungibile solo via mare e abitata da meno di 250 persone, parecchie imparentate tra loro dato che si contano solo 8 cognomi.





IL RACCONTO

di FABIO TONACCI

# E il comandante disse “Non c’è rischio contagi” Gli allarmi sottovalutati

Negligenze, ritardi e improvvise rassicurazioni: tutto quello che non ha funzionato durante un mese di crociera

A rivederla adesso, ad ancora gettata e focolaio acclarato, l'intera rotta della *Hondius* appare costellata di negligenze, ritardi e improvvise rassicurazioni. Non foss'altro perché dal 6 aprile, quando il 70enne olandese Leo Schilperoord manifesta sintomi significativi (febbre, diarrea, mal di testa: morirà cinque giorni dopo) al 27 aprile, quando vengono attivati a bordo i protocolli per contenere il contagio, passano tre settimane. Ventuno giorni.

Non sarebbe giusto, né intellettualmente onesto, ascrivere tutto questo tempo alla sottovalutazione del clandestino della *Hondius*, l'hantavirus, viaggiatore occulto tra i 114 passeggeri e i 61 membri dell'equipaggio saliti a Ushuaia. All'inizio era assai complicato, per non dire impossibile, da diagnosticare. E tuttavia, vedremo, c'è un momento esatto in cui questa storia poteva prendere una piega diversa, più circoscritta, invece di diventare la possibile crociera zero da cui potrebbe originare un'epidemia.

Quando Schilperoord comincia a sentirsi male, tra il 4 e il 6 aprile, è insieme alla moglie 69enne Mirjam. Sono entrambi di Haulerwijk, nella Frisia. Condividono una delle 80 cabine del vascello di lusso, il primo al mondo ad essere registrato Polar Class 6. L'olandese viene visitato dal medico di bordo e dal suo assistente. Quale sia questa prima diagnosi

non è stato riferito dalla Oceanwide Expeditions, la compagnia di navigazione proprietaria dell'*Hondius* che organizza escursioni nell'Artico e nell'Antartico. Quel che è certo, perché documentato dal filmato del travel blogger turco Ruhi Çenet, è che il 12 aprile, la mattina dopo il decesso di Schilperoord, il comandante Jan Dobrogowski raduna i passeggeri e l'equipaggio nella sala briefing.

«Per quanto tragico possa essere, crediamo che la morte sia dovuta a cause naturali», afferma, mentre la nave sta puntando verso Tristan da Cunha, l'arcipelago più remoto del pianeta. «Qualunque sia il problema di salute di cui soffriva, il dottore mi ha detto che non è contagioso, quindi la nave è sicura. Faremo il possibile per continuare il viaggio in modo sicuro e dignitoso». Parole che, alla luce di ciò che succederà di lì a non molto, suonano infelici e aprono a un primo interrogativo.

Perché il dottore, che sulla *Hondius* può usufruire di una piccola struttura-ospedale, esclude fin da subito la malattia infettiva? Quali analisi ha potuto fare? Oltretutto sono salpati dalla Patagonia, dove tra il 2018 e 2019 si era sviluppato un focolaio da hantavirus che fece una decina di morti. Viene da chiedersi, inoltre, se il messaggio del comandante, che pubblicamente ammette di non sapere la causa del decesso ma si sente di escluderne la natura virale, fosse coerente con la valutazione del medico. Oppure se ha prevalso l'intenzione di rassicurare.

La crociera va avanti. Il 13 aprile la nave attracca a Tristan da Cunha: per due giorni i passeggeri sono liberi di scorrazzare sull'isola, tra i suoi 250 abitanti, e seguono una conferenza nella scuola locale. Nessuno sospetta niente. A bordo, la convi-

venza prosegue senza alcuna precauzione. Lo chef prepara una cena speciale per chi si siede al suo tavolo: zuppa di zucca e zenzero, aragosta o filetto di manzo, panna cotta di carote. Il cadavere di Leo Schilperoord è nella stiva congelata.

«Sua moglie Mirjam è rimasta quasi sempre nella cabina», racconterà il vlogger turco Ruhi Çenet. «Tutti siamo andati ad abbracciarla e a confortarla». Il dottore e l'assistente medico, secondo un viaggiatore spagnolo che ha parlato col *Pais*, hanno visitato anche lei.

Il 24 aprile l'arrivo a Sant'Elena, l'isola dell'esilio di Napoleone e prima tappa con aeroporto. Scendono 32 passeggeri, tra cui Mirjam e la salma del marito. Il volo dell'Airlink per il Sudafrica dura 4 ore e 45 minuti.

«Sempre secondo Çenet, che è su quell'aereo, la donna non sta bene. «A Johannesburg era su una sedia a rotelle, aveva la testa reclinata di lato, la malattia la stava già aggredendo, era evidente». Il 26 aprile, Mirjam Schilperoord muore in ospedale.

Non può essere un caso, ormai l'allarme dovrebbe scattare in automatico. Eppure, un'informazione così importante giunge nella plancia di comando dell'*Hondius* 24 ore dopo. «Il 27 veniamo informati



del secondo decesso», dichiara la Oceanwide Expeditions. Quel giorno succedono due cose: oltre alla morte a terra della donna olandese, un passeggero inglese sta molto male. Il comandante stavolta organizza l'evacuazione medica aerea, mentre l'imbarcazione incrocia a largo di Ascensione. È da questo momento che la Oceanwide afferma di aver avviato l'indagine epidemiologica a bordo e attivato il piano di risposta "Shield" che prevede isolamento, protocolli di igiene e monitoraggio medico. Troppo tardi.

E mentre le polemiche investono il comandante per quel video finito sui social in cui rassicurava i croceri-

sti (secondo la fonte spagnola citata dal *Pais*, ha continuato a farlo anche dopo la morte di Mirjam Schilperoord), la compagnia di navigazione respinge le accuse di negligenza. «Solo il 4 maggio si è avuta la certezza della presenza dell'hantavirus nel passeggero evacuato il 27 aprile, primo caso confermato». Sui giornali internazionali, però, la notizia si leggeva già il 3 maggio.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL PAZIENTE ZERO

## L'ornitologo olandese prima vittima del virus



● Leo Schilperoord  
aveva 70 anni

Si chiamava Leo Schilperoord, era un ornitologo di 70 anni e proveniva dal piccolo villaggio di Haulerwijk, in Olanda. È stato lui il primo a morire di hantavirus a bordo della nave da crociera Hondius. Si sarebbe contagiato durante un'escursione di birdwatching vicino a Ushuaia, la fin del mondo argentina, probabilmente dopo aver inalato particelle contaminate da escrementi di ratti portatori del virus e disperse nell'aria. Con lui la moglie Mirjam, 69 anni, deceduta anche lei pochi giorni dopo in ospedale a Johannesburg prima di riuscire a rientrare in Olanda.



# Senza sintomi i 4 «vigilati» in Italia Gli accertamenti sui loro contatti

I passeggeri del volo in isolamento fiduciario. In arrivo la circolare del ministero alle Regioni

di **Rinaldo Frignani**

**ROMA** Sta bene ed è senza sintomi, ma nei prossimi giorni il 24enne marittimo in isolamento fiduciario nella sua abitazione a Torre del Greco (Napoli) potrebbe essere sottoposto a un prelievo di sangue nel centro specializzato all'ospedale Spallanzani di Roma. È il presidio-simbolo della lotta contro il Covid nel nostro Paese, quello dove furono salvati i due turisti cinesi, i primi contagiati nel 2020 nella Capitale. La loro vicenda segnò allora l'inizio del coinvolgimento del territorio italiano nella pandemia, ma a distanza di quasi sei anni e mezzo lo scenario legato ai casi di Hantavirus sulla nave da crociera Mv Hondius — da ieri all'ancora a Tenerife, alle Canarie — appare decisa-

mente differente. Come il 24enne campano, anche Federico Amaretti, il collega 25enne di Villa San Giovanni (Reggio Calabria), è in buone condizioni e non sembra avere tracce della malattia. Con loro il 50enne turista sudafricano in hotel a Padova e la donna straniera residente in provincia di Firenze.

Il 24 aprile scorso tutti e quattro si erano imbarcati sul volo Klm Johannesburg-Amsterdam sul quale, per pochi minuti e lontana dai loro posti, era seduta anche Mirjam Schilperoord, la 69enne olandese contagiata dal marito Leo, morto l'11 aprile su quella nave e a sua volta deceduta nella metropoli sudafricana il 26 aprile dopo essere stata fatta scendere dall'aereo. Quel periodo così limitato è al momento l'unico contatto, peraltro precario, fra un soggetto contagiato dal virus (che finora ha fatto tre vittime con sei ricoverati) e persone poi arrivate in Italia, spostandosi —

ormai più di due settimane fa — con almeno tre aerei (il volo Az 107 del 25 aprile Amsterdam-Roma e altri due dalla Capitale, per Venezia e la Calabria) e altri mezzi di trasporto per tornare nei luoghi di destinazione prima di essere contattate dal ministero della Salute, attraverso le strutture sanitarie regionali e i carabinieri del Nas, dopo l'alert della Klm all'Italia dell'8 maggio.

Lo screening sui contatti familiari e personali dei quattro in isolamento fiduciario è stato preso in considerazione anche in mancanza di sintomi, e quindi senza rischi di contagio secondo le caratteristiche dell'Hantavirus, che ha però un'incubazione da una a cinque settimane. Da qui la vigilanza sanitaria fino all'inizio di giugno. Una misura precauzionale, perché da più parti viene sottolineato che non c'è allarme. Tuttavia per chiarire i prossimi passi già oggi il ministero potrebbe inviare

una circolare alle Regioni e alle altre autorità sul territorio coinvolte nella prevenzione contenente le informazioni sulla situazione in atto, il livello di rischio di contagio — già descritto come «basso», se non «molto basso», in Italia come in tutta Europa — e le azioni da intraprendere con la relativa tempistica. Nulla viene lasciato al caso, mentre sul fronte politico la deputata del Pd Ilenia Malavasi e la senatrice di Italia viva Annamaria Furlan chiedono al ministro della Salute Orazio Schilacci di riferire in Parlamento. «I cittadini — spiega Malavasi — hanno il diritto di sapere cosa sta succedendo e quali misure sono previste». «L'allarmismo è un vizio che l'opposizione dimostra di avere nel proprio patrimonio genetico» replica Imma Vietri, deputata di Fratelli d'Italia e capogruppo in Commissione Affari sociali e sanità.

## Le caratteristiche

L'incubazione va da una a 5 settimane: da qui la prudenza sui possibili contagi

## Botta e risposta

Pd e Iv: «Quali misure se peggiora il quadro?»  
Fdl: «La sinistra non faccia allarmismo»



# «Ma la contagiosità è bassa e qui non è arrivato: non sarà un'altra pandemia»

La responsabile del ministero: il Covid totalmente diverso

di **Clarida Salvatori**

**ROMA** Maria Rosaria Campitiello, capo dipartimento Prevenzione ed emergenze sanitarie del ministero della Salute: come stanno i pazienti che si trovano in Italia?

«I quattro passeggeri che erano sul volo Klm stanno tutti bene, non hanno sviluppato sintomi. Si tratta di due italiani e di due persone di nazionalità straniera, di cui una risiede in Italia mentre l'altra è un turista. Appena ricevuta la lista dei nomi dalla compagnia, ci siamo attivati immediatamente per rintracciarli, io stessa ho parlato con loro. Abbiamo poi contattato le Regioni di competenza per la sorveglianza attiva, che è in corso».

**Il tracciamento dei contatti come procede? Ci sono altre persone in isolamento?**

«Non ci sono altre persone in isolamento preventivo. Ho letto che in Italia sarebbe "sbarcato" l'Hantavirus. Non è così. Voglio rassicurare i citta-

dini italiani: non ci troviamo di fronte a una nuova pandemia. E non ci sono casi di Hantavirus al momento in Italia. Bisogna evitare allarmismi. Il ministero sta agendo in raccordo con le autorità sanitarie nazionali e internazionali. Stiamo seguendo l'evoluzione del quadro. Ma il rischio è basso a livello di popolazione mondiale e molto basso in Europa. Parliamo di un virus a basso contagio».

**Quanto bisogna attendere per scongiurare altri casi?**

«Il periodo di incubazione è lungo, quindi è giusto consigliare l'isolamento fiducioso. La contagiosità, che richiede contatti ravvicinati e prolungati, sembra partire solo al momento dei sintomi».

**Il piano pandemico appena approvato si sta dimostrando efficace?**

«Aver approvato il piano pandemico 2025-29 è stato fondamentale perché l'Italia non si trovi impreparata. È un lavoro molto serio fatto con le Regioni, che mette tutti nelle condizioni di operare al meglio. Abbiamo tutti gli strumenti per intervenire in modo rapido e sistematizzato».

**Che rischi reali ci sono, allo stato, per il nostro Paese?**

«Voglio dire agli italiani di non allarmarsi perché le autorità competenti stanno facendo il loro lavoro a livello nazionale, regionale e anche internazionale. Come ministero siamo continuamente in contatto con le amministrazioni in cui si trovano i 4 passeggeri, venerdì scorso abbiamo fatto una riunione con tutte le Regioni e con le autorità sanitarie nazionali, sentiamo costantemente sia i nostri colleghi dell'Oms che i referenti del Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie».

**Quali sono le differenze tra Hantavirus e Covid?**

«La differenza sta nella contagiosità. L'Hantavirus, che conosciamo da tempo, è a basso contagio: la trasmissione avviene principalmente attraverso saliva, urina, feci di roditori, il passaggio per via aerea ed interumana è raro. Il Covid, al contrario, ha una elevata capacità di trasmissione interumana. Siamo di fronte a virus diversi».

**Alle polemiche che la pandemia del 2020 non abbia in-**

**segnato nulla e che si rischia di ripetere gli stessi errori, come risponde?**

«Rispondo, da medico, con un appello. La popolazione è ancora scottata dalla pandemia, c'è un forte riflesso psicologico che si attiva quando parliamo di trasmissione di virus. Dobbiamo fare tutti lo sforzo di non paragonare situazioni che sono completamente diverse gettando nel panico i cittadini. Non dobbiamo creare allarmismi. Il ministero è impegnato a seguire con la massima attenzione il quadro e la sua evoluzione. Informeremo autorità e cittadini nella massima trasparenza, come abbiamo fatto dal primo momento».

**La parola**

**ISOLAMENTO FIDUCIARIO**

È una misura sanitaria precauzionale per chi è stato a contatto con un virus, per separarlo dalla comunità e prevenire la diffusione del contagio. Comporta il divieto di contatti sociali

**Chi è**



● Maria Rosaria Campitiello, classe 1985, ricopre il ruolo di capo dipartimento Prevenzione, ricerca ed emergenze sanitarie del ministero della Salute

Il periodo di incubazione è lungo quindi è giusto consigliare l'isolamento. Non sembra che sia trasmissibile in assenza di sintomi

Aver approvato il piano pandemico 2025-29 è stato fondamentale perché l'Italia non si trovi impreparata



**Sbarcati a Roma: sono in quarantena  
HANTAVIRUS, ISOLATI  
IN QUATTRO IN ITALIA  
«MA NON È IL COVID»**

Evangelisti a pag. 4



# Hantavirus, l'allerta in Italia Quattro persone in quarantena

► Il contatto con la passeggera deceduta sul volo Klm è avvenuto il 25 aprile ma la segnalazione è stata inviata al nostro Paese venerdì. Il passaggio da Fiumicino

## IL CASO

ROMA Quando Mirjam Schilperrood, 69 anni, olandese, sale sull'aereo della Klm all'aeroporto di Johannesburg, diretto ad Amsterdam, è il 25 aprile. È la moglie di Leo, l'ornitologo settantenne che con una semplificazione viene definito "paziente zero" dell'epidemia di Hantavirus che si è diffusa sulla nave da crociera MV Hondius, salpata da Ushuaia (Argentina) il primo aprile. Il marito è morto l'11 aprile sull'imbarcazione, lei è scesa in una tappa nell'isola di Sant'Elena il 24 aprile, da lì ha raggiunto il Sudafrica, e sta provando a tornare in patria sul volo della compagnia di bandiera olandese. Ma anche Mirjam sta male, presenta i sintomi dell'Hantavirus molto forti, tanto che l'equipaggio decide di farla scendere (successivamente morirà). Ricordiamoci la data: è il 25 aprile e su quel Boeing ci sono anche quattro passeggeri diretti in Italia, dopo lo scalo ad Amsterdam. Sono dunque venuti a contatto con la donna eppure l'allarme, con i nomi e cognomi, al Mi-

nistero della Salute italiano, arriva solo l'8 maggio. I quattro sono in Italia dal 26 aprile, dove sono sbarcati con un volo Amsterdam-Roma Fiumicino e fino a ieri, poiché non presentano sintomi, hanno condotto una vita normale.

## TESTIMONIANZA

Uno è un sudafricano, sbarcato a Venezia, che si trovava a Padova per lavoro e si è messo autonomamente in contatto con le autorità sanitarie. Un'altra è una donna,

anche lei di origine straniera, che vive a Firenze. Infine, ci sono un napoletano e un giovane della provincia di Reggio Calabria. Quest'ultimo, Federico Amaretti, che lavora come marittimo, ha raccontato al Tg1: «Il volo da Johannesburg è partito in ritardo e il comandante ci ha informato che era dovuto al fatto che una passeggera era stata sbarcata perché si era sentita male. Ero in uno degli ultimi sedili, la signora non l'ho vista. In queste ore sono stato

contattato dal Ministero della Salute e dall'azienda sanitaria della Calabria. Mi hanno detto di restare in isolamento e di misurare costantemente la febbre. Lunedì un

medico verrà a farmi delle analisi. Comunque sto bene, non ho sintomi». Nelle ultime 24 ore tutte le aziende sanitarie interessate si sono mobilitate e i quattro sono in quarantena, con una formula che viene definita fiduciaria, perché non esiste l'obbligo in quanto il rischio non è catalogato come alto. Domani il Ministero della Salute pubblicherà una circolare su come trattare i casi so-



spetti di Hantavirus, aggiornata alle ultime indicazioni dell'Ecdc (l'ente europeo per la salute). Tutti e quattro sono o saranno sottoposti al test, ma comunque per fortuna non ci sono sintomi. Per alcuni le aziende sanitarie hanno chiesto anche ai familiari e ai contatti stretti di restare in regime di isolamento fiduciario. Resta un problema di fondo: il contatto avviene il 25 aprile, l'informazione all'Italia viene inviata solo l'8 maggio. Se uno dei quattro fosse stato contagiato e avesse sviluppato dei sintomi, i buoi sarebbero già stati ampiamente a diversi chilometri dalla stalla. Spiega Maria Rosaria Campitiello, capo Dipartimento della prevenzione del Ministero della Salute: «I passeggeri sono stati rintracciati. Le informazioni sono state inviate alle Regioni che procederanno ad avviare tutte le procedure di sorveglianza anche attiva. Erano seduti in una fila lontana dalla passeggera che è deceduta successivamente. E ci risulta anche che la passeggera sia stata a bordo

dell'aereo per poco tempo. Non c'è allarme». Preoccupato l'esponente di Azione, Alessio D'Amato: «Condividendo le valutazioni di rischio basso dell'Oms e dell'Ecdc, ma la macchina ministeriale della sorveglianza e della prevenzione è partita con ritardo». Ma come si stanno muovendo le rispettive regioni? Partiamo dal Veneto. Racconta il presidente della Regione, Alberto Stefani: «Il cittadino straniero è collaborativo, non presenta alcun sintomo e gode di buona salute. Il contatto con la persona deceduta non è stato né ravvicinato, né prolungato. Per questo è considerato soggetto a basso rischio. In via precauzionale potrà sottoporsi nelle prossime ore a un test previsto dal ministero della Salute». In Toscana il presidente Eugenio Giani fa sapere che «il contatto sarebbe avvenuto durante le operazioni di imbarco e non risulterebbe né ravvicinato né prolungato». Situazione simile in Campania. Infine, c'è il caso della Calabria con la testimonianza del giovane di Reg-

gio. Dunque, nessun allarme, ma come spiegano tutti gli esperti, è giusto vigilare. Dice il professor Gianni Rezza, epidemiologo: «Ritengo che abbiano fatto bene per estrema precauzione a prendere queste misure di isolamento, di quarantena, tuttavia si tratta di una misura proprio precauzionale perché il rischio che si sviluppi una malattia è estremamente basso». Il virus è già stato sequenziato in Svizzera e non ci sono stati sostanziali mutamenti.

**Mauro Evangelisti**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## In numeri

**8**

I contagi complessivi registrati sulla nave

**3**

I decessi accertati per hantavirus

**40%**

Il tasso di mortalità del ceppo

**60**

I sottotipi identificati nel mondo

**45**

I giorni massimi di incubazione

### LA PAROLA

## Hantavirus

L'hantavirus è un virus trasmesso soprattutto dai roditori infetti, come topi e ratti, attraverso saliva, urine ed escrementi. Le persone possono contagiarsi respirando particelle contaminate presenti nell'aria oppure entrando in contatto con superfici sporche. Il ceppo Andes, individuato nel focolaio della nave da crociera Hondius, è

l'unico conosciuto capace - anche se raramente - di trasmettersi da persona a persona dopo contatti molto stretti e prolungati. I sintomi iniziali assomigliano spesso a quelli di una forte influenza. Nei casi più gravi il virus può colpire polmoni, cuore e reni provocando insufficienza respiratoria e complicazioni anche mortali.

**DUE SONO STRANIERI E SI TROVANO IN VENETO E TOSCANA, UNO VIVE A NAPOLI UN GIOVANE CALABRESE: «ISOLATO, MA STO BENE»**



## La sanità italiana

Secondo il rapporto Ocse "Profilo della Sanità 2025", in Italia l'aspettativa di vita è di 84 anni e un mese. Superando di circa due anni e mezzo la media dell'Unione europea, quello italiano è il dato più alto, insieme alla Svezia, tra tutti i paesi dell'Ue. Il report, presentato al Cnel il 6 maggio dall'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico, ha anche evidenziato come nel nostro paese le malattie cardiovascolari e il cancro rappresentino oltre la metà di tutti i decessi. Numeri di **Alessandro Villari**.

### 8,4 per cento

La percentuale, rispetto al pil, della spesa sanitaria italiana nel 2023, una quota inferiore di 1,6 punti percentuali rispetto alla media dell'Unione europea. Anche la spesa pro capite è più bassa ed è pari a 3.086 euro, circa il 19 per cento in meno se confrontata ai 3.832 euro della media Ue. Inoltre, nel 2023 la copertura pubblica era del 73 per cento, anche questa al di sotto della media Ue (80 per cento). Il di-

vario è parzialmente compensato da una spesa privata superiore dell'8 per cento rispetto alla media comunitaria.



### 74 giorni

Il tempo medio di attesa, nel 2023, per gli interventi chirurgici elettivi, cioè non urgenti, uno dei più brevi dell'Unione europea. Ma nello stesso anno, il 7,6 per cento della popolazione ha rinunciato alle cure necessarie e 2,7 milioni di italiani, il doppio rispetto al 2019, hanno indicato come ostacolo proprio le liste di attesa. Questo perché, segnala il report, il problema è legato ai tempi per le visite e gli esami diagnostici.



### 407 mila

Le nuove diagnosi di cancro fatte in Italia nel 2022 secondo le stime dell'European Cancer Information System. L'Ocse sottolinea come, sebbene il tasso di incidenza corretto per età sia sostanzialmente in linea con la media dell'Ue.

la prevalenza è comunque superiore del 9 per cento, dato che indica "un tasso di sopravvivenza elevato, legato alla diagnosi precoce e ai progressi terapeutici".



### 5,4

I medici ogni mille abitanti registrati in Italia nel 2023, un dato che supera del 25 per cento la media dell'Unione europea. Invece la densità di infermieri praticanti era di 6,9 ogni mille abitanti, oltre il 20 per cento al di sotto della media europea, con un rapporto infermieri/medici di 1,3, uno dei più bassi nell'Ue.



# La salute è un diritto non una merce. Ora si può

CHIARA GIORGI

■ ■ Una proposta di legge di iniziativa popolare per «il rafforzamento del Servizio sanitario nazionale» è stata depositata in Cassazione e il 15 maggio inizierà la raccolta di firme (si potrà firmare anche online).

È IL RISULTATO di un lungo percorso che ha unito un gran numero di associazioni impegnate sulla salute, molte delle quali aderiscono al coordinamento “La via maestra”, insieme alla Cgil. Voci, competenze ed energie accomunate dall’obiettivo di riaffermare il diritto alla salute e rilanciare lo strumento che lo rende effettivo: il Servizio sanitario nazionale (Ssn). La proposta di legge indica le azioni da intraprendere per difenderlo, rafforzarlo, finanziarlo adeguatamente portandolo entro il 2030 al 7,5% del Pil, dotarlo di capacità programmatoria e del personale necessario a garantire cura, assistenza e prevenzione a tutta la popolazione. La priorità che viene riconosciuta alla salute - in effetti - è quanto qualifica non solo un assetto sanitario ma un modello di società. È stata questa la convinzione al fondo delle

battaglie che negli anni Sessanta e Settanta hanno fatto dell’impegno per la salute una delle trasformazioni più significative del paese. L’introduzione nel 1978 del Ssn fu il risultato di un’originale convergenza di mobilitazioni, nuove esperienze e saperi, intensi conflitti provenienti da tante e diverse soggettività.

QUELLA spinta è stata contrastata da decenni di scelte politiche che hanno indebolito il Ssn, limitandone la portata e il finanziamento. I processi di privatizzazione hanno favorito imprese sanitarie private, società finanziarie, multinazionali farmaceutiche, così come assicurazioni e fondi sanitari alimentano un “secondo pilastro” privato alternativo alla sanità pubblica. Siamo stati sommersi da narrazioni imbevute dell’ideologia neoliberale che celebrano le virtù del mercato e i modelli manageriali, propagando la presunta insostenibilità del servizio pubblico, derubricano i diritti a merci. In questi mesi assistiamo ad accordi tra il governo e le regioni del Nord che reintroducono i presupposti della legge sull’autonomia regionale differenziata che nel 2024 è stata dichiarata in ampia parte incostituzionale dalla Consulta. Come osservò già due anni fa la Corte dei Conti, sia-

mo di fronte al passaggio da un Ssn incentrato sulla garanzia costituzionale del diritto alla salute, a tanti diversi sistemi sanitari regionali basati sulle regole del mercato.

Ma tutto questo può essere fermato. La legge di iniziativa popolare, importante strumento di democrazia dal basso, consente di promuovere un nuovo impegno per la salute collettiva, per saldare partecipazione, consapevolezza, informazione, per rivendicare diritti sociali e di libertà, per sostenere una ripubblicizzazione partecipata e qualificata dei servizi socio-sanitari. Tra le disposizioni previste ci sono: l’intera destinazione delle risorse aggiuntive al potenziamento dei servizi e dei percorsi di cura direttamente erogati dalle strutture pubbliche, il rafforzamento e la valorizzazione del personale, lo stop alle esternalizzazioni, l’individuazione della copertura finanziaria (nella razionalizzazione della spesa farmaceutica, nella lotta all’evasione fiscale, nella possibilità di tassare i patrimoni).

La vittoria del No all’ultimo referendum ha reso visibile come sia possibile lottare insieme per un progetto e principi comuni; in questo caso riportando al centro dell’i-

niziativa politica la salute come attività fuori dal mercato, come diritto reso esigibile dal Ssn che deve tornare a essere il riferimento fondamentale per tutte le persone. Non si tratta di un’ennesima riforma, ma di tornare a quel modello in nome del quale sono state fatte battaglie che a loro volta ne hanno configurato le caratteristiche: universalità, equità, globalità, solidarietà, finanziamento tramite la fiscalità progressiva generale, governo pubblico del sistema.

PORTARE nelle piazze i conflitti contro la privatizzazione della sanità e la proposta di mettere in primo piano la salute collettiva può diventare un’occasione di larghissima mobilitazione in una nuova stagione di partecipazione sociale. Il modello e le risorse ci sono. L’avevamo già intuito ai tempi della pandemia: la salute può e deve tornare a essere una delle priorità di un’agenda politica alternativa al governo Meloni - e alle scelte di molti governi precedenti.

**Rafforzare Il Ssn, legge d’iniziativa popolare dopo la vittoria del No: dal 15 raccolta firme**



Dir. Resp.: Luciano Fontana

# IN ITALIA IL DIRITTO ALLA SALUTE IN ETÀ PEDIATRICA NON È UGUALE PER TUTTI CURE AI BIMBI? DIPENDE DA DOVE SI NASCE

di **Mario De Curtis**

**L'**Accademia Nazionale dei Lincei ha recentemente pubblicato un documento sulle disuguaglianze nell'accesso alle cure pediatriche, elaborato dalle Commissioni Salute e Bioetica (<https://lincei.it/it/disuguaglianze-nellaccesso-alle-cure-pediatriche>). Il tema delle disuguaglianze riguarda l'intero arco della vita, ma assume un rilievo particolare in età pediatrica, soprattutto nei primi anni, perché incide direttamente sulla crescita, sullo sviluppo e sulle prospettive di benessere futuro.

La salute dei bambini non dipende solo da fattori biologici, ma è fortemente influenzata dal contesto sociale: reddito familiare, istruzione dei genitori, condizioni abitative e qualità dei servizi sanitari e socio-assistenziali. Le disuguaglianze nell'infanzia rappresentano così uno degli indicatori più sensibili delle fragilità di un Paese.

Un indicatore particolarmente significativo è la mortalità infantile. In Italia il tasso è tra i più bassi al mondo (circa 2,5 per mille nati vivi), ma questo dato medio nasconde differenze rilevanti: nel Mezzogiorno è circa il 36% più alto rispetto al Nord e, tra i bambini stranieri, supera del 75% quello dei coetanei italiani (Istat). Questi divari riflettono soprattutto condizioni sociali e organizzative e mostrano come l'universalità formale del Servizio sanitario non garantisca automaticamente equità negli esiti.

Il recente rapporto Istat sulla povertà conferma un quadro preoccupante: oltre 1,3 milioni di minori vivono in povertà assoluta. Lo svantaggio sociale si traduce in una maggiore frequenza di malattie, in esiti peggiori e in una maggiore mortalità. Anche per patologie con incidenza simile nei diversi gruppi sociali, come la fibrosi cistica, la sopravvivenza è inferiore nei soggetti provenienti da famiglie svantaggiate. La disuguaglianza sociale finisce così per agire come un vero determinante biologico di salute.

Un ulteriore fattore di iniquità è rappresentato dall'organizzazione del Servizio sanitario nazionale. Nel Mezzogiorno la carenza di servizi adeguati alimenta la migrazione sanitaria, con una mobilità extraregionale dei minori più elevata rispetto al Centro-Nord.

Si tratta spesso di una mobilità obbligata, legata a liste di attesa troppo lunghe o alla mancanza di strutture adeguate, che compor-

ta costi economici e rilevanti conseguenze umane per le famiglie.

Le disuguaglianze emergono con particolare evidenza nei bambini più fragili e nelle situazioni di maggiore complessità clinica e sociale. Solo un quarto dei circa 35.000 pazienti pediatrici che necessitano di cure palliative pediatriche riesce ad accedervi. Analoghe criticità riguardano le malattie rare, caratterizzate da ritardi diagnostici e da profonde differenze territoriali nell'accesso ai percorsi di cura. Anche gli screening neonatali e l'accesso alle terapie innovative non sono uniformi sul territorio nazionale.

Un problema spesso trascurato riguarda i farmaci pediatrici: molti medicinali utilizzati nei bambini sono stati studiati solo negli adulti, con dosaggi adattati per estrapolazione. Questa carenza di ricerca configura una forma strutturale di disuguaglianza che limita l'accesso a cure realmente sicure ed efficaci.

A tutto ciò si aggiungono le criticità dell'assistenza territoriale: liste di attesa lunghe, carenza di neuropsichiatri infantili, insufficiente integrazione tra ospedale e territorio e una dotazione inadeguata di posti letto di terapia intensiva pediatrica, con forti squilibri territoriali.

Le disuguaglianze nelle cure pediatriche non sono un problema settoriale, ma l'espressione di criticità più ampie nella governance e nell'organizzazione del sistema sanitario. Esse mettono in discussione il principio costituzionale di uguaglianza e segnalano la difficoltà di garantire diritti fondamentali in modo uniforme.

Affrontarle richiede scelte politiche chiare e coerenti. Non bastano interventi frammentari o emergenziali: è necessario rafforzare il Servizio sanitario nazionale, ridurre i divari territoriali, investire nei servizi per l'infanzia e garantire un coordinamento più efficace tra Stato e Regioni. In assenza di queste condizioni, il rischio è una sanità sempre più differenziata, in cui il diritto alla salute finisce per dipendere dal luogo di nascita e dalle risorse familiari.

Ridurre le disuguaglianze nella salute dei bambini non è solo un obiettivo sanitario, ma una responsabilità civile e politica: significa investire nel futuro del Paese e nella qualità della sua democrazia.

*\*già professore ordinario di Pediatria  
Università di Roma La Sapienza*



**La situazione  
Nel Mezzogiorno la carenza di servizi  
adeguati alimenta la migrazione  
sanitaria, con una mobilità  
extraregionale dei minori più elevata  
rispetto al Centro-Nord**





Servizio Giornata mondiale

## **Tumore dell'ovaio: entro il 2030 centri di riferimento per il 90% delle pazienti**

Convegno al ministero, flash mob e mostra in piazza del Popolo a Roma: le associazioni presentano un'Agenda con sei obiettivi da raggiungere

*di Redazione Salute*

8 maggio 2026

Maggiore presa in carico nelle strutture specializzate, attivazione di percorsi di prevenzione, definizione di centri di riferimento regionali, disponibilità di standard minimi nazionali per l'accesso ai percorsi di cura, incremento dei finanziamenti alla ricerca e più attenzione alla qualità di vita. Obiettivo: rendere il tumore ovarico una priorità di salute pubblica, con traguardi misurabili, tempi certi e responsabilità verificabili. È il messaggio al centro della Giornata mondiale del tumore ovarico, celebrata oggi a Roma nell'Auditorium del ministero della Salute e con iniziative pubbliche in Piazza del Popolo. Nel corso dell'incontro è stata presentata la prima Agenda nazionale di impegno per le donne con tumore ovarico, promossa dalla campagna Insieme di Insieme, ideata dalle associazioni pazienti ACTO Italia, LOTO, aBRCA d'Abra, ALTo e Mai più sole, con i gruppi scientifici MITO e MANGO e con il patrocinio di AIOM, della World Ovarian Cancer Coalition e dell'Ovarian Cancer Committee.

### **L'importanza di una presa in carico specializzata**

“Ogni giorno, in Italia, 15 donne ricevono una diagnosi di tumore dell'ovaio, per un totale di più di 5.400 diagnosi ogni anno: la struttura in cui scelgono di essere seguite è fondamentale per poter usufruire dei migliori trattamenti – spiega Sandro Pignata, fondatore Gruppo MITO e direttore dell'oncologia medica del dipartimento di Uro-ginecologia al Pascale Napoli –. Purtroppo, però, il 73% delle pazienti non è a conoscenza dell'importanza di una presa in carico specializzata con alti volumi, e ritiene che qualsiasi presidio clinico o ospedaliero possa garantire la stessa qualità di cura”. Non è così, purtroppo, per questo Pignata esistono strutture che si dedicano maggiormente al trattamento di questa neoplasia e che possono garantire una presa in carico molto più efficace con alti volumi. Per questo, secondo Pignata “è fondamentale che tutte le Regioni individuino i centri di riferimento per il tumore ovarico, garantendo alle pazienti un percorso sempre più centralizzato e multidisciplinare. L'obiettivo è che entro il 2028 il 75% dei casi di carcinoma dell'ovaio sia trattato in una struttura specializzata, fino a raggiungere almeno il 90% entro il 2030”.

### **Garantire un equo accesso alle cure**

“L'alta specializzazione non deve essere un privilegio, ma lo standard per ogni paziente – aggiunge Sandra Balboni, presidente di LOTO OdV –. Il percorso di cura del tumore ovarico deve basarsi su reti oncologiche strutturate, centri con comprovate competenze e percorsi multidisciplinari capaci

di accompagnare la donna dalla diagnosi al follow up, assicurando tempestività, continuità e supporto.”

Accanto alla centralizzazione delle cure, l'Agenda richiama l'equità di accesso. Le differenze territoriali continuano infatti a incidere sulla possibilità per le pazienti di ricevere diagnosi tempestive, test appropriati, terapie innovative e percorsi di cura completi.

“Il diritto alla cura non può dipendere dalla Regione in cui si vive – sottolinea Ilaria Bellet, presidente di ACTO Italia –. Oggi la medicina personalizzata richiede accesso tempestivo e omogeneo a farmaci, test genetici, molecolari e immunoistochimici, inclusi quelli necessari a identificare bersagli terapeutici rilevanti, come il recettore del folato quando clinicamente indicato. Servono standard nazionali, tempi massimi di attesa, continuità terapeutica e reti di laboratori certificate. E serve anche un accesso più chiaro e trasparente agli studi clinici: per molte donne non rappresentano solo ricerca, ma una concreta possibilità di cura.”

Un altro punto centrale dell'Agenda riguarda i percorsi per le persone e le famiglie con rischio eredo-familiare, chiedendo che test genetici, consulenza, sorveglianza e, quando indicate, chirurgie di riduzione del rischio siano garantiti in modo uniforme in tutto il Paese.

### **Il ritardo diagnostico**

“Il carcinoma ovarico resta una delle neoplasie a maggiore mortalità, anche per il ritardo diagnostico, la complessità clinica e le disuguaglianze territoriali nell'accesso alle cure – dichiara Paolo Scollo, rettore dell'Università degli Studi 'Kore' di Enna –. In assenza di programmi di diagnosi precoce per la popolazione sana, l'aggiornamento dei LEA del 2025, che ha introdotto un programma per i tumori ereditari mammella-ovaio BRCA-correlati, rappresenta un passo importante. Ora però deve essere reso pienamente operativo in tutte le Regioni, garantendo gratuità, percorsi omogenei, accesso ai test e alla consulenza genetica, sorveglianza in centri competenti, esenzioni dal ticket e possibilità di accedere alle chirurgie di riduzione del rischio.”

“Sul rischio eredo-familiare non possiamo più accettare un quadro nazionale così frammentato e iniquo – afferma Ornella Campanella, presidente di aBRCAadabra –. Le persone e le famiglie che presentano un'alterazione genetica, come BRCA1 o BRCA2, devono poter contare, ovunque vivano, su test, consulenza genetica, sorveglianza in centri competenti e percorsi di riduzione del rischio chiari, accessibili e pienamente esigibili, superando pericolosi ritardi e ambiguità.”

### **Promuovere la ricerca scientifica**

La ricerca resta un altro punto essenziale. “È il motore del cambiamento – dichiara Maria Teresa Cafasso, presidente di ALTo Lotta al Tumore Ovarico –. Servono investimenti stabili, meno ostacoli burocratici, tempi autorizzativi più rapidi e un passaggio più uniforme dall'innovazione alla pratica clinica. Ogni ritardo pesa sulla vita delle pazienti.”

Ma perché l'innovazione possa davvero tradursi in cura, deve essere accompagnata da informazione chiara, accessibile e continuativa. Nel tumore ovarico, infatti, la conoscenza dei sintomi, dei fattori di rischio e dei percorsi a cui rivolgersi può fare la differenza nei tempi della diagnosi e nell'accesso alle cure più appropriate.

“Il primo strumento in grado di ridurre i ritardi diagnostici nel tumore dell'ovaio è l'informazione – sottolinea Anna Fagotti, direttrice UOC Carcinoma Ovarico del Policlinico Gemelli di Roma –. Oggi non esiste uno screening efficace rivolto alla popolazione generale e la malattia spesso si presenta con sintomi vaghi e aspecifici che possono essere sottovalutati. L'obiettivo è che tutte le Regioni realizzino almeno una campagna informativa annuale entro il 2030, in partnership con le associazioni pazienti, sempre in prima fila per l'ideazione di iniziative volte a stimolare la

sensibilizzazione pubblica. Oltre ai corretti stili di vita, anche diverse altre condizioni possono aumentare il rischio di sviluppare questa patologia, come infertilità, assenza di gravidanze o un primo figlio oltre i 35 anni di età. Sono tutte informazioni a cui la cittadinanza dovrebbe avere facile e frequente accesso”.

Tra gli obiettivi dell’Agenda c’è anche l’integrazione stabile nei percorsi terapeutici del supporto psicologico, psico-oncologico, sociale, riabilitativo e assistenziale.

“La qualità di vita non è un tema accessorio e non viene dopo la cura: è parte della cura – conclude Valentina Ligas, segretaria di Mai più sole –. Le donne devono poter contare su supporto psicologico, psico-oncologico, sociale e riabilitativo, ma anche su un’attenzione strutturata al benessere affettivo-sessuale, troppo spesso trascurato nel percorso di cura.”

### **Le manifestazioni pubbliche**

La Giornata, oltre al convegno istituzionale – reso possibile dal contributo non condizionante di Abbvie, AstraZeneca, GSK, MSD e Pharma& – ha visto un forte coinvolgimento della popolazione. In Piazza del Popolo, dove in occasione degli Internazionali BNL d’Italia è stata organizzata la grande manifestazione Tennis&Friends Salute e Sport, realizzata in collaborazione con AIOM (Associazione Italiana di Oncologia Medica), Salute Lazio Asl Rm1 e Policlinico A. Gemelli, si è svolto un flash mob che ha visto 15 sedie vuote, ricoperte solo da un nastro verde teal, colore del tumore ovarico, venire occupate dalle rappresentanti delle associazioni pazienti, in un’iniziativa silenziosa con l’intento di portare l’attenzione su questa patologia spesso invisibile e simboleggiare le 15 donne che ogni giorno ricevono una diagnosi.

Per tutta la giornata, sempre in Piazza del Popolo, è stata allestita la mostra di land art Labia, madri d’amore, di Mattia Putzu dello Studio Udine Scannella, promossa da Acto Sicilia per il sostegno delle donne che, a causa di un tumore ovarico, non possono portare avanti una gravidanza ma si interessano a percorsi di affidamento e adozione: numerosissime coperte, realizzate a mano dalle pazienti, sono state disposte lungo la piazza per ricordare che la maternità può superare la biologia.

Per sottolineare la rilevanza di questo tumore, inoltre, sono stati illuminati il ministero della Salute e numerosi altri edifici e monumenti italiani, a Roma, Avellino, Campobasso, Grottaferrata, Frascati, Matera, Messina, Milano, Montalbano Jonico, Paestum, Palermo, Policoro, Pompei, Santa Maria Capua a Vetere, Salerno, Sassari, Scanzano Jonico, Torino e Udine.

# Congelamento degli ovociti tra spinte regionali e costi elevati

Sanità

In Francia è gratuito

**Ilaria Parlanti  
Greta Ubbiali**

**T**ra la ricerca della stabilità finanziaria e quella del giusto partner, l'età media a cui le donne italiane arrivano al primo figlio è di 31,9 anni. In questo scenario, la crioconservazione degli ovociti a scopo precauzionale (creando un'opzione che permetta alla donna di vivere con maggiore serenità le proprie scelte) sta guadagnando popolarità anche se resta una procedura medica costosa e quindi un privilegio per poche.

In Italia il *medical freezing* (il congelamento degli ovuli a fronte di malattie) è garantito dal servizio sanitario nazionale solo in casi oncologici, ma, spiega Elsa Viora, ginecologa e presidente della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia, l'estensione a altre patologie rappresenta una prospettiva concreta. «Si sta iniziando a parlare non solo di tumori, ma anche di menopausa precoce, endometriosi e condizioni che compromettono la fertilità», spiega al Sole 24ore.

Il quadro si inserisce però in un sistema sanitario sotto pressione, segnato da carenza di personale e risorse limitate. Già oggi, infatti, la crioconservazione per le pazienti oncologiche è disomogenea sul territorio: «È a macchia di leopardo -

constata la specialista - e spesso legata all'impegno dei singoli centri». Da qui la necessità di una rete strutturata tra oncologia e medicina della riproduzione.

Il congelamento degli ovociti per motivi non medici oggi rientra per lo più nel perimetro della sanità privata e ha costi elevati. Alcune regioni provano a fare da apripista con interventi pubblici ma il quadro è frammentato. La Puglia nel 2024 è stata la prima regione a introdurre un programma di rimborso per il *social freezing* con un'assegnazione di fondi per 900mila euro. Più di recente la Giunta toscana ha stanziato 350mila euro per potenziare i servizi di procreazione medicalmente assistita, includendo tra le nuove misure anche azioni specifiche per la preservazione della fertilità.

Nel mondo i quadri giuridici che regolano questa tecnica sono vari e riflettono i diversi contesti culturali, etici e di politica sanitaria. Le differenze principali riguardano i limiti d'età, lo stato civile, il tempo di conservazione e il finanziamento pubblico. In Francia, dal 2021, la congelazione elettiva degli ovuli è gratuita e coperta integralmente dal sistema sanitario per tutte le donne tra i 29 e i 37 anni.

L'iniziativa rientra nel piano per contrastare il calo delle nascite che il

presidente Emmanuel Macron ha definito di «riarmo demografico». La Spagna ha una delle legislazioni più progressiste e il ricorso è consentito senza rigidi limiti d'età o restrizioni di durata. Allargando l'orizzonte, in risposta alle sfide demografiche, Hong Kong e Singapore hanno aperto al *social freezing* ma l'utilizzo successivo degli ovociti resta vincolato al matrimonio. Negli Stati Uniti la procedura sta diventando un benefit corporate frequente nelle grandi realtà e la pratica inizia ad affacciarsi anche in Italia.

Il tema della natalità non si può però affrontare solo in chiave tecnologica o sanitaria, richiama all'attenzione Viora. Le tecniche di pma restano probabilistiche, e «più si va avanti con l'età, più aumenta il rischio di criticità cliniche». Quale intervento individuale, il *freezing* (medico e sociale) inoltre non può rappresentare una soluzione strutturale alla denatalità. Servono «un contesto sociale ed economico favorevoli» perché a tecnologia, da sola, non basta a colmare i vuoti del sistema.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**In Italia solo Puglia e Toscana prevedono programmi di rimborso a fronte della spesa per il social freezing**



GIUSTIZIA

## Per gli errori medici paga la clinica: nulli i patti di manleva

È limitata ai casi di colpa grave l'azione di rivalsa della struttura (che paga il danno causato a un paziente) nei confronti dei sanitari. E gli eventuali patti di manleva sono nulli.

Codrino e Hazan — a pag. 26

### Responsabilità

# Errori medici, risarcisce la struttura Nulli i patti di manleva con i sanitari

L'azione di rivalsa verso il professionista è possibile solo nei casi di colpa grave

Il principio vale anche se è l'operatore che si avvale della clinica per l'intervento

**Andrea Codrino**  
**Maurizio Hazan**

È limitata ai casi di colpa grave l'azione di rivalsa o di regresso che una struttura sanitaria – chiamata a rispondere di un danno arrecato a un paziente – può far valere nei confronti dei medici o degli altri professionisti che si sono occupati delle cure. E gli eventuali patti di manleva sottoscritti tra la struttura e il sanitario sono nulli. Lo ha chiarito la Cassazione che, con l'ordinanza 9949 del 17 aprile 2026, traccia le coordinate di riferimento in materia di azione di regresso.

#### Le norme

Il tema è strettamente collegato all'applicazione della legge 24/2017 (legge Gelli) che, modificando il regime della responsabilità civile sanitaria, ha canalizzato la maggior parte delle richieste risarcitorie verso le strutture sanitarie (esposte alle più severe regole della responsabilità contrattuale) o, quando assicurate,

verso le compagnie che coprono il rischio (assoggettate all'azione diretta da parte del danneggiato). Più defilata è invece la posizione dei professioni-

sti che operano per conto delle strutture (detti "ausiliari") e che rispondono in via extracontrattuale. L'esposizione frontale delle strutture nei confronti dei pazienti danneggiati potrebbe sviluppare un contenzioso di "rimbalzo", nei confronti degli ausiliari per recuperare, in via di regresso o sulla base di patti di manleva, il risarcimento pagato.

Tuttavia, la legge Gelli limita molto questa possibilità, sia nel settore pubblico che in quello privato, consentendo (all'articolo 9) l'azione di regresso o rivalsa solo in caso di colpa grave ed entro stretti limiti quantitativi (pari al triplo della retribuzione annuale del professionista).

#### La vicenda

Nel caso sottoposto alla Cassazione, una struttura sanitaria, convenuta in giudizio dal paziente danneggiato, aveva chiamato in causa il chirurgo

che aveva eseguito l'intervento formulando nei suoi confronti una domanda di regresso e manleva, fondata, da un lato, sulle norme che regolano i rapporti interni tra condebitori solidali (articolo 1298 Codice civile) e, dall'altro, su una clausola del contratto libero-professionale che obbligava il medico a tenerla indenne dalle conseguenze risarcitorie derivanti da errori nello svolgimento delle sue prestazioni di cura.

La decisione di primo grado, con cui il Tribunale aveva integralmente accolto la domanda di regresso verso il chirurgo, veniva ribaltata in appello, con una sentenza che affermava come il caso dovesse essere regolato,



quanto ai rapporti interni tra chirurgo e struttura, solo dall'articolo 9 della legge 24/2017, che «condiziona l'azione di rivalsa della struttura nei confronti del sanitario alla sussistenza del dolo o della colpa grave di quest'ultimo»; nel caso esaminato, la colpa grave era stata ritenuta insussistente e la domanda respinta.

Contro questa sentenza la struttura ha presentato ricorso in Cassazione, sostenendo, per un verso, la piena validità della clausola contrattuale di manleva e, per l'altro, l'applicabilità degli ordinari principi di riparto di responsabilità tra condebitori solidali: ciò anche in considerazione del fatto che il chirurgo non fosse un vero e proprio ausiliario ma svolgesse la sua attività come libero professionista a favore di un suo paziente, emettendo regolare fattura per la propria attività (mentre la struttura aveva messo a disposizione le sale operatorie e in l'organizzazione ospedaliera per eseguire l'intervento).

#### La decisione

Nel respingere il ricorso, la Cassazione pone alcuni punti fermi.

1 In ogni ipotesi di prestazione resa da una struttura mediante la propria organizzazione sanitaria il rapporto tra la struttura e il professionista che ha materialmente eseguito la prestazione è regolato dall'articolo 9 della

legge Gelli, norma speciale non derogabile pattiziamente dalle parti.

2 Per applicare questa norma non rileva la qualificazione della responsabilità del sanitario verso il paziente in termini contrattuali o extracontrattuali, ma il fatto che il danno si sia prodotto nell'ambito di una prestazione sanitaria erogata attraverso l'organizzazione della struttura.

3 In queste ipotesi, l'esercente la professione sanitaria, anche se libero professionista e anche se contrattualmente obbligato nei confronti del paziente, opera quale ausiliario della struttura in base all'articolo 1228 del Codice civile: l'azione di rivalsa nei suoi confronti è dunque possibile solo in caso di dolo o colpa grave.

4 I patti di manleva – ancora frequenti nella prassi specie nel mondo della sanità privata – attraverso i quali la struttura addossa al sanitario le responsabilità risarcitorie, si devono considerare nulli, dato che l'articolo 9 ha natura imperativa, inderogabile e pubblicistica.

Queste regole valgono anche quando è il professionista ad avvalersi della struttura, dando luogo a una sorta di "ausiliarità invertita". Ciò accade, ad esempio, quando il rapporto con il paziente inizia nello studio professionale del sanitario per poi proseguire nella struttura dove è eseguito l'intervento chirurgico. Anche qui, se-

condo la Cassazione, il riparto interno di responsabilità tra struttura e professionista di regresso è disciplinato dall'articolo 9 della legge Gelli (ma nei confronti del paziente struttura e sanitario rispondono contrattualmente in via solidale). Anche se non detto espressamente dalla Suprema corte, l'esistenza di un rapporto contrattuale tra il medico e il paziente esclude l'ordinaria limitazione quantitativa della rivalsa (triplo della retribuzione): in queste ipotesi il regresso può essere azionato per l'intero ammontare del danno risarcibile, ferma restando la necessità della colpa grave.

Diversa è la (rara) situazione in cui il professionista conduca in locazione o in comodato spazi della struttura, senza interferenze sulle modalità di svolgimento della prestazione: qui l'unico responsabile è proprio il professionista (Cassazione 8164/2025).

© RIPRODUZIONE RISERVATA



#### NT+DIRITTO

##### Figlio non riconosciuto, il diritto al mantenimento sorge dalla nascita

Se il genitore che ha mantenuto per intero il figlio muore prima che sia

accertata la filiazione, il diritto al rimborso entra nella successione. di **Giorgio Vaccaro**

La versione integrale dell'articolo su: [ntplusdiritto.ilsole24ore.com](http://ntplusdiritto.ilsole24ore.com)



Riprende il confronto su un provvedimento che dia giusta applicazione alle sentenze della Corte Costituzionale sul suicidio assistito

# Fine vita tra etica, diritto e cultura

## Tempo di domande oltre la legge

Tra le conseguenze dei movimenti politici seguiti al referendum sulla giustizia c'è anche il riposizionarsi degli schieramenti - e dei partiti al loro interno - sul fine vita e su una (possibile) legge sul suicidio assistito. L'estrema difficoltà nel far avanzare il dialogo con l'obiettivo di convergere su alcuni punti fondanti e ottenere una legge sostenuta da un vasto consenso parlamentare aveva fatto arenare il dossier al Senato, dove la legge è incardinata. Niente approdo in aula, ripetutamente rimandato, ma anche niente accordo tra maggioranza e opposizione. E ora anche scricchiolii nello stesso centrodestra, con alcune fughe in avanti che fanno pensare al fine vita come tema di una campagna elettorale di fatto già lanciata per le Politiche 2027. Ma se a una

legge si arriverà occorre che sia umana, saggia, rispettosa della dignità delle persone, aderente ai punti fermi indicati dalla Corte Costituzionale. Per aiutare a prendere questa direzione riapriamo oggi la nostra tribuna che dall'autunno 2025 ha ospitato decine di interventi.



## Le questioni aperte dalla fine di Wendy, la donna inglese che è andata in Svizzera per darsi la morte **PERMETTERE A CHI SOFFRE NELL'ANIMA DI TOGLIERSI LA VITA DERIVA INQUIETANTE DELLA SOCIETÀ CHE RIMUOVE IL DOLORE**

**MAURIZIO ASSALTO**

**I**mmaginate di scorgere su un ponte un uomo che cerca di scavalcare il parapetto per lasciarsi cadere. Vi fermate, provate a dissuaderlo. Ma quello vi spiega che è disperato: no, non è malato, non ha neppure problemi economici come il protagonista del film *La vita è meravigliosa*, salvato *in extremis* dall'angelo di seconda classe Clarence, però soffre terribilmente per gravi motivi suoi. Che cosa fate, allora: lo aiutate a scavalcare?

Più o meno, è quanto accaduto a Wendy Duffy, la ex operatrice sociosanitaria delle West Midlands, in Inghilterra, che quattro anni fa aveva perso il figlio ventitreenne soffocato dal mezzo pomodoro di un panino da lei stessa preparato. Un incidente banale, imprevedibile, divenuto tragedia. Di cui la donna si sentiva responsabile, in un crescendo di lutto persistente. E così, nel giorno che precede quello che in Italia celebra la Liberazione, è riuscita a liberarsi del fardello che non le era più tollerabile. Ha trovato qualcuno che l'ha aiutata a scavalcare il ponte: è andata in Svizzera – espressione che nel linguaggio corrente ha smesso di evocare la visione di ridenti pascoli alpini, per trasformarsi nella sinistra metonimia di un viaggio senza ritorno – e nella clinica Pegasos di Basilea, specializzata in questo genere di trattamenti, per la modica cifra di 10mila sterline (circa 11.500 euro) ha risolto il suo problema.

Wendy Duffy aveva 56 anni, era pienamente sana nel corpo ma devastata nella psiche. È questa una ragione sufficiente per voler morire?

Certamente sì. Perdere un figlio non vuol dire soltanto, e tanto più per una madre, perdere la persona alla quale si è biologicamente, visceralmente più legati, ma anche venire privati del futuro, di quella parte di sé che sopravvive nella memoria di chi resta e che, dagli antichi Egizi ai *Sepolcri* di Ugo Foscolo, si configura come il pegno della propria permanenza nella realtà terrena. Il dolore che ne consegue è qualche cosa di atroce e inconcepibile, lo sprofondare in una condizione così innaturale da non avere neppure un nome: “orfana del figlio” ha paradossalmente titolato *Avvenire*, con una forzatura lessicale, nel riferire la storia di Wendy.

Ma è anche una ragione sufficiente per lasciar morire? Di più, per aiutare a morire?

Nei Paesi che ammettono il suicidio assistito, questo è generalmente soggetto a precise condizioni, più o meno restrittive, che si possono così riassumere: richiesta volontaria e informata da parte dell'interessato, pieno possesso delle capacità mentali, malattia incurabile e conseguenti sofferenze insopportabili, valutazione dei medici, procedura controllata e documentata. Una di queste condizioni, la malattia incurabile con sofferenze (fisiche) insostenibili, era assente nel caso di Wendy, e tuttavia non è considerata un requisito inderogabile in Svizzera, il Paese più permissivo in materia, sempre sollecito quando si tratta di dispensare morte (a pagamento, come nella clinica di

Basilea, o gratis, per colpevoli omissioni, come a Crans-Montana). Erano comunque soddisfatte le altre condizioni, e infatti Ruedi Habegger, il fondatore della Pegasos Swiss Association, ha spiegato al *Daily Mail* che «la procedura si è conclusa senza incidenti e nel pieno rispetto dei desideri» della signora, e che «né noi né alcuno dei professionisti che hanno valutato la sua capacità mentale abbiamo mai avuto dubbi circa le sue intenzioni, la sua comprensione e la sua indipendenza di pensiero e di azione».

Volontà, intenzioni, comprensione e indipendenza di Wendy Duffy non sono in dubbio: *It's my life, my choice* era il titolo dell'intervista rilasciata dalla donna allo stesso quotidiano alla vigilia della “procedura”. E questo, fino a un certo punto, si può capire: nella letteratura come nella cronaca non sono rari i casi di suicidi in seguito alla perdita della persona amata. Ma si tratta in genere di gesti d'impulso, sull'onda emotiva, che nessuno avrebbe potuto fermare; oppure dell'atto finale di una determinazione lungamente maturata e lucidamente pianificata, ma nascosta a tutti per non pregiudicarne l'attuazione.

Wendy, invece, la sua intenzione l'aveva non solo progettata ma pure resa pubblica, per così dire ufficializzata, quasi a rivendicare anche per casi come il suo il diritto al suicidio assistito. Ma proprio nel suo caso questo controverso diritto fa un salto di qualità estremamente inquietante che interroga la nostra coscienza, e la nostra ragion pratica. Non solo per la sua possibile generalizzazione e progressiva estensione (oggi per un grave lutto, domani magari per una delusione d'amore, un torto subito, un licenziamento o un insuccesso sportivo: eventi che, in determinate situazioni e in soggetti particolarmente vulnerabili, possono determinare una sofferenza insopportabile), ma anche per un'altra considerazione. Che riguarda noi, il nostro modo di porci di fronte a quella cosa ingarbugliata che è la vita.

Sana nel corpo, Wendy Duffy era malata nell'anima. Trasformare il proprio rapporto affettivo più grande in un sentimento esclusivo, così totalizzante da relegare in secondo piano, lontanissimo, al limite dell'irrelevanza, ogni altro rapporto, configura una dipendenza che sconfinata nella patologia mentale. Tutti noi siamo l'esito e il punto di partenza di una storia di relazioni: quella dei due individui che ci hanno messi al mondo, e dei quattro individui prima di loro, e degli otto prima ancora e così via risalendo e moltiplicando; e



quella a cui fin dai nostri primi passi abbiamo dato origine, semplicemente vivendo, fatta degli incontri, gli incroci, le occasioni, le scelte, gli incidenti che ci sono occorsi e attraverso i quali si è definita la nostra identità. Si può dire, in un certo senso, che noi siamo le nostre relazioni. E quando l'universo relazionale di una persona si riduce a un unico rapporto, l'inevitabile conseguenza, se questo rapporto viene meno, è quella che nella psicologia del trauma viene chiamata "rottura del legame vitale". E che ha portato Wendy alla scelta estrema.

Non è una sua colpa, ovviamente, perché nessuno può essere ritenuto responsabile dei propri disturbi affettivi. Ma una responsabilità - diffusa, pulviscolare - in effetti c'è. Da Wendy dobbiamo spostare l'attenzione sulla rete di relazioni che la donna aveva messo in sonno, ma della quale inevitabilmente era (stata) parte: i suoi familiari (sappiamo che aveva fratelli e sorelle), gli amici, i colleghi, i conoscenti, i medici, fino a quelli che ne hanno reso possibile l'ultimo desiderio. È la riattivazione di questa rete che avrebbe potuto dare ancora un senso alla sua vita, perché Wendy Duffy non era soltanto il rapporto con il figlio perduto. La sua malattia dell'anima poteva essere curata - non guarita,

ma curata: possibile che nessuno se ne sia fatto carico? Che il massimo di umana solidarietà sia consistito nell'agevolare la sua scelta, nell'accettazione passiva di un destino che forse poteva essere scongiurato? È l'atteggiamento fatalistico di una società a sua volta malata nell'anima, che rinuncia a fare qualcosa per la vita, non solo quando non c'è più niente da fare ma anche quando qualcosa potrebbe (perlomeno) tentare. Una rassegnazione indolente che si riproduce pericolosamente su scala più vasta quando si tratta di guerre, della vita di molti, di tutti. Avremmo tanto bisogno di incontrare sulla nostra via un angelo di seconda classe, come James Stewart nel film di Frank Capra. Invece, come Wendy Duffy, non troviamo altro che Ruedi Habegger e la sua Pegasos.



Perché un diritto per legge non è garantito come dovrebbe

## È VERO: LE CURE PALLIATIVE RIDUCONO LE RICHIESTE DI SUICIDIO ASSISTITO

FRANCESCA CRIPPA FLORIANI

**I**n un dibattito sul fine vita non si può prescindere da un punto fondamentale: il diritto di ogni cittadino ad accedere a cure palliative adeguate, tempestive e di qualità.

Le cure palliative sono una prima risposta possibile e doverosa alla condizione fisica e spirituale delle patologie croniche inguaribili che conducono al fine della vita. Senza cure palliative si lascia irrisolto il tema della sofferenza non accompagnata e della solitudine di chi vive una condizione di estrema fragilità.

Esse non sono un'alternativa marginale, ma uno strumento per ridare dignità alla persona, prendendosi cura della sofferenza, accompagnandola con rispetto, professionalità e prossimità e sostenendo le famiglie in un momento molto vulnerabile. Assistere, dal latino *ad sistere*, stare accanto: non accanimento terapeutico, non abbandono, bensì una risposta concreta di sostegno come medicina della dignità.

Una ricerca pubblicata su *Population and Development Review* condotta da Asher Colombo, sociologo dell'Università di Bologna, dimostra che la richiesta di eutanasia è spesso collegata alla presenza di un dolore globale insostenibile, e parallelamente rileva che dopo aver utilizzato gli

strumenti necessari per alleviarlo, questa richiesta diventa dieci volte inferiore: le cure palliative adeguatamente erogate, riducono al minimo la richiesta di suicidio assistito.

Purtroppo, come sottolinea Giampiero Dalla Zumma, professore di Demografia all'Università di Padova, commentando la ricerca, nel nostro Paese abbiamo ancora un problema di accesso a queste cure: l'uso della morfina, per esempio, è la metà rispetto ai Paesi del nord Europa e le stesse cure dovrebbero essere estese a molte patologie, non solo quelle oncologiche, come presa in carico globale della sofferenza.

Nel momento in cui la malattia, qualsiasi essa sia, si fa inguaribile, necessariamente diventa curabile, anche prima della fase finale della vita.

Quindi, reti funzionanti su tutto il territorio nazionale, continuità della cura e dell'assistenza insieme a supporto psicologico e sociale, anche come contrasto alla solitudine, abbattano drasticamente la richiesta di eutanasia. Se queste risposte, necessarie anche se talvolta non sufficienti, non vengono adeguatamente offerte, le persone non hanno una reale possibilità di scelta: una situazione psicologicamente logorata, non sostenuta e magari anche in condizioni di indigenza, porta inevitabilmente a scelte condizionate.

Il diritto a buone cure palliative in tutto il Paese, presa in carico precoce, controllo adeguato del dolore fisico, psichico e spirituale e degli altri sintomi, supporto ai *caregiver* e alla famiglia in rete coi servizi territoriali socio-sanitari è ormai ineludibile. Purtroppo, nonostante in termini legislativi il nostro Paese sia ben normato (in particolare la legge 38/2010 che definisce le cure palliative un *Lea*, Livello essenziale di assistenza) a tutt'oggi le cure palliative vengono erogate con una distribuzione molto disomogenea sul territorio nazionale, a macchia di leopardo, in particolare nel Sud.

Come affermato anche recentemente dal presidente Mattarella «le disomogeneità territoriali che permangono incidono sull'effettiva esigibilità delle prestazioni e determinano disparità non più accettabili. Il diritto alla salute, costituzionalmente garantito, deve trovare uniforme applicazione sull'intero territorio nazionale».

Dignità, autonomia delle scelte, eguaglianza di fronte al dolore e alla morte non sono solo affermazioni di principio, ma devono diventare prassi corrente perché solo così la qualità del morire diventa un diritto di cittadinanza.

Dal punto di vista etico, la sfida che le cure palliative si pongono è quella di conciliare la vita che volge al termine e l'orizzonte in

cui si misurano definitivamente le necessità biologiche, il bisogno di dare senso al vivere, limitato dalla finitezza del decadimento fisico con l'aspirazione all'immortalità e all'infinito.

Conciliazione molto difficile, che le équipe di cure palliative si trovano ad affrontare nella loro quotidianità.

I grandi temi della fase finale della vita: le direttive anticipate di trattamento, il suicidio assistito, l'eutanasia e l'accanimento terapeutico non vengono vissuti come baluardi da difendere o abbattere in battaglie di principio, ma come pratica clinica costante che affronta il limite umano abbracciandone la complessità.

**Vicepresidente  
Fondazione Floriani Ets**



Gli effetti dell'intervento dalla Consulta su una scelta regionale sbagliata

## LEGGE TOSCANA GIUSTAMENTE "SMONTATA" NEL NOME DELL'ALLEANZA TERAPEUTICA

LEONARDO BIANCHI

L'applicazione della legge regionale toscana n. 16/2025 sul suicidio medicalmente assistito risulta gravemente compromessa dopo la sentenza della Corte costituzionale n. 204/2025, salva la parte che l'istanza dell'interessato non sia presentabile da un delegato, su cui c'è un intervento meramente ablativo.

La Corte ripete ben due volte che la legge sia riconducibile alla tutela della salute soltanto "a prima vista" - espressione inedita in decisioni di merito -, e riconosce esplicitamente, nel dichiarare l'incostituzionalità della disposizione sui requisiti dell'accesso al suicidio che cristallizza i principi sanciti dalla Corte, di non precludersi affatto differenti sviluppi giurisprudenziali, poiché «in taluni casi le disposizioni della legge regionale impugnata finiscono per incidere indirettamente sull'estensione concreta dei diritti in gioco»: una precisazione che ridimensiona in via di interpretazione autentica la portata di questa stessa sentenza.

Ma non basta: la legge regionale, in riferimento a delicati bilanciamenti «che attengono essenzialmente alla materia dell'ordinamento civile e penale, non può pretendere di agire in via suppletiva della legislazione statale», dice la Corte: chiarissima, dunque, e netta è la battuta d'arresto della cosiddetta cedevolezza invertita.

La parte sulla verifica dei requisiti e le modalità di attuazione è pienamente compromessa: non si tratta riduttivamente e sbrigativamente di sostituire termini indicativi a termini perentori di una procedura «per nulla assimilabile ai comuni procedimenti amministrativi, date le delicatissime valutazioni che implica il porre fine ad una vita umana»: qui è centrale il «bilanciamento tra il dovere costituzionale di tutela della vita umana e il principio dell'"autonomia" del paziente in scelte che necessitano «di uniformità di trattamento sul territorio nazionale, per ragioni imperative di eguaglianza», e che, dun-

que, eccedono ancora una volta l'ambito della potestà legislativa regionale. La Corte, con l'occhio rivolto anche al legislatore nazionale, sancisce che le disposizioni toscane contrastano con l'alleanza terapeutica tra paziente e medico, e quindi va completamente riprofilata una procedura che, ben lungi dall'essere semplicemente organizzativa, scandisce in realtà la fine della vita, laddove va «sempre consentita la possibilità di svolgere gli approfondimenti clinici e diagnostici appropriati» e va tutelato il diritto della persona ad essere curata efficacemente, anche «attraverso la concreta messa a disposizione di cure palliative efficaci», «nella prospettiva di prevenire e ridurre in misura molto rilevante la domanda di suicidio assistito»: un riconoscimento chiaro e ampio del diritto alle cure palliative, dunque, che supera di molto la mera informativa sulla possibilità di accedere a un percorso di queste cure. Tutto questo nella legge regionale semplicemente non c'è, ma, invece, non può non esserci.

Sul supporto alla procedura di suicidio, infine, la Corte chiarisce che si tratti di «un'assistenza dei sanitari a una persona che dovrà compiere da sé la condotta finale che direttamente causa la propria morte», assolutamente non l'erogazione di una prestazione o di un trattamento, come dice invece la legge. Nella legge manca la parte sui doveri (riconducibili a quelli inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale di cui all'art. 2 della Costituzione, il cui adempimento è richiesto anche alle Regioni), di cui si parla anche in questa sentenza, cioè quelli di: evitare i rischi creati dal suicidio assistito in adempimento del dovere di tutela della vita umana ex art. 2 della Costituzione; assicurare ai pazienti tutte le terapie appropriate incluse quelle necessarie a eliminare o ridurre a proporzioni tollerabili le sofferenze dovute alle patologie; assicurare ai pazienti ogni sostegno assistenziale, economico, sociale e psicologico.

Le disparità e la violazione del supremo principio di eguaglianza si riprodu-

cono, oltretutto, a livello infraregionale tra i Comitati per l'etica nella clinica di Asl, in assenza di rinnovo da parte del Consiglio regionale della Commissione regionale di Bioetica, che andava rinnovata nel 2020 e non lo è stata ancora: un organo paralizzato da 5 anni, che non si è potuto e voluto così in alcun modo coinvolgere nell'elaborazione della legge regionale e cui è stato impedito l'esercizio di quelle doverose funzioni che la stessa legge regionale sul Servizio sanitario regionale, n. 40/2005, gli assegna agli artt. 95 e 96. Per applicare la legge toscana si rende necessaria, dunque, una sua riscrittura in tutte le parti di cui sopra, se non un suo complessivo ripensamento: quel poco che resta non sta in piedi semplicemente con un'interpretazione costituzionalmente conforme.

E nemmeno ce la si può troppo comodamente cavare a questo punto soltanto con Linee guida, delegificando la materia ed esautorando di fatto il Consiglio regionale appena eletto, fra l'altro. Quelle della Toscana sono state approvate prima della legge, senza poterne tenere conto: se la Toscana avesse voluto percorrere la strada delle Linee guida, avrebbe potuto seguire i precedenti emiliano e pugliese, laddove le Regioni sono intervenute con delibere di Giunta. Farlo a questo punto si dimostra incoerente e contraddittorio, a meno che la scelta della strada della legge rappresentasse più che altro una bandiera, a questo punto fatta a brandelli dalla Corte costituzionale.

**Docente Diritto costituzionale  
Università di Firenze**



# Fine vita, legge a rischio appello Pd: subito in aula

I capigruppo dem Boccia e Braga chiedono alla maggioranza di evitare il rinvio finale del testo in commissione. L'incognita FI

di SERENA RIFORMATO

ROMA

**M**artedì prossimo, alla riunione dei capigruppo di palazzo Madama, il Pd chiederà di portare subito in aula il disegno di legge sul fine vita. Perché accada – perché davvero il testo possa lasciare la palude della commissione Giustizia – servono i voti del centrodestra. O almeno di una parte. Per questo i presidenti dei gruppi dem di Camera e Senato Chiara Braga e Francesco Boccia fanno appello alla maggioranza: «Non è più tempo di rinvii, il parlamento si assuma le sue responsabilità». E del resto, da settimane, di fine vita si parla con insistenza anche dentro Forza Italia, per effetto delle sollecitazioni dall'alto di Marina Berlusconi. Votare sì alla calendarizzazione, per gli azzurri, sarebbe il primo vero banco di prova per dimostrare se fanno sul serio. «Se davvero i forzisti fossero intenzionati a passare dalle parole ai fatti, avremmo risolto tutti i problemi», chiosa il presidente dei senatori dem. «È il momento della verità», aggiunge Braga.

Lo snodo è cruciale. Se la proposta di calendarizzare il provvedi-

mento venisse bocciata, il testo rimarrebbe in commissione Giustizia. Per settimane? Mesi? Mentre la legislatura volge al termine. È sempre più concreto il rischio che cali il sipario – definitivamente – su un iter infinito di false partenze, tentativi di mediazione, ostruzionismi palesi e a volte celati. Le date: il disegno di legge a prima firma di Alfredo Bazzoli è all'esame della commissione Giustizia del Senato da febbraio 2024 (il deposito risale persino al 2022). Nel mezzo sono state svolte un centinaio di audizioni, un numero *monstre*. A luglio 2025 un comitato ristretto, tra le varie proposte, ha adottato un testo unificato, relatori l'azzurro Pierantonio Zanettin e il meloniano Ignazio Zullo. Intanto i contenuti sono stati modificati in maniera significativa. «In peggio», spiega Boccia: «Inaccettabile prevedere un comitato etico ed escludere il Servizio sanitario nazionale: il diritto di scegliere non può essere riconosciuto solo a chi se lo può permettere economicamente». Ma il problema è a monte: quasi un anno dopo, si è ancora lì, in commissione. L'ultima mediazione è stata tentata dalla neo-capogruppo azzurra Stefania Craxi. Un altro mese è passato senza risultati. Gli ostacoli posti dalla destra a volte sono sottili, procedurali: una settimana fa la discussione è stata congela-

ta per l'assenza dei pareri del governo. E così il vuoto legislativo rimane dov'è, tamponato dalle delibere regionali, che rendono il suicidio assistito davvero possibile solo in alcune zone d'Italia. «Un'evidente disparità territoriale», dice Boccia. Il ritardo rispetto alla Corte Costituzionale è enorme. «Sono passati sette anni dal 2019, quando la Consulta ha stabilito in una sentenza rivoluzionaria i criteri per accedere al fine vita», ricorda Braga. Il malato dev'essere tenuto in vita da un sostegno vitale, affetto da una patologia irreversibile, afflitto da intollerabili sofferenze fisiche o psicologiche. Ma capace di prendere decisioni consapevoli. «Chi ha fatto questo percorso – aggiunge la capogruppo di Montecitorio – finora è passato da una trafila crudele di fatiche burocratiche». Boccia sottolinea un altro aspetto: «A chiedere un intervento è anche una parte del mondo cattolico che capisce, a differenza della destra, l'urgenza di riconoscere dignità a chi fa una scelta così dolorosa». Ora tocca (anche) alla maggioranza offrire risposte: «Lo Stato – conclude il presidente dei senatori dem – non si può girare dall'altra parte davanti alla sofferenza dei suoi cittadini».

## I PERSONAGGI

### Francesco Boccia

È il capogruppo dei senatori del Partito democratico



### Chiara Braga

È la capogruppo del Partito democratico alla Camera dei deputati



## MATTARELLA

L'omaggio in via Caetani a Moro e alle vittime del terrorismo



Il presidente della Repubblica Sergio Mattarella ha deposto ieri una corona di fiori in via Caetani nel luogo dove fu ritrovato il corpo del leader della Dc Aldo Moro. Era il 9 maggio del 1978. Poi in Senato si è svolta la giornata in ricordo delle vittime del terrorismo con Ignazio La Russa e Lorenzo Fontana



# Costa "Sul fine vita FI è pronta ma il Pd accetti il confronto"

di **CONCETTO VECCHIO**

ROMA

**E**nrico Costa, capogruppo di Forza Italia, domani il Pd chiederà di portare in aula il disegno di legge sul fine vita. Servono però i voti del

**centrodestra. Forza Italia li darà?**  
«Noi riteniamo che sul fine vita ci sia un vuoto legislativo, che non può essere colmato da una molteplicità di leggi regionali diverse. La strada maestra per arrivare a una legge nazionale è il voto degli emendamenti in Commissione e poi l'esame in aula».

**E se invece Fratelli d'Italia e Lega faranno melina?**

«Vedremo. Stefania Craxi, al Senato, sta seguendo l'iter della legge in modo puntuale. Sono fiducioso».

**Quindi insistete sull'impianto del disegno di legge Zanettin-Zullo?**

«Si parte da lì».

**Secondo il Pd peggiora il testo Bazoli, presentato in Parlamento già nel 2022.**

«Ciascun partito dovrà rinunciare a qualcosa pur di arrivare a un risultato. Il punto di partenza della nostra proposta è la sentenza della Corte Costituzionale che nel 2019 ha disegnato i confini su cui definire l'intervento normativo».

**Cosa diceva?**

«Il suicidio assistito si può prevedere nei casi di una persona affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche, che trova assolutamente intollerabili, e la quale sia tenuta in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale. Ma che resti capace di prendere decisioni libere e consapevoli».

**Insomma, serve un compromesso?**

«Sì, perché in tanti ritengono che non sia necessaria alcuna legge e altri che frenano perché ritengono la norma insufficiente. Ma non possiamo permettere che una materia così delicata sia in balia del caos normativo. Non decidere significa accettarlo».

**Forza Italia non si allinea sempre alla maggioranza?**

«Molte materie prima di affermarsi in Parlamento debbono avere una loro maturazione. È necessario un dibattito. Un confronto anche lungo con le altre forze politiche».

**Ma sui diritti civili la destra non ci sente.**

«Troveremo delle sintesi, com'è sempre stato nel centrodestra, da trent'anni a questa parte. È stato così anche su fisco, economia e giustizia».

**Quanto incide Marina Berlusconi nella vita interna di Forza Italia?**

«Il cognome Berlusconi è scolpito nel simbolo di Forza Italia ed è

naturale che Marina Berlusconi nutra per Forza Italia attenzione e affetto, visti i valori liberali su cui il partito è stato fondato».

**La conosce personalmente?**  
«No, non ci siamo mai incontrati».

**Però lei è stato scelto come capogruppo per il nuovo corso.**  
«Ma non c'è nessun nuovo corso. Forza Italia, grazie a Silvio Berlusconi, è sempre stata attenta ai diritti, ai valori liberali, fin dal suo sorgere. Antonio Tajani lo ha ribadito continuamente, con il suo stile non gridato».

**Però anche i vostri propositi sullo lus scholae sono rimasti lettera morta.**

«Per fare delle riforme significative servono i tempi giusti. Non si ottengono con un emendamento. Non dall'oggi al domani».

**Marina Berlusconi ha incontrato Luca Zaia. Potrà un giorno entrare in Forza Italia?**

«Non mi risulta. Luca Zaia lo stimo da tempo. Ma è un dirigente della Lega. Trovo normale che si possano avere posizioni comuni su alcuni temi, del resto siamo alleati storici».

“Zaia è dirigente leghista. Normale che si possano condividere alcuni temi ma ciò non significa che lascerà il suo partito”

Il capogruppo alla Camera apre all'appello dei dem: “Lavoriamo a un testo con l'opposizione ora serve una sintesi”



L'antropizzazione e lo sfruttamento dell'ambiente ci espongono a rischi

## La sfida non è gestire i focolai Si deve lavorare per prevenirli

ANTONELLA VIOLA

**N**egli ultimi giorni il focolaio di hantavirus, identificato a bordo della nave MV Hondius, ha riacceso paure che riportano inevitabilmente alla memoria la pandemia da Covid-19. È comprensibile: si parla di un virus potenzialmente letale, di casi internazionali, di tracciamenti, di decessi. E, soprattutto, si parla del virus Andes, l'unico hantavirus per cui sia stata documentata una trasmissione da persona a persona. Ma proprio perché veniamo da anni in cui abbiamo imparato quanto velocemente possano diffondersi paura e disinformazione, è importante distinguere ciò che oggi rappresenta un elemento di preoccupazione reale da ciò che, invece, non giustifica allarmismi nella popolazione generale.

Ci sono certamente aspetti che meritano attenzione.

Il primo è che gli hantavirus sono virus a Rna e quindi, per loro natura, soggetti a evoluzione genetica. Questo non significa che il virus stia diventando più contagioso o più pericoloso e, al

momento, non esiste alcuna evidenza in questo senso. Significa però che le caratteristiche biologiche di un virus non sono immutabili e che la sorveglianza epidemiologica e genomica sono fondamentali.

Il secondo elemento riguarda la mortalità. Il virus Andes può causare una sindrome polmonare gravissima, con una letalità che nei focolai sudamericani è stata spesso superiore al 30 per cento. Se a questo si somma l'assenza di vaccini o terapie antivirali specifiche approvate, si comprende perché l'attenzione deve essere massima.

Detto questo, il rischio per la popolazione generale resta oggi molto basso. E lo è per precise ragioni epidemiologiche. Anzitutto, il virus Andes non si trasmette con la facilità di virus respiratori come influenza o Covid-19. La trasmissione interumana documentata richiede contatti stretti e prolungati, spesso in contesti familiari o di convivenza. Non parliamo quindi di un virus che si diffonde facilmente condividendo per pochi minuti

uno spazio chiuso o passando accanto a una persona infetta. Inoltre, il virus Andes non è un patogeno nuovo. Circola da decenni in forma endemica soprattutto in Argentina e Cile, dove si sono verificati anche focolai importanti. Eppure non abbiamo mai osservato una diffusione sostenuta nella popolazione, segno che la capacità di trasmissione del virus resta limitata. Ed è significativo che, almeno finora, non vi siano evidenze di contagio al di fuori della nave. Infine, è rassicurante osservare che la gestione del focolaio sia stata rapida. I contatti sono stati tracciati in più Paesi e in Italia i passeggeri che avevano condiviso il volo con una persona risultata positiva — e successivamente deceduta — sono stati immediatamente identificati, isolati e monitorati.

Che oggi il rischio per la popolazione generale sia considerato molto basso non significa che quanto sta accadendo sulla nave sia irrilevante. Significa però evitare due errori opposti e ugualmente pericolosi: sottovalutare un virus che merita attenzione scientifica oppure trasformare automaticamente ogni focolaio virale nell'annuncio di una nuova pandemia.



# LA STAMPA

C'è però una riflessione più ampia che questo focolaio ci impone. Le zoonosi — le malattie che passano dagli animali agli esseri umani — non sono eventi imprevedibili o eccezionali. La crescente antropizzazione, la distruzione degli habitat naturali, l'avvicinamento forzato tra specie diverse e l'intensificarsi degli spostamenti globali aumentano inevitabilmente le occasioni di spillover, cioè di salto di specie dei patogeni. Finora abbiamo affron-

tato questi fenomeni soprattutto come emergenze da contenere una volta comparse. Ma è evidente che la vera sfida sarà investire molto di più nella prevenzione degli spillover: sorveglianza epidemiologica e veterinaria, monitoraggio degli ecosistemi, riduzione delle occasioni di contatto ad alto rischio con la fauna selvatica. Perché il problema non è soltanto come rispondere al prossimo focolaio, ma come ridurre

le condizioni che rendono questi salti di specie sempre più probabili. —

Questo virus muta ma non esiste alcuna evidenza che divenga più pericoloso

Due errori da evitare  
Sottovalutare la situazione o annunciare pandemie



**Il rimpatrio**  
Passeggeri americani della nave Hondius vengono sbarcati nel porto di Granadilla de Abona (Tenerife, Spagna)



L'ESPERTO

Rezza: giuste precauzioni  
ma non è il contagio Covid

di **MICHELE BOCCI**  
a pagina 13



# Rezza “Giusto cautelarsi contagio più difficile ma la malattia è letale”

L'infettivologo era  
uno degli esperti  
in prima linea durante  
l'ultima pandemia:  
“Stavolta il rischio è basso”

di **MICHELE BOCCI**

**G**iovanni Rezza è professore di Igiene al San Raffaele di Milano. Per anni ha guidato le Malattie infettive dell'Istituto superiore di sanità, prima di diventare il capo della Prevenzione del ministero alla Salute. È infettivologo ed epidemiologo ed è stato tra coloro che hanno deciso come affrontare la pandemia del coronavirus.

**La decisione di isolare quattro persone in Italia è preoccupante?**

«No, perché sono tutte asintomatiche, sane e sembra che non abbiano avuto contatti stretti e prolungati con la persona malata, rimasta a bordo pochi minuti. Le misure sono giuste, ispirate alla massima precauzione. In generale il rischio globale legato all'Hantavirus rimane molto basso».

**Non c'è il rischio di un'altra pandemia come con il Covid?**

«Molto probabilmente no, in

quanto non è stata dimostrata la trasmissione pre sintomatica e inoltre essendo l'Hantavirus molto aggressivo i malati vengono facilmente identificati e isolati. Non sono quindi in grado di trasmettere l'infezione, che tra l'altro fatica di più a passare da una persona all'altra».

**Quando avviene la trasmissione dell'Hantavirus da uomo a uomo?**

«Ci sono pochi studi disponibili, visto che negli anni passati abbiamo osservato solo un paio di focolai in Argentina,



dove c'è stata trasmissione inter umana. Però va ricordato sempre che le epidemie sono state contenute con misure di sanità pubblica, come appunto l'isolamento».

### Chi trasmette il virus?

«Secondo quanto riportano i Cdc di Atlanta sembrerebbe che solo coloro che hanno i sintomi, nelle prime fasi della malattia, contagerebbero altre persone. Soprattutto in presenza di quelli che vengono definiti super spreader, cioè super diffusori, persone più contagiose di altre».

### Potrebbe esserci stato un superspreader sulla nave Mv Hondius?

«È compatibile con la distribuzione dei tempi di incubazione, in quanto il primo caso avrebbe sviluppato i

sintomi verso la fine della prima settimana di aprile, gli altri casi tra l'ultima settimana di aprile e la prima di maggio. Si è creata una condizione un po' unica: una persona già infetta è salita a bordo di una nave, cioè dentro un ambiente chiuso e affollato in cui sono frequenti i contatti ravvicinati e prolungati. La trasmissione del virus avviene per via respiratoria».

### Normalmente quanto è lunga l'incubazione della malattia?

«La durata è variabile, addirittura è stato riportato un periodo di 42 giorni, però nella maggior parte dei casi è compresa tra le due e le quattro settimane».

### Quanti tipi di Hantavirus ci sono?

«Abbiamo quelli europei, che danno sindromi renali con una letalità dall'1 al 10%, e quelli americani, come in questo caso, che invece danno sindromi polmonari gravi con una letalità superiore al 30%. L'Hantavirus con cui abbiamo a che fare adesso viene chiamato Andes, ed è l'unico per il quale sia stata dimostrata una trasmissione inter umana. Gli altri non riescono a passare da una persona all'altra». — **MI.BO.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

### L'ESPERTO



Giovanni Rezza, infettivologo, in prima linea durante l'epidemia di Covid



EPA/ELTON MONTEIRO



## Le ragioni del pericolo

di **ROBERTO BURIONI**

**A** fine marzo un ornitologo olandese si reca in una discarica di Ushuaia, all'estremo Sud dell'Argentina. Pare che voglia osservare un uccello rarissimo, il caracara dalla gola

bianca. Ma in discarica non c'è solo il caracara. Ci sono pure dei topi che lo contagiano con un hantavirus: sono virus che si trasmettono dal topo all'uomo.

→ a pagina 16

# Le ragioni del pericolo

di **ROBERTO BURIONI**

**A** fine marzo un ornitologo olandese si reca in una discarica di Ushuaia, all'estremo Sud dell'Argentina. Pare che voglia osservare un uccello rarissimo, il caracara dalla gola bianca. Ma in discarica non c'è solo il caracara. Ci sono pure – come in tutte le discariche – dei topi che lo contagiano con un hantavirus: sono virus che si trasmettono dal topo all'uomo causando una malattia molto grave. Di solito le persone infettate non trasmettono ad altri la malattia, con una sola eccezione: l'hanavirus delle Ande. Ed è proprio questo virus quello che contagia l'ornitologo, che il primo aprile si imbarca nella nave Hondius che parte dall'Argentina per fare rotta verso Capo Verde. Purtroppo le cose si mettono male, l'ornitologo si ammala e l'11 aprile muore a bordo. La nave prosegue la sua navigazione fino a Sant'Elena, dove viene commessa una gravissima imprudenza: oltre alla salma, viene sbarcata anche la moglie dell'ornitologo, che divideva la cabina con lui. La signora sta già male, è febbricitante, ma nonostante questo si imbarca, insieme ad altre decine di persone, su un volo per Johannesburg, dove sale su un secondo volo per Amsterdam. Le hostess si accorgono che la signora sta malissimo, la fanno scendere dall'aereo. Muore la mattina dopo.

La nave continua il suo viaggio, altri passeggeri si ammalano, una signora tedesca muore: a oggi, oltre ai tre morti, si contano altri tre casi confermati di infezione da virus delle Ande. La nave è arrivata oggi a Tenerife e i passeggeri sono sbarcati.

Cosa dobbiamo temere? Prima di tutto dobbiamo preoccuparci del fatto che il virus non si diffonda. In questi giorni avrete letto ovunque che il contagio è molto difficile, ma dovete tenere presente due cose. La prima è che la nostra conoscenza del virus deriva soprattutto dall'osservazione di un episodio epidemico che ha interessato 34 persone (con 11 morti) avvenuto in un paese di circa 3000 abitanti nell'Argentina rurale. Dunque del virus delle Ande sappiamo molto poco, e non sappiamo quanto quel poco sia trasferibile a contesti differenti. In secondo luogo i virus mutano, e possono diventare più contagiosi. Per cui bisogna

sempre usare la massima precauzione.

Il virus può essere stato trasmesso ai contatti. Sono i passeggeri della nave che sono sbarcati oggi, i passeggeri dell'aereo che ha trasportato la signora malata da Sant'Elena a Johannesburg e quelli presenti nell'aereo diretto ad Amsterdam dove la malata era salita e dal quale è stata fatta scendere. Tutti questi individui devono essere isolati e controllati, perché il virus delle Ande può avere un'incubazione che arriva fino a quasi 50 giorni. Questo è cruciale, perché i virus sono facili da fermare all'inizio, ma impossibili da arrestare quando si sono diffusi. Se tra due mesi nessuno sarà risultato positivo al virus, potremo tirare un sospiro di sollievo e ritenere chiusa questa brutta storia.

Rimarrà in ogni caso valida una lezione molto importante: prima di tutto dobbiamo accettare il fatto che i virus ci minacciano, gli attacchi arrivano sempre da dove meno ce lo aspettiamo e continueranno ad esserci nel futuro. Un poco come i terremoti: sappiamo che ci saranno, ma non possiamo prevedere dove e quando avverranno e quanto saranno distruttivi: per questo costruiamo edifici antisismici. Con i virus dobbiamo comportarci in maniera identica: mettere a punto piani di reazione precisi e condivisi da tutti i paesi, perché è inutile mettere in quarantena a Madrid se ad Amsterdam il paziente a rischio gira tranquillamente per la città. Dobbiamo anche stabilire regole di comportamento rigorosissime, perché se un signore muore per motivi ignoti e anche la moglie si ammala questa non sia fatta scendere dalla nave dove si trova e imbarcata in un aereo, ma isolata e curata.

Infine, dobbiamo capire che il mondo non è quello dei film di Walt Disney, con Bambi il cerbiatto e l'orso Baloo. Nel mondo reale chi ama per davvero la natura deve stare il più lontano possibile dagli animali selvatici. Questo sia per il bene nostro, sia per il bene loro perché i contatti tra noi e loro possono solo portare guai, in entrambe le direzioni.



Il focolaio che ci interroga

## LA PREVENZIONE È SICUREZZA

WALTER RICCIARDI

Un focolaio di hantavirus a bordo di una nave da crociera basta, da solo, a riportarci bruscamente dentro una verità che troppo spesso dimentichiamo: i microbi non vanno mai in vacanza. Mentre il mondo prova a lasciarsi alle spalle gli anni della pandemia da Covid-19 e mentre l'opinione pubblica sembra oscillare tra stanchezza e rimozione rispetto ai temi della salute pubblica, episodi come questo ci ricordano che la convivenza

con agenti patogeni emergenti è ormai una condizione strutturale della nostra epoca.

Le navi da crociera rappresentano in modo quasi simbolico la contemporaneità: migliaia di persone provenienti da Paesi diversi, spazi condivisi, mobilità continua, filiere alimentari globali, ambienti chiusi, interazioni incessanti. In altre parole, il contesto ideale perché un microrganismo trovi opportunità di diffusione. Non è un caso che proprio le crociere siano diventate, negli ultimi anni, una sorta di laboratorio epidemiologico galleggiante. È successo con il Covid, succede regolarmente con norovirus e infezioni gastrointestinali,

può accadere con agenti meno noti ma potenzialmente molto pericolosi come gli hantavirus.

Questi virus, trasmessi principalmente attraverso roditori infetti e le loro escrezioni, rappresentano un esempio perfetto di quanto il confine tra ambiente, salute animale e salute umana sia fragile e permeabile. Non siamo di fronte soltanto a un problema sanitario. Siamo davanti a una questione ecologica, climatica, sociale e perfino economica.

*...continua a pagina 18*

## LA PREVENZIONE È SICUREZZA

Negli ultimi decenni l'umanità ha accelerato processi che aumentano enormemente il rischio di spillover, cioè il salto di specie dei patogeni: urbanizzazione incontrollata, distruzione degli habitat naturali, cambiamenti climatici, intensificazione degli allevamenti, pressione sugli ecosistemi, ipermobilità globale. Ogni alterazione degli equilibri ambientali modifica anche gli equilibri microbiologici. E i microbi, a differenza delle società umane, si adattano con impressionante rapidità.

L'illusione che la medicina contemporanea possa controllare tutto è stata già smentita più volte dalla storia recente. Gli antibiotici hanno rivoluzionato la vita moderna, ma l'antimicrobico-resistenza è ormai considerata una delle principali minacce sanitarie mondiali. I vaccini hanno salvato milioni di vite, ma la disinformazione e il calo delle coperture vaccinali stanno favorendo il ritorno di malattie che sembravano sotto controllo. Nuovi virus emergono in aree remote e nel giro di poche ore possono raggiungere ogni continente grazie alle reti del trasporto globale.

Per questo la prevenzione non può essere considerata una voce accessoria della spesa pubblica, sacrificabile nei momenti di difficoltà economica. La prevenzione è infrastruttura strategica. È sicurezza nazionale. È resilienza sociale. Eppure continuiamo spesso a investire più nella gestione dell'emergenza che nella costruzione della capacità preventiva. La logica dominante resta reattiva: ci si mobilita quando il problema esplose, quando il pronto soccorso si riempiono, quando i mercati si fermano, quando cresce la paura collettiva. Ma la vera sfida sanitaria

del XXI secolo richiede esattamente il contrario: anticipazione, sorveglianza, monitoraggio continuo, cultura della prevenzione diffusa.

Significa rafforzare la sanità territoriale e i sistemi epidemiologici. Significa investire nella ricerca sui patogeni emergenti. Significa integrare salute umana, salute animale e salute ambientale secondo l'approccio "One Health", che ormai non rappresenta più una teoria accademica ma una necessità concreta. Significa anche costruire cittadini consapevoli, capaci di comprendere che i comportamenti individuali hanno conseguenze collettive.

Il caso dell'hantavirus sulla nave da crociera mostra inoltre quanto sia cruciale la gestione degli ambienti condivisi: qualità dell'aria, igiene, controllo delle infestazioni, protocolli sanitari, rapidità di identificazione dei casi sospetti. Temi che troppo spesso vengono percepiti come meri adempimenti burocratici e non come pilastri della salute pubblica.

Esiste poi un altro rischio, forse meno visibile ma altrettanto pericoloso: l'assuefazione. Dopo anni segnati dalla pandemia, molte persone tendono a rifiutare qualsiasi discorso sulla prevenzione perché associato a restrizioni, paura o stanchezza emotiva. Ma abbassare la guardia sarebbe un errore grave. I microbi non seguono il calendario politico né gli umori dell'opinione pubblica. Continuano a evolvere



si, mutare, adattarsi.

La lezione più importante è forse questa: la salute globale è diventata un equilibrio dinamico e fragile. Non esistono più confini netti tra locale e globale, tra ambiente e medicina, tra prevenzione e sicurezza economica. Un roditore infetto in un porto, una falla nei controlli sanitari, una sottovalutazione iniziale possono trasformarsi rapidamente in un problema internazionale.

Per questo ogni focolaio, anche quando circoscritto, dovrebbe essere letto come un campa-

nello d'allarme e non come un incidente isolato. La vera modernità non consiste nel convincersi di essere invulnerabili grazie alla tecnologia. Consiste nel riconoscere la complessità biologica del mondo in cui viviamo e nell'organizzarci per convivere con responsabilità, intelligenza e prudenza.

Perché la prevenzione, spesso invisibile quando funziona, resta la più grande innovazione sanitaria mai inventata dall'uomo.

**Walter Ricciardi**



Servizio Le indicazioni dell'Iss

## Hantavirus: sintomi, contagio, cure e come proteggersi

Colpiscono raramente gli esseri umani, ma possono causare gravi complicazioni e spesso la morte. La trasmissione del virus avviene prevalentemente tramite il contatto con roditori infetti

*di Pietro Menzani*

8 maggio 2026

Dopo lo scoppio di un focolaio di hantavirus delle Ande a bordo della nave da crociera Mv Hondius, il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ecdc) ha rassicurato la popolazione: il virus non si trasmette facilmente e il rischio di contagio è molto basso. Nonostante l'infezione abbia causato la morte di tre passeggeri della nave - una coppia di turisti olandesi che si era imbarcata a Ushuaia, in Argentina, e una donna tedesca - e il contagio di sette persone, l'Organizzazione mondiale della sanità ha precisato che non si prevede lo scoppio di una pandemia. In Italia al momento non risultano segnalazioni di casi umani sul territorio nazionale, ma l'Istituto superiore di sanità ha pubblicato alcune indicazioni per sensibilizzare i cittadini sul tema e prevenire la diffusione del virus.

### Cosa sono gli hantavirus

L'Iss spiega che gli hantavirus sono virus zoonotici e che solo raramente colpiscono gli esseri umani: le infezioni sono infatti relativamente rare a livello globale. Tuttavia, la situazione richiede grande prudenza dato che la patologia - che varia a seconda del tipo di virus e dell'area geografica - nell'uomo può portare a gravi complicazioni e spesso alla morte. Inoltre, al momento non esiste un trattamento specifico per curare la malattia nè un vaccino per prevenire il contagio.

Tra le specie di orthohantavirus che causano malattie negli esseri umani figurano i virus Andes (Andv) e Sin Nombre (Snv) nelle Americhe e i virus Puumala e Dobrava in Europa. Se nelle Americhe il virus attacca principalmente polmoni e cuore, provocando la sindrome cardiopolmonare da hantavirus (Hcps), in Asia e in Europa è noto per colpire reni e vasi sanguigni, scatenando la febbre emorragica con sindrome renale (Hfrs).

Nella regione europea i dati sulla diffusione degli hantavirus sono rassicuranti: nel 2023 sono state riscontrate 1.885 infezioni da hantavirus (0,4 per 100.000), il tasso più basso registrato tra il 2019 e il 2023. In Asia orientale l'Hfrs colpisce migliaia di persone ogni anno, anche se i contagi sono in calo negli ultimi decenni. Nelle Americhe, invece, l'anno scorso otto paesi hanno segnalato 229 casi e 59 decessi, con un tasso di letalità del 25,7%.

### Come si contrae il virus?

L'infezione da Hantavirus negli esseri umani non è molto comune. Il contagio può verificarsi a causa del contatto con feci, urine, saliva di roditori infetti o con superfici contaminate. Proprio per

questa ragione le possibilità di contrarre il virus aumentano in ambienti rurali, come foreste, campi e fattorie.

L'Iss segnala che la contrazione del virus è più frequente durante attività come la pulizia di edifici infestati da roditori. La trasmissione interumana non è frequente ma, in contesti comunitari che prevedono contatti stretti e prolungati, è stata segnalata una limitata trasmissione interumana della sindrome polmonare da ipersensibilità (Hps). Al momento, solo il virus Andes, diffuso in modo particolare in Cile e Argentina, è stato trasmesso da essere umano a essere umano.

### **I sintomi e le precauzioni da prendere**

Mal di testa, vertigini, brividi, febbre, mialgia e problemi gastrointestinali, come nausea, vomito, diarrea e dolore addominale, seguiti da improvvisa difficoltà respiratoria e ipotensione sono i sintomi ricorrenti della sindrome da hantavirus umano (Hps) e si manifestano in genere da 2 a 4 settimane dopo l'esposizione iniziale al virus. Segni dell'infezione possono però comparire già dopo una settimana e fino a otto settimane dopo l'esposizione.

Secondo le indicazioni fornite dall'Iss, per ridurre il rischio di contrarre il virus è cruciale limitare al massimo il contatto tra persone e roditori. Tra le precauzioni consigliate figura la pulizia degli ambienti domestici e dei luoghi di lavoro, riducendo la presenza di fonti di cibo e rifugi per i topi.

È fondamentale poi lavare con cura le mani dopo ogni attività a rischio o contatti con materiali potenzialmente contaminati. Risulta infine necessario conservare alimenti e rifiuti in contenitori chiusi e protetti e sigillare i punti di accesso per i roditori negli edifici.

### **Le terapie e il possibile vaccino**

L'Iss sottolinea come non esista un trattamento antivirale specifico autorizzato o un vaccino contro l'infezione, la terapia è di supporto e si concentra su un attento monitoraggio clinico e sulla gestione delle complicanze respiratorie, cardiache e renali. L'accesso precoce alla terapia intensiva, quando clinicamente indicato, migliora gli esiti, in particolare per i pazienti con sindrome cardiopolmonare.

La rivista Nature fa sapere come la ricerca di un vaccino contro gli hantavirus è iniziata almeno 30 anni fa e da allora sono stati individuati candidati vaccini anche contro il ceppo Andes responsabile dei casi a bordo della nave da crociera Mv Hondius. Per uno di essi c'è stata una sperimentazione clinica di fase 1, ossia un test condotto su un piccolo numero di persone per verificare la sicurezza.



L'intervista a **ROY DE VITA**

# «Ricostruire un seno aiuta a cancellare il ricordo del tumore»

«La chirurgia estetica cambia l'autostima, non la vita  
E non ci si opera perché un matrimonio è finito male»

Roy De Vita, 68 anni, è uno dei più noti chirurghi plastici italiani. Nato a Napoli, si è laureato in Medicina nel 1981 e si è formato anche all'estero, al Queen Victoria Hospital di East Grinstead, in Inghilterra. È primario della Chirurgia plastica e ricostruttiva dell'Istituto nazionale tumori "Regina Elena" di Roma, dove si occupa in particolare di ricostruzione mammaria post-oncologica e di chirurgia ricostruttiva complessa. La sua attività pubblica lo ha reso un volto riconoscibile anche fuori dall'ambiente medico, tra tv e divulgazione. Nel 2025 è stato indicato come presidente di Icopras, nuova società dedicata alla chirurgia plastica

Guido Boffo

**P**rofessore Roy De Vita, i chirurghi plastici di solito vengono associati agli interventi estetici. Ma il vostro campo è più largo.

«Se fossi un'azienda, la ricostruzione mammaria è quella che definirei il mio core-business. Da 24 anni sono primario all'Istituto Nazionale dei Tumori di Roma, il Regina Elena. Il mio reparto si occupa della fase post-oncologica e

lavora in raccordo con varie specializzazioni, compresa l'ortopedia. Ma la gran parte dei casi su cui interveniamo riguardano la mammella».

**Come si è evoluta la chirurgia ricostruttiva?**

«In maniera spaventosa. Lei consideri che io mi sono laureato nel 1981. Quando ho cominciato, le ricostruzioni erano terribili. Si facevano con dei dispositivi approssimativi, che non permettevano una definizione accurata del solco sottomammario. Le mastectomie erano aggressive: veniva portato via tutto. Negli anni sono cambiate innanzitutto le tecniche demolitive. Sono migliorati i device e ormai i risultati sono assimilabili a quelli della chirurgia estetica».

**Angelina Jolie è stata una testimonianza inaspettata.**

«Lei ha portato alla conoscenza del grande pubblico uno screening che esisteva da diversi anni, l'analisi genetica per capire se esiste una predisposizione all'insorgenza di tumori. In passato, se una paziente come Angelina Jolie veniva a fare un intervento di mastectomia preventiva, per noi chirurghi cominciava un incubo. Consideriamo l'approccio psicologico: la persona che sta bene, che non è malata, pretende un intervento solo migliorativo. Ma un tempo non potevamo garantirlo, bisognava mettere in conto un risultato estetico mediocre. Oggi, con le nuove tecniche, è cambiato tutto».

**E questo aiuta la prevenzione?**

«La parola prevenzione è profondamente sbagliata. Facciamo sorveglianza, non prevenzione. Controlliamo l'evoluzione dei tessuti nel tempo. Prevenzione ha insito il concetto che se mi faccio tutti i controlli, a me il tumore non viene. E mi creda, non sa quante volte ricevo pazienti sconcertate: "Ma perché? Mi sono sempre controllata". E meno male: proprio per questo abbiamo preso il tumore nella fase iniziale. Il professor Veronesi, al quale bisognerebbe intestare una piazza in ogni città d'Italia, ha fatto un'opera di sensibilizzazione straordinaria con le donne. Siamo il Paese leader per sopravvivenza a cinque anni, quasi il 90%, che è un numero straordinario. Purtroppo in ordine decrescente dal Nord al Centro e al Sud Italia».

**Nel caso della ricostruzione, prevale l'aspetto sanitario o quello estetico?**

«In un diagramma con le ascisse e le ordinate, mettendo sulle ordinate una percentuale da zero a 100 e sulle ascisse il tempo che passa, quando la paziente scopre di avere



il tumore al seno è interessata zero al risultato estetico e 100 al problema tumorale. Subentra la paura di morte imminente, bisogna sistemare le cose, i figli, il lavoro. C'è uno sconvolgimento totale, si va in confusione. Dopodiché si disinnescano la bomba, si fanno le terapie adiuvanti, nel caso chemioterapia, radioterapia, ma tutto il percorso termina in meno di un anno. E la vita ricomincia. La nostra mente è meravigliosa: stempera i cattivi ricordi e quel 100% comincia a calare. Contestualmente quello 0% comincia a salire. C'è un momento in cui queste due curve, quella che scende e quella che sale, si incontrano. Quel punto lo possiamo definire il momento del rimpianto, quando la paziente dice: perché non mi sono preoccupata del risultato estetico? Ottenere un buon risultato ricostruttivo significa poter cancellare il ricordo della malattia. Se hai una cicatrice deturpante, un seno asimmetrico, marcatamente asimmetrico, quel ricordo non si cancella».

## **Cosa la spinge a specializzarsi in chirurgia plastica?**

«Mi sono iscritto all'università nel 1975, un'epoca pionieristica. La chirurgia plastica la facevano in pochi. Mi piaceva Medicina e tra l'altro sono figlio di medico: papà era il primario del Santobono di Napoli, il più importante ospedale pediatrico del Meridione. Ma non ho mai pensato di seguire la sua carriera. La chirurgia plastica mi dava la sensazione di poter essere creativo. Mi spiego. Per andare da AaB in chirurgia generale, c'è quel determinato percorso, da lì non si scappa. Poi lo esegui bene, meno bene, molto bene, ma il percorso è quello. In chirurgia plastica non esiste un percorso dato, esiste quello che tu credi sia il miglior percorso secondo la tua esperienza e le caratteristiche anatomiche della paziente».

## **Qual è la sua reazione quando le pazienti si presentano con una foto?**

«Normalmente chi fa il mio mestiere dovrebbe essere anche un buon psicologo. Ai miei giovani collaboratori dico sempre: "Fate attenzione, voi conoscete 30 minuti della vita di questa persona, che magari ha 30-40 anni. E dovete avere rispetto di quello che non conoscete, cercare di colmare questa lacuna con la comunicazione non verbale: il modo di esprimersi, il modo di muoversi, il modo di vestire, gli accessori. Tutto questo fornisce al medico delle informazioni preziose. La paziente o il paziente che si presenta con

una foto, di solito, più che il naso di, vuole la vita di. Sono convinti che quella trasformazione possa cambiare magicamente la loro esistenza, ma questo non succede. Quello che succede, e che dovrebbe essere la motivazione che porta una persona a sottoporsi a un intervento estetico, è che puoi acquisire autostima, migliorare la percezione di te stesso, diventare più sicuro. Cambia il rapporto con il mondo. Ma la vita no, la vita non cambia con un intervento».

## **Interpretiamo: alcune pazienti avrebbero bisogno di uno psicologo prima che di un chirurgo estetico?**

«Se non hanno le idee chiare, quello è il percorso corretto. Adesso è il sociale, e un po' tutto il mondo della pubblicità, trasferiscono un modello che porta all'imitazione. Il concetto di bellezza è una convenzione. Ciò che è bello nel mondo occidentale, non è detto che sia bello dall'altra parte del globo. In India c'è una ricchezza di forme che da noi non è considerata sinonimo di bellezza».

## **Quando dice di no a un intervento estetico?**

«Quando le aspettative sono irrealistiche e la paziente ha delle motivazioni sbagliate. Se una paziente vuole rifarsi il seno perché il marito l'ha lasciata per una donna più giovane, non è una protesi a riportare indietro il marito. Non si opera per ripicca. Ci deve essere un'insoddisfazione nei confronti della propria immagine corporea, che è una cosa diversa. Purtroppo passa il messaggio che la chirurgia plastica sia come un supermercato. Dove si entra, si va allo scaffale con la merce che ci interessa, la si prende, si va alla cassa, si paga e si esce. Ma l'intervento estetico non è una banalità».

## **Le è mai capitato di avere una paziente delusa?**

«È successo, qualche volta inciampo anch'io. E quindi mi ritrovo con dei risultati meravigliosi che non vengono apprezzati. La colpa è mia che non ho trasferito bene le informazioni e non ho saputo riconoscere una paziente che cercava la luna nel pozzo».

## **Le pazienti sono sempre più giovani?**

«Quando ho cominciato, la paziente media che entrava nello studio del chirurgo plastico era un'over 50 non bella. Oggi è un'under 30 bella. Le faccio un esempio: provi a ricordare le ragazze che erano ai box della Formula 1 all'epoca di Hunt e Lauda. Non ce n'era una con il seno rifatto, nemmeno una.

Guardi le foto. Oggi tutte, al cento per cento. Sempre più spesso la diciottenne chiede un seno nuovo invece che l'automobile».

## **Lei viene etichettato come il "chirurgo dei Vip". Ma al Regina Elena è il chirurgo di tutti. Come vive questa duplice identità?**

«Siamo obbligati al doppio lavoro. Il mio stipendio di primario comparato con quello di un primario in Germania non è nemmeno uno a 12. In un anno prendo un po' meno di quello che lui guadagna in un mese. Io non ho mai fatto distinzioni tra pazienti, tra pubblico e privato, lo dico sinceramente. Vado oltre: anche se è evidente che nel mio intimo esiste una classifica di importanza e priorità, non faccio distinzione nemmeno tra chi viene da me per una ricostruzione post-tumorale e chi vuole sottoporsi a un intervento estetico. Perché il suo è il problema più importante del mondo e non va mai sminuito».

## **Lei è entrato giustamente in polemica con gli studi abusivi. Non crede che si cerchino scorciatoie anche perché la chirurgia estetica spesso ha costi proibitivi?**

«È indubbio che gli interventi di chirurgia estetica siano cari. Ma è la sanità a costare molto. In una struttura privata l'ammortamento degli strumenti ad alta tecnologia, l'assistenza, in generale la voce sicurezza del paziente, sono a carico degli utenti. Nella sanità pubblica, che diamo per scontata ma è una conquista straordinaria, il carico è distribuito su tutti i cittadini. Cambia la percezione dei costi, non i costi, che sono alti sempre. Ma c'è un altro fattore che pesa sul fenomeno dei ciarlatani. I social. Sono terrificanti. Attirano pazienti fragili, che pensano che il medico abbia lo status morale del prete missionario in Africa. Andrebbe vietata la pubblicità che magnifica certe tecniche, o quella focalizzata sui risparmi. Poi capita che la ragazza di vent'anni muoia. E questa è una tragedia della sanità pubblica».

## **Anche lei è molto attivo sui social.**

«Sì, e sono anche molto seguito.



Ma non parlo di chirurgia plastica, non pubblico foto prima e dopo gli interventi. Parlo di medicina e cerco di demistificare certi aspetti della scienza. Faccio un'operazione di debunking. Purtroppo si spaccia per scienza la mera ricerca di denaro».

**C'è vita anche fuori dalla sala operatoria e dai convegni?**

«C'è tanto sport. Da ragazzino facevo le gare di sci. A 18 anni ho superato gli esami da maestro e ho insegnato a Madonna di Campiglio. Ricordo ancora la prima domanda: "Ma perché fai il maestro, visto che sei di Napoli?"».

**E lei?**

«Risposi che stavo più spesso al Nord. Non volevo pregiudicare l'esame».

**Sciatore e golfista.**

«Tutti gli sciatori giocano a golf, è incredibile. Forse perché ti muovi nella natura, all'aria aperta. C'è un filo comune. È un gioco difficilissimo, che mi diverte da morire e mi fa anche un po' incazzare. Le cito una battuta piuttosto diffusa tra i praticanti: "Perché giochi a golf?

Perché non ho sufficienti frustrazioni a casa e sul lavoro"».

**Torn spesso a Napoli?**

«Purtroppo, non avendo più i miei genitori vivi, di rado. Ma ho la fortuna di avere il gruppone dei miei amici del liceo, con i quali facciamo un paio di riunioni all'anno. Mio figlio, che è nato a Roma, romanissimo, tifoso della Roma, ama Napoli. Ogni tanto prendiamo il treno veloce, siamo lì per mezzogiorno, mangiamo qualcosa, e alle quattro rientriamo. Il cibo è un legame forte. In questi anni ho preso lezioni da grandi chef, ma il mio mentore è Alfonso Iaccarino, due stelle Michelin. Lui usa gli ingredienti della mia terra».

**L'amore però l'ha trovato a Roma, la città adottiva. Dopo la storia con Nancy Brilli, da otto anni ha una nuova compagna.**

«È una produttrice cinematografica, Raffaella Leone, la figlia del grandissimo Sergio. Una compagna straordinaria. Lavora con registi del calibro di Paolo Genovese e Gabriele Muccino. In realtà ci conosciamo da tanti anni. Ci siamo

rincontrati perché suo figlio aveva avuto un incidente, e lei voleva farmi vedere una cicatrice».

**Se le chiedesse un intervento estetico, accetterebbe?**

«Lo farei, a patto che si tratti di un problematica che io riconosca. Opererei anche mio figlio, le dico la verità. Fa parte del bagaglio del chirurgo, tanto self control e zero emotività. Altrimenti è un casino. Mi hanno chiesto interventi amici, parenti. E persino ex fidanzate».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**IN STUDIO NON BUSSANO PIÙ LE OVER 50 MA LE UNDER 30. LE RAGAZZE AI BOX DI LAUDA NON ERANO RIFATTE. OGGI TUTTE, AL 100 PER CENTO DEVO FARE DUE LAVORI IL MIO STIPENDIO DA PRIMARIO È 1/12 DI UN COLLEGA TEDESCO CONTRO I CIARLATANI LIMITI AI SOCIAL**



A sinistra Roy De Vita in versione chef. Al centro con la compagna Raffaella Leone: insieme da 8 anni. Sopra sulle piste da sci



Dir. Resp.: Luciano Fontana

# «L'omega 3 aiuta le cure tumorali Con Airc la ricerca su 360 pazienti»

## L'oncologa Benedetta Conte. Domani in piazza per le azalee

di **Margherita De Bac**

**Benedetta Conte, è appena partito uno studio clinico finanziato da Airc su 360 donne con tumore al seno, in procinto di essere operate. Cosa volete dimostrare?**

«Che attività fisica e alimentazione a base di acidi grassi sani, come specifici omega 3, aumentano l'efficacia di chemioterapia e farmaci biologici nelle pazienti con tumore al seno prima della chirurgia».

**Non si sapeva?**

«No, non si conoscono i vantaggi su chi ha la malattia. È noto che esistono benefici dal punto di vista cardiovascolare e a livello di prevenzione dei tumori. La nostra è un'ipotesi diversa. L'integrazione di questi acidi grassi e l'attività fisica potrebbero favorire una

migliore risposta delle cure prima dell'intervento».

**Parteciperà alla vendita delle 600mila azalee della Fondazione Airc, domani in 4 mila piazze italiane?**

«Certo, sarò all'ospedale Maggiore della Carità di Novara per sostenere la ricerca sui tumori che colpiscono le donne».

**Cosa sono gli acidi grassi sani?**

«Sono specifici acidi grassi, soprattutto omega 3, associati a effetti antinfiammatori, noti per gli effetti benefici sulla salute. Si trovano nel pesce, ad esempio il salmone, noci, semi di lino, verdure. Nel nostro studio utilizziamo integratori per bocca».

**L'alimentazione come risorsa.**

«È importantissima ma non è detto che seguire questo schema possa essere sufficiente per correggere il metabolismo».

**Lo studio clinico è partito a**

**Novara, dove lei lavora, e verrà allargato al San Martino di Genova, all'Istituto oncologico veneto di Padova e all'azienda ospedaliera pisana, su pazienti donne con tumori aggressivi ma curabili e una prognosi complicata. Come è nato il progetto?**

«Sono arrivata a Novara a settembre di due anni fa e ho avuto la fortuna di lavorare in laboratorio con la professoressa Alessandra Gennari, mia mentore. Già le analisi confermano che le pazienti con alti livelli di acidi grassi sani nel sangue rispondevano meglio alle cure oncologiche».

**Come verranno seguite le partecipanti?**

Seguiranno una dieta standard basata sulle indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della sanità. In aggiunta, un gruppo di pazienti riceverà gli integratori, e un altro gruppo sarà allenato da un personal trainer online. Esercizi misti a corpo libero di equilibrio, re-

sistenza e aerobici potrebbero influenzare la risposta alle terapie.

**L'oncologia è sempre stata un suo obiettivo?**

Cresciuta a Pisa, ho studiato a Pavia. Sentivo che avrei finito per occuparmi di tumori però sulle prime ho voluto fare il bastian contrario e dissociarmi da padre, zio e fratello, tutti medici. Fan sfegatata di Dante e Divina Commedia, mi iscrissi a lettere. Dopo un anno però mi resi conto che la mia strada non era quella.

**Come oncologa ha lavorato al San Martino, a Barcellona e infine ha vinto un posto da ricercatrice a Novara.**

«Sono stata fortunata perché intanto sono rientrata in Italia con uno stipendio garantito dal Pnrr. Poi è arrivata Airc per sostenere il progetto».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**La campagna**  
L'Airc domani, in occasione della festa della mamma, sarà nelle piazze italiane con la raccolta fondi «L'Azalea per la ricerca»



**Scienziata**  
Benedetta Conte, ricercatrice in Oncologia all'Università del Piemonte Orientale (Novara)





Servizio La testimonianza

## **Io, sopravvissuta al tumore, vi spiego perché è fondamentale sostenere la scienza**

Consiglio di affidarsi e fidarsi della ricerca e dei medici: io ne ho toccato con mano il valore riconoscendo l'importanza di essere in un sistema sanitario che garantisce accesso a cure innovative, che dal laboratorio arrivano al letto del paziente

*di Paola Roberta Boscolo \**

8 maggio 2026

Per anni ho costruito la mia vita tra studio, lavoro, viaggi e sport. Insegno in un'università milanese e mi occupo di innovazione nel settore Scienze della vita. Dopo tanta dedizione e perseveranza, pensavo di avere tutto sotto controllo e di poter finalmente iniziare a progettare il futuro. Poi, nel 2024, è arrivata una diagnosi che ha rimesso tutto in discussione: leucemia mieloide acuta.

Ancora oggi fatico a crederci, soprattutto perché non avevo alcun sintomo evidente. È proprio in momenti come questi che capisci davvero il valore della scienza e quanto il lavoro di medici e ricercatori possa aprire nuove possibilità, e nuova vita. Pur nella complessità, mi ritengo molto fortunata.

Non dimenticherò mai quel momento. Insieme alla paura e all'incredulità, ho provato una lucidità fortissima. Ho sentito il bisogno urgente di avere accanto le persone che amo e di dire ad alta voce ciò che forse avevo tenuto dentro troppo a lungo. Il ricovero era immediato, ma chiesi due giorni per organizzarmi e stare un po' in famiglia. Lo dissi a pochissimi, avvisai i colleghi più stretti, il mio parrucchiere che mi aiutò con un taglio a caschetto, e alcuni amici che invitai per un aperitivo difficile da dimenticare. Chiesi loro di starmi vicino, sentivo che avrei avuto bisogno della loro energia e non potevo immaginare quanto sostegno e amore avrei ricevuto.

Lasciare tutto è stato difficilissimo. Ma in ospedale ho trovato una seconda famiglia e nuovi modi per relazionarmi con il mondo fuori dalla mia bolla. È stato anche uno spazio per fermarmi, guardarmi dentro e capire cosa conta davvero. Quando ti ritrovi spogliata di tutto, parli di te con più sincerità e crei legami profondi, anche con i compagni di stanza, con infermieri e medici. Relazioni che oggi considero speciali.

Non esiste una ricetta per affrontare tutto questo, e a volte mi chiedo ancora come sia riuscita a vivere bene quel periodo. Ho costruito una mia routine: una cyclette, libri, musica, disegno, e lunghe liste di tutto ciò che avrei voluto fare una volta uscita. Ho continuato a lavorare nella mia stanzetta, seguendo studenti e progetti da remoto quando possibile. Restare attiva mi ha dato molta forza. Non volevo rinunciare alla mia vita: volevo viverla, se possibile, ancora più intensamente.

Sono stata seguita dall'équipe del Prof. Ciceri dell'Ospedale San Raffaele di Milano e in particolare dal Prof. Luca Vago: il suo lavoro, sostenuto dall'Associazione italiana per la ricerca sul cancro-AIRC, si concentra sulla leucemia e su come prevenire le recidive dopo il trapianto di midollo, rendendo le cure sempre più efficaci. Ho iniziato il percorso a marzo, fino ad arrivare al trapianto a fine luglio del 2024. Prima dell'ultimo ricovero mi è stata concessa una settimana di libertà: ho cercato di viverla al massimo, in bici, al mare, e in montagna. Non sarò mai abbastanza grata a chi mi è stato accanto in quei momenti, rendendo speciale un periodo così difficile.

Dopo il trapianto e le dimissioni, l'adrenalina è scesa lasciando spazio alle incertezze della ripresa. Un percorso lungo, complesso, fatto anche di molte restrizioni. Ma è passato anche quello. È finita l'immunosoppressione e, poco alla volta, ho ricostruito le mie abitudini scoprendone di nuove.

Questi ultimi due anni mi hanno travolta, ma oggi guardo la vita con occhi diversi: più consapevoli, più attenti a ciò che conta davvero, e spesso anche più felici. Raccontare la mia storia mi suscita ancora tante emozioni, ma spero possa dare coraggio a chi sta affrontando sfide simili, ai pazienti e alle loro famiglie. Consiglio di affidarsi e fidarsi della ricerca e dei medici. Io ne ho toccato con mano il valore, riconoscendo l'importanza di essere in un sistema sanitario che garantisce accesso a cure innovative, che dal laboratorio arrivano al letto del paziente.

L'Azalea della Ricerca di Fondazione AIRC è molto più di un'iniziativa simbolica: sostiene concretamente la ricerca e aiuta a diffondere consapevolezza. Raccontare i progressi scientifici e promuovere prevenzione e corretti stili di vita è fondamentale. Domenica 10 maggio, per la Festa della Mamma, scendiamo insieme in piazza: anche un gesto semplice può contribuire a costruire un futuro sempre più libero dal cancro.

*\* Testimonial Airc*

# Ora c'è Lucy che ripara la retina

## L'asse tra Banca degli Occhi e Usa

Contro la maculopatia i ricercatori di Mestre, insieme ai colleghi americani, hanno adottato il metodo del Nobel Yamanaka per lavorare in laboratorio cellule prelevate dal paziente e trasformarle in tessuto sano. Ponzin: «Recluteremo i primi dieci malati in tre ospedali italiani». In lizza l'Angelo e Negrar

**S**i chiama «Lucy» ed è il progetto portato in Italia dalla Fondazione Banca degli Occhi di Mestre, in collaborazione con il National Eye Institute interno al Dipartimento della Salute americano, per ridare la vista a chi soffre di degenerazione maculare. Una patologia che colpisce il 12,3% degli europei tra i 45 e gli 85 anni, è la prima causa di cecità nei Paesi occidentali e in Italia ha privato della vista 60mila persone. «Lucy» è uno studio clinico pionieristico che punta a bloccare la progressione della malattia e a invertire il danno.

Al centro della ricerca, che coinvolgerà tre ospedali italiani scelti dal ministero della Salute (oltre all'Angelo di Mestre è candidato l'Irccs «Sacro Cuore Don Calabria» di Negrar con il primario di Oculistica Grazia Pertile, luminare nel trattamento della retina), c'è il metodo adottato dall'équipe Usa guidata dall'esperto mondiale Kapil Barthi. Gli scienziati prelevano le cellule del sangue dal paziente per lavorarle in laboratorio e ricondurle allo stadio di staminali pluripotenti indifferenziate, simile a quello embrionale, nel quale possono dare origine a qualsiasi tipo di cellule. A quel punto vengono riprogrammate a diventare cellule dell'epitelio pigmentato retinico, cioè lo strato della retina danneggiato dalla patologia, per rigenerarlo. Si tratta di una delle frontiere più complesse e ambiziose della ricerca, valse nel 2012 il

Premio Nobel al giapponese Shinya Yamanaka, autore di sperimentazioni cliniche volte a riprodurre staminali pluripotenti indotte e a riprogrammarle per risolvere danni patologici altrimenti irrimediabili.

«Non conosciamo ancora le cause della maculopatia, malattia della retina — spiega il dottor Diego Ponzin, presidente della Fondazione Banca degli Occhi — in quella di tipo secco le cellule della retina si degradano un po' alla volta e muoiono. Il primo ad ammalarsi è proprio l'epitelio pigmentato retinico, uno strato sottile di cellule di colore scuro che avvolgono l'occhio per concentrare la luce sulla retina ed evitarne la dispersione altrove. E tengono puliti i fotorecettori, i primi che si degradano. Abbiamo cominciato questi studi otto anni fa e Lucy è una sorta di atterraggio alla clinica — aggiunge Ponzin —. La nostra équipe ha sperimentato diversi metodi per creare in laboratorio strati di cellule dell'epitelio pigmentato retinico e queste ricerche sono confluite nei risultati raggiunti dai colleghi dell'NEI». Gli scienziati veneti hanno dunque contattato l'équipe americana, che ha già ottenuto dall'ente regolatore Fda di trapiantare nell'uomo le cellule prodotte in laboratorio. «Per abbattere i tempi della burocrazia e ottenere il miglior risultato ci siamo aggregati a loro con il nostro studio, il primo di settore in Italia — continua Ponzin —. Ricostrui-

amo l'epitelio pigmentato retinico e lo trapiantiamo nel paziente colpito da maculopatia. E l'aspetto fondamentale è che non lo rigetta, perché le cellule con le quali l'abbiamo creato in laboratorio sono le sue, è un trapianto autologo». In America la sperimentazione sui pazienti era partita nel 2020 a Bethesda, nel Maryland, prima della pandemia da Covid-19, e aveva ottenuto l'approvazione dell'Fda. Ora è ripresa e proseguirà con il contributo di specialisti e ospedali italiani ma nel frattempo diversi pazienti sono stati operati e «i risultati sono promettenti».

La Banca degli Occhi di Mestre ne arruolerà una decina nei tre ospedali selezionati dal ministero della Salute e conta di arrivare ai primi interventi tra il 2027 e il 2028. Entro l'anno va concluso l'iter burocratico. Conferma Stefano Ferrari, direttore della ricerca nella Fondazione: «Stiamo completando la fase di validazione del processo e l'iter di approvazione da parte degli enti competenti italiani, in modo da procedere con l'avvio dello studio clinico. Dovrà passare del tempo prima che l'utilizzo di cellule staminali pluripotenti indotte diventi una terapia consolidata, ma poter coinvolgere nel progetto Lucy un gruppo di centri ospedalieri italiani è un gran-



# CORRIERE IMPRESE NORDEST

de risultato». Anche perché con l'aumento dell'aspettativa di vita le percentuali dei soggetti colpiti da maculopatia sono destinate ad aumentare: nel 2040 le diagnosi in Europa potrebbero superare i 26 milioni.

Va ricordato che la Fondazione Banca degli Occhi figura tra le principali banche in Europa per la distribuzione di tessuti oculari per il trapianto ed è stata la prima al mondo a distribuire innesti di cellule staminali corneali epiteliali ricostruiti in vitro per il trattamento di patologie oculari

non curabili con il trapianto di cornea. Ora però bisogna trovare i 5 milioni di euro necessari a sostenere il progetto «Lucy». «Ci basiamo sul fundraising (raccolta fondi, ndr) tra i nostri sostenitori — annuncia Ponzin — in più abbiamo vinto un bando regionale. Insomma stiamo unendo gli sforzi ma qualsiasi imprenditore, cordata o azienda voglia dare un aiuto a questa ricerca ben vengano. Avrà visibilità e soddisfazione, visto l'obiettivo in gioco, che interessa la salute di tutti».

**Michela Nicolussi Moro**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La Fondazione Siamo chiudendo l'iter di approvazione da parte degli enti regolatori, vorremmo eseguire i primi interventi tra il 2027 e il 2028. Lo studio costa 5 milioni di euro, le imprese che ci aiutano avranno visibilità

# 12%

## Chi ne soffre

Il 12,3% degli europei tra i 45 e gli 85 anni soffre di maculopatia, prima causa di cecità in Occidente (in Italia ha privato della vista 60mila persone).

Nel 2040 le diagnosi potrebbero salire a 26 milioni

# 60%

## I trapianti di cornea

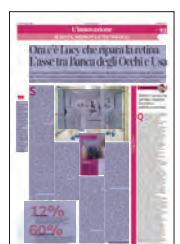
Il 60% di questi interventi eseguiti in Italia viene garantito dalla Banca degli Occhi di Mestre, che nel 2024 ha segnato il record storico della sua attività, con 6.993 tessuti oculari (cornee, sclere, membrana amniotica) processati

## Al lavoro



## L'équipe

Da sinistra Stefano Ferrari e Diego Ponzin di Banca degli Occhi, Kapil Bharti, Nilay Shah e Stefania D'Agostino (anche lei Banca Occhi)



L'ottava edizione del rapporto realizzato da Cittadinanzattiva insieme a Federfarma

# Farmacie, servizio di comunità

*Non solo farmaci: anche test, esami, supporto alla cronicità*

Pagina a cura

DI ANTONIO LONGO

**C**ambiano volto le farmacie italiane che, oltre alla vendita di medicinali, offrono anche servizi sanitari di prossimità. Infatti, tre farmacie su quattro dispongono di locali separati per erogare servizi specifici come test diagnostici rapidi (ad esempio, glicemia e colesterolo), offerti da quasi otto farmacie su dieci, mentre una farmacia su due somministra il vaccino antinfluenzale. Più di sette farmacie su dieci effettuano, inoltre, elettrocardiogrammi o monitoraggi con holter cardiaco e pressorio. Tutti servizi particolarmente apprezzati ma soprattutto dai cittadini che soffrono di malattie croniche.

È il quadro delineato in seno all'ottava edizione del rapporto sulla farmacia, realizzato da Cittadinanzattiva in collaborazione con Federfarma, che, nel prospettare l'evoluzione della farmacia di comunità, evidenzia come i presidi sul territorio rivestano un ruolo fondamentale sul fronte della prevenzione delle malattie più diffuse ed insidiose per la salute pubblica.

«Non si tratta più solo di aggiungere nuovi compiti alle farmacie ma di cambiare il modo in cui le consideriamo dentro il nostro sistema sanitario» osserva Anna Lisa Mandorino, segretaria generale di Cittadinanzattiva. «I dati dicono chiaramente che le farmacie fanno già molto di più rispetto al passato, adesso la vera sfida è fare in modo che lo Stato e le Regioni le integrino per davvero, eliminando le differenze tra città e zone isolate. La vera svolta ci sarà solo quando ogni cittadino potrà accedere a questi servizi in modo facile, uguale per tutti e consapevole. Dobbiamo spingere la politica a creare un modello che metta la farmacia al centro del territorio per pro-

teggere davvero il diritto alla salute di ognuno».

L'analisi della scelta della farmacia evidenzia un modello fortemente centrato sulla relazione fiduciaria che si conferma come principale driver di orientamento dei cittadini, pur all'interno di una progressiva integrazione con elementi di prossimità e accessibilità. L'81,7% dei cittadini dichiara, infatti, di scegliere sempre la stessa farmacia, il 13,7% non esprime una preferenza stabile e il 4,6% orienta la scelta sulla base dell'offerta di prodotti o servizi.

La fidelizzazione cresce con l'età, risultando più marcata tra gli over 65, mentre tra i più giovani si osserva una maggiore variabilità. Fra i cittadini con patologie croniche, il 43,9% sceglie sempre la stessa farmacia per la conoscenza delle proprie esigenze, rispetto al 36,6% dei cittadini senza patologie croniche.

**Si amplia il ventaglio di servizi offerti.** Dalla lettura del report si evince che il 74,6% delle farmacie coinvolte nella ricerca dispone di locali separati per l'erogazione dei servizi, il 12,8% utilizza spazi dedicati nello stesso ambiente, il 4,8% locali esterni, mentre l'11,8% non eroga servizi.

Le farmacie urbane risultano più attrezzate (77,4% con locali separati rispetto il 70,2% delle rurali), mentre nelle aree rurali è più elevata la quota di strutture che non offrono servizi (14,5% contro 10,1%). Gli esami rappresentano uno dei pilastri più solidi dell'offerta di servizi con il 78,9% delle farmacie che li eroga (81% nelle urbane e 75,7% nelle rurali). Ma solo il 19,4% dei cittadini dichiara di averne fatto uso, mentre il 74,3% non vi ha mai fatto ricorso.

L'utilizzo cresce tra i cittadini con patologie croniche (21,2% contro 17,4%) e con l'età, passando dall'11,8% tra i giovani al 24,7% nella fascia

51-63 anni. Nell'ambito della prevenzione tramite screening, il 76,8% delle farmacie partecipa alla campagna istituzionale per lo screening del colon-retto, mentre le iniziative rivolte all'individuazione dei fattori di rischio di patologie croniche, in particolare cardiovascolare, si attestano, rispettivamente, al 45,2% e al 40,4%.

Sul versante dei cittadini, il 27,7% dichiara di essere stato coinvolto in campagne di screening svolte in farmacia. Dato che aumenta nelle fasce adulte (39% tra i 51-63 anni) e appare maggiormente concentrato sui target clinici più pertinenti. In particolare, tra i 51-63 e i 64-74 anni si registrano livelli elevati di partecipazione agli screening per il colon-retto (rispettivamente 63,3% e 66,7%), accompagnati da una presenza significativa, seppur più contenuta, per le patologie cardiovascolari e metaboliche (fino al 30% per il cardiovascolare e al 26,2% per il diabete).

Nel caso delle vaccinazioni, l'offerta appare più disomogenea: il 48,8% delle farmacie eroga l'antinfluenzale e il 34,3% l'anti-Covid, mentre le altre vaccinazioni restano limitate all'8,9%. Il 30% dei cittadini si è vaccinato in farmacia per il Covid e il 16,9% con l'antinfluenzale. La conoscenza del servizio è elevata (solo il 2,3% e il 3,1% non ne è a conoscenza). La fruizione è maggiore tra i cittadini con patologie croniche (31,2% per l'anti-Covid e 18,5% per l'antinfluenzale) e nelle fasce di età più avanzate.

L'ambito della telemedicina rappresenta uno dei livelli più avanzati dell'offerta: l'Ecg è disponibile nel 77,4% delle



farmacie, l'holter cardiaco nel 73,4% e quello pressorio nel 72,4%, con differenze territoriali contenute. Il 21,4% dei cittadini intervistati ha effettuato un Ecg in farmacia, il 19,1% un holter pressorio e il 12,9% un holter cardiaco, mentre oltre il 70% non ha mai fatto ricorso a questi servizi. L'uso è concentrato tra i cittadini con patologie croniche (23,8% per holter pressorio rispetto al 13,7% dei senza cronicità; 19% contro 5,6% per l'holter cardiaco) e cresce con l'età: 28,6% (51-63 anni) e 26,7% (maggiore di 75 anni).

«Con Cittadinanzattiva, attraverso una collaborazione ormai storica, condividiamo un approccio comune che ha l'obiettivo di leggere in modo concreto i bisogni dei cittadini e l'evoluzione della farmacia sul territorio» aggiunge Marco Cossolo, presidente di Federfarma. «I dati di questa edizione confermano che la farmacia dei servizi è oggi una realtà riconosciuta sia a livello istituzionale, sia dai cittadini, che sempre più ne utilizzano le prestazioni. Occorre ora rendere questo modello pienamente operativo e omogeneo

su tutto il territorio nazionale, rafforzando la collaborazione soprattutto con i medici di medicina generale, per garantire un accesso equo e una risposta sempre più efficace ai bisogni di salute di tutti i cittadini, compresi coloro che vivono nelle aree più remote del paese».

Per rafforzare e sviluppare il ruolo delle farmacie, le indicazioni di policy che emergono dal rapporto riguardano, in particolare, la piena stabilizzazione della farmacia dei servizi all'interno del sistema sanitario nazionale, garantendo accesso uniforme e diritti esigibili su tutto il territorio, la valorizzazione del ruolo delle farmacie nelle aree interne, il rafforzamento della comunicazione sui farmaci equivalenti, investimenti sull'educazione sanitaria per qualificare l'automedicazione e contrastare la disinformazione, infine affrontare le carenze di farmaci con la collaborazione tra tutti i soggetti coinvolti.

**I farmaci equivalenti e la gestione delle carenze.** L'introduzione dei farmaci equivalenti in Italia risale alla metà degli anni Novanta

nell'ambito delle politiche di contenimento della spesa e di ampliamento dell'accesso alle terapie. In base agli esiti dell'indagine emerge che i farmacisti promuovono con convinzione i farmaci equivalenti, con circa otto su dieci che ne riconoscono il valore per la sostenibilità del sistema sanitario, tre su quattro il beneficio economico per le persone e oltre due su tre ne apprezzano l'impatto positivo sulla regolarità delle cure.

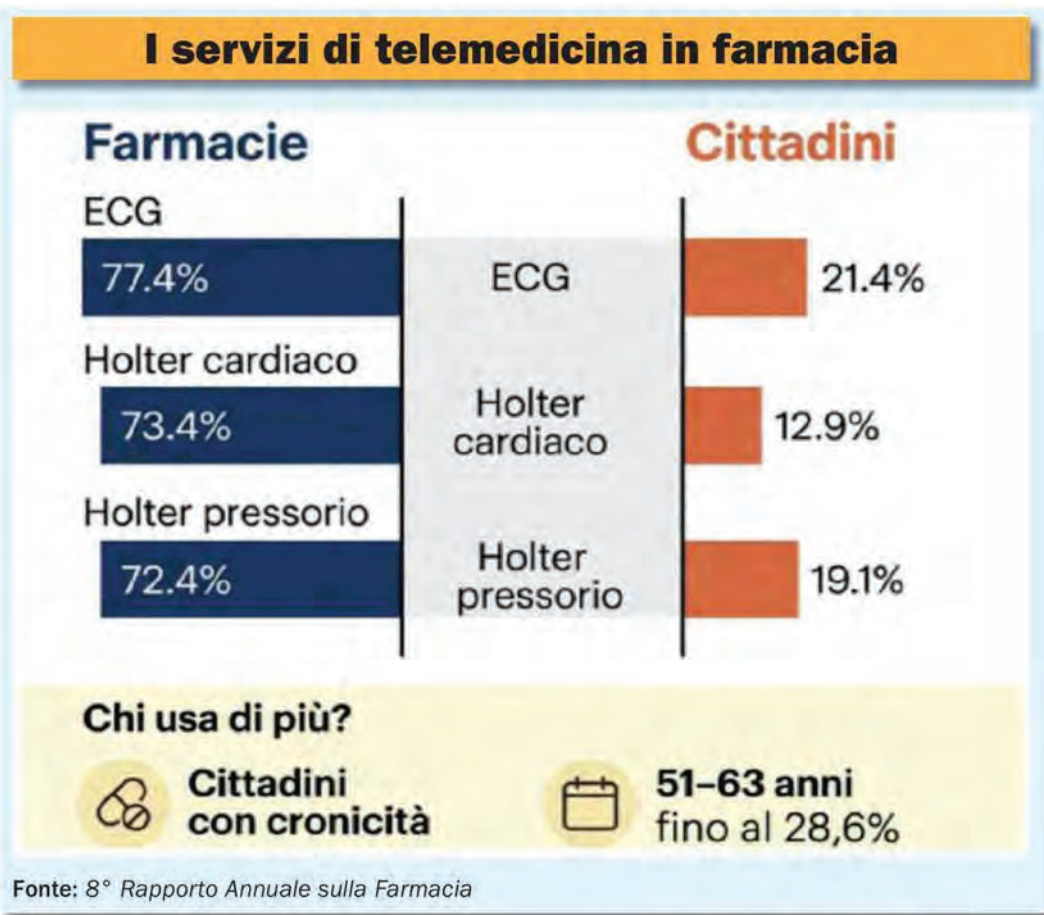
La richiesta da parte dei cittadini si mantiene prevalentemente stabile (circa 6 su 10), con segnali di crescita in una quota significativa di casi (oltre 1 su 3). I cittadini con patologie croniche mostrano livelli più elevati di informazione e un utilizzo più frequente dei farmaci equivalenti.

I giovani, pur utilizzando meno questi farmaci, mostrano una maggiore apertura e una minore resistenza culturale, quando li scelgono lo fanno soprattutto per fiducia nel farmacista (due su tre) e per il risparmio (quasi sei su dieci).

Anche l'automedicazione è ormai una pratica quotidiana con circa otto cittadini su dieci

che si sentono abbastanza o molto informati sui farmaci da banco. In tale contesto, il farmacista resta un punto di riferimento essenziale, infatti circa sette persone su dieci chiedono spesso o molto spesso un suo consiglio prima di un acquisto.

Il rapporto esamina anche il tema delle carenze dei farmaci. Sebbene più della metà dei cittadini non abbia incontrato ostacoli, oltre un terzo della popolazione ha vissuto qualche criticità nel reperire i farmaci. Il disagio è più marcato per i pazienti con cronicità, con circa uno su dieci che ha subito ritardi incompatibili con le proprie necessità terapeutiche, mettendo a rischio la continuità delle cure.





Servizio Lo studio

## **Cuore, una svolta dalla ricerca: giù del 36% il rischio di primo infarto aggredendo il colesterolo «cattivo»**

Cambia il paradigma di cura: il rischio si costruisce nel tempo e ridurre tempestivamente in modo intensivo il colesterolo LDL può modificare la storia naturale della patologia in modo efficace e sicuro

*di Massimo Grimaldi \* e Claudio Bilato \*\**

8 maggio 2026

Ridurre del 36% il rischio di primo infarto oggi è possibile: è questo uno dei principali dati che emergono dallo studio internazionale Vesalius-CV, presentato al 57° Congresso nazionale dell'Associazione nazionale medici cardiologi ospedalieri - Anmco in corso a Rimini. Un risultato che segna un cambio concreto nell'approccio alla malattia cardiovascolare, perché dimostra che intervenire quando il rischio è già molto alto anche senza eventi, riduce in modo significativo il rischio di eventi maggiori.

### **Prima causa di morte**

Questa evidenza arriva in un Paese, l'Italia, in cui le malattie del sistema circolatorio restano la principale causa di morte, con più di 220.000 decessi registrati nel 2022, su un totale di oltre 720.000 morti nello stesso anno. Un peso importante che impone di ripensare il modo in cui si affronta il rischio cardiovascolare, adottando fin da subito un approccio più intensivo e mirato.

Finora l'orientamento nella pratica clinica ha portato a concentrarsi sull'intervento terapeutico dopo un evento acuto. Oggi abbiamo una consapevolezza nuova. Il rischio cardiovascolare si costruisce negli anni, spesso in modo silenzioso e senza segnali riconoscibili, mentre la malattia è già in atto. Questo significa che abbiamo una finestra temporale importante in cui possiamo agire. Siamo davanti a un cambio di paradigma fondamentale per la cardiologia moderna e per il modo in cui dobbiamo prenderci cura dei pazienti.

### **Lo studio**

Lo studio Vesalius-CV ha coinvolto oltre 12.000 pazienti seguiti per più di quattro anni, tutti caratterizzati da un rischio cardiovascolare elevato o molto elevato, senza precedenti eventi clinici. I risultati mostrano che riducendo in modo significativo il colesterolo LDL, considerato uno dei fattori causali una delle cause dirette dell'aterosclerosi, si ottiene una diminuzione concreta degli eventi cardiovascolari maggiori come infarto e ictus.

Il dato più rilevante è proprio la riduzione del rischio di un primo evento cardiovascolare che si ottiene grazie all'utilizzo di evolocumab: questo risultato può tradursi in un impatto significativo sulla salute della popolazione e sulla vita concreta delle persone. Significa evitare un infarto, un

ictus o una complicanza che può lasciare conseguenze permanenti. La novità è che possiamo intervenire in una fase in cui il paziente non ha ancora avuto eventi, ma è già esposto a un rischio elevato.

### **Cambio di paradigma**

Oggi i cardiologi hanno a disposizione strumenti sempre più precisi per valutare il rischio individuale e terapie innovative in grado di ridurre in modo marcato il colesterolo LDL rispetto ai valori iniziali. Questo consente di raggiungere obiettivi sempre più ambiziosi e di costruire una protezione cardiovascolare personalizzata, adattata alle caratteristiche di ogni paziente.

I dati dello studio e quelli epidemiologici sottolineano che il rischio cardiovascolare non nasce all'improvviso, ma cresce nel tempo, intercettarlo e modificarne il decorso permette di cambiare le prospettive di cura di milioni di persone.

*\* Presidente Anmco e Direttore della Cardiologia dell'Ospedale F. Mulli di Acquaviva delle Fonti (Bari)*

*\*\* Vicepresidente Anmco, Direttore Dipartimento Cardiovascolare dell'Azienda Ulss 8 berica e Direttore Cardiologia degli Ospedali Ovest Vicentino*

Servizio La ricerca

## Mani fredde, cuore caldo: alcune aritmie sono legate alla temperatura corporea

Gli esperti hanno preso in esame le mutazioni del canale ionico TRPM4, osservando come una di queste si attivi solo nella pelle più fredda

*di Federico Mereta*

9 maggio 2026

Se pensate che il detto popolare "mani fredde, cuore caldo" indichi soltanto una persona apparentemente burbera nei modi ma fortemente generosa, sappiate che la scienza sta per riservarvi una sorpresa. Perché esisterebbe un parallelismo biologico con questa metafora, legato alle mutazioni del canale ionico TRPM4, codificate dall'omonimo gene. Queste sono correlate a patologie cardiache come disturbi del ritmo e difetti nel sistema di conduzione elettrica del cuore, come la sindrome di Brugada o altre alterazioni su base genetica, ed anche a quadri dermatologici rari, come l'eritrocheratodermia progressiva simmetrica, con chiazze arrossate ed ispessite che tendono ad allargarsi. In genere, però, quando sono presenti le alterazioni del ritmo cardiaco non ci sono segni di altre condizioni cutanee e viceversa.

Il motivo? Sta proprio nella relativa "freddezza" cutanea rispetto al calore degli organi interni. La temperatura, infatti, agirebbe sull'attivazione delle mutazioni del gene, con conseguente interessamento di uno o dell'altro tessuto. A chiarire questo "mistero" scientifico attribuendo al relativo calore quanto accade al cuore e non alla pelle e viceversa è una ricerca coordinata da Jie Zheng, dell'Università della California Davis, apparsa su *Proceedings of the National Academy of Sciences - PNAS* (primo nome Yuhua Tian).

### Cosa accade normalmente

Gli esperti hanno preso in esame le mutazioni del canale ionico TRPM4, osservando come una di queste si attivi solo nella pelle più fredda, mentre un'altra esercita i suoi effetti solo alla temperatura corporea più elevata del cuore. Non solo: oltre all'aspetto termico, anche il tipo di cellula e i segnali chimici locali giocano un ruolo importante. Ma andiamo con ordine. Il gene TRPM4 si trova sul cromosoma 19, fornisce le istruzioni per la produzione di una proteina che agisce come una sorta di "cancello" nella membrana cellulare. Quando i livelli di calcio all'interno della cellula aumentano, il cancello si apre, con alterazione dello stato elettrico della cellula e comparsa di segnali anomali. Il processo è fondamentale per molti organi, primo tra tutti il cuore, visto che contribuisce a regolare il ritmo cardiaco. Nella pelle e nel sistema immunitario, questa attività regolata dal cancello contribuisce a controllare l'infiammazione e la migrazione cellulare. Attenzione però: seppur in presenza di mutazioni simili, i pazienti non sviluppano mai le diverse patologie assieme, pur se cresce l'attività del TRPM4.

### Il ruolo della temperatura

Stando ai modelli della genetica classica, se uno stesso canale lavora in modo eccessivo teoricamente l'influenza su tutti i tessuti dovrebbe essere la stessa. Ma nel corpo umano non è così. Ed è questo il passo avanti importante dello studio: misurando l'attività dei canali ionici e il comportamento cellulare in condizioni di temperatura simili a quelle della pelle e del cuore, gli scienziati hanno scoperto come il caldo e il freddo determinano dove queste mutazioni provocano la malattia. "La ricerca mostra chiaramente come "scaldare il cuore", frase che ci aiuta a definire quanto ci si sente meglio, in questi casi non sia utile ma addirittura negativo – commenta Giulio Molon, direttore della Cardiologia presso l'Irccs Sacro Cuore di Negrar, vicino a Verona –".

I valori termici, in particolare, agirebbero su un lipide di membrana, caratterizzato dalla sigla PIP2, che con i livelli di calcio nelle cellule regolerebbero l'attività di TRPM4. Ma mentre le mutazioni legate a malattie cutanee interrompono il controllo dello stesso TRPM4 da parte del PIP2 intorno ai 25-30 gradi (quindi a valori che si possono registrare per la pelle di mani e piedi), le mutazioni che causano malattie cardiache aumentano il numero di canali TRPM4 nelle cellule cardiache e potenziano la segnalazione elettrica, ma solo alla temperatura corporea centrale, ovvero intorno ai 37 gradi. Quindi le mutazioni che determinano le patologie cardiache sono in gran parte inattive nel tessuto cutaneo, che è più freddo. Conclusione: "questo spiega perché le mutazioni cutanee causano danni solo alla pelle, mentre le mutazioni cardiache colpiscono solo il cuore – il commento di Zheng in una nota. Il canale reagisce al suo ambiente -".

### **Cure e prevenzione su misura**

Per il momento, stiamo ragionando esclusivamente in termini di genetica e fisiologia. Ma il dato che emerge è molto chiaro. Lo ricorda un altro coautore dello studio, Samuel Hwang: "il lavoro dimostra che gli effetti di una mutazione dipendono dal contesto tissutale, non solo dalla sequenza del DNA – fa sapere. Questa intuizione aiuta a spiegare perché alcuni pazienti sviluppano malattie della pelle senza coinvolgimento cardiaco e suggerisce nuove strategie per trattare queste condizioni in modo più preciso". Il lavoro, quindi, appare di grande importanza per le cure di domani, appare di grande importanza.

"Conoscere il ruolo della temperatura alta ci offre da un lato uno sviluppo scientifico, dall'altro propone indicazioni pratiche importanti – commenta Molon. Pensate che in chi soffre di sindrome di Brugada si raccomanda di abbassare la temperatura con farmaci in caso di febbre perché si sa che quando il paziente ha febbre alta è più a rischio e quindi bisogna fare particolare attenzione non far alzare eccessivamente la temperatura. Non solo: sapere che il gene TRPM4 si attiva nella cute a temperature più basse rispetto a quelle che servono per attivarlo a livello cardiaco è importante anche sul fronte di possibili approcci futuri, aspettando che la farmacogenetica in futuro apra spazi ancora maggiori alla medicina di precisione. Il gene infatti regola il passaggio di calcio all'interno delle cellule cardiache, e quando non avviene correttamente per la presenza della mutazione ci può essere blocco cardiaco e rallentamento del cuore che potrebbe portare a impianto di pacemaker per risolvere il problema. Oppure la situazione può essere correlata appunto alla sindrome di Brugada, potenziale causa di fibrillazione ventricolare potenzialmente affrontabile con impianto di defibrillatore".



Servizio Dottore, ma è vero che

## La gravidanza cambia il cervello della madre? Ecco tutte le trasformazioni

Il team dei dottori e degli esperti anti-bufale dell'Ordine nazionale dei medici risponde ai principali dubbi sulla salute

8 maggio 2026

La gravidanza trasforma profondamente il corpo della donna: la pancia cresce, le abitudini cambiano, i ritmi del sonno si modificano. Ma cosa accade al cervello? Negli ultimi anni la ricerca scientifica ha dimostrato che anche il cervello subisce trasformazioni reali e misurabili durante la gestazione, alcune delle quali durano ben oltre il parto. Non si tratta di semplici stati d'umore passeggeri, ma di cambiamenti strutturali visibili alle risonanze magnetiche. Capire cosa accade al cervello durante la gravidanza aiuta a comprendere meglio questa profonda trasformazione nella vita di una donna.

### La scienza ha davvero dimostrato che la gravidanza modifica il cervello?

Sì, ed è una delle scoperte più sorprendenti delle neuroscienze degli ultimi anni. Uno studio fondamentale pubblicato nel 2017 sulla rivista Nature Neuroscience ha seguito un gruppo di donne prima e dopo la loro prima gravidanza, confrontandole con donne che non erano rimaste incinte e con i loro compagni. I ricercatori hanno usato risonanze magnetiche per misurare il volume delle diverse aree del cervello. I risultati hanno mostrato una riduzione della cosiddetta "materia grigia" - lo strato più esterno e attivo del cervello - in zone legate alla comprensione delle emozioni altrui e alla vita sociale. Questi cambiamenti erano ancora presenti e misurabili a distanza di due anni dal parto.

Potrebbe sembrare un dato preoccupante, ma gli scienziati lo interpretano in modo positivo: il cervello si "raffina", eliminando le connessioni meno utili per diventare più efficiente, come quando si pota una pianta, e in modo simile a quanto accade durante l'adolescenza. Non si perde materia cerebrale in modo negativo: il cervello si riorganizza. Significativamente, le donne che mostravano i cambiamenti più marcati presentavano anche un legame più forte con il proprio figlio, misurato attraverso questionari specifici sulla qualità dell'attaccamento. La ricerca in questo campo è ancora aperta: il progetto BeMother, finanziato dal Consiglio Europeo della Ricerca e attualmente in corso in Spagna, sta seguendo centinaia di donne prima, durante e dopo la loro prima gravidanza proprio per rispondere ad ulteriori domande con maggiore precisione.

### Questi cambiamenti durano nel tempo?

Sì, almeno in parte. Una ricerca successiva, pubblicata nel 2022 su Nature Communications dallo stesso gruppo di ricerca, ha analizzato non solo la struttura del cervello ma anche il modo in cui le diverse aree comunicano tra loro a riposo, la composizione della sostanza bianca e i livelli di alcuni metaboliti cerebrali. I risultati hanno confermato che alcune modificazioni persistono per anni

dopo il parto. Le aree legate alla capacità di riconoscere le emozioni e di capire il punto di vista degli altri risultavano ancora diverse rispetto a quelle delle donne che non avevano mai avuto figli.

I ricercatori ritengono che questi cambiamenti siano funzionali: il cervello della madre si adatta per rispondere meglio ai bisogni del neonato, diventando più "sintonizzato" sui segnali del bambino: un pianto, un'espressione, un gesto. Va comunque sottolineato che gli studi disponibili riguardano soprattutto le prime gravidanze e campioni relativamente piccoli: sono necessarie ulteriori ricerche per capire se e come questi cambiamenti variano con le gravidanze successive.

### **Ma è vero che in gravidanza si diventa più smemorate?**

Molte donne riferiscono di sentirsi più smemorate durante e subito dopo la gravidanza: dimenticate le chiavi, la lista della spesa, gli appuntamenti. Questo fenomeno, noto in letteratura come baby brain e mommy brain, è reale, anche se spesso sopravvalutato. Una revisione sistematica di numerosi studi ha rilevato lievi difficoltà in compiti che richiedono memoria e attenzione sostenuta, in particolare nella fase avanzata della gravidanza. Le cause sembrano legate ai profondi cambiamenti ormonali, soprattutto dell'estrogeno e del progesterone, e alla frequente riduzione della qualità del sonno.

È importante però chiarire che si tratta di cambiamenti modesti, che non compromettono la capacità di svolgere le normali attività della vita quotidiana. Alcune funzioni cognitive, come la capacità di riconoscere rapidamente le emozioni altrui o di rispondere a situazioni di potenziale pericolo per il neonato, potrebbero addirittura migliorare durante la gravidanza. Le difficoltà di memoria, nella grande maggioranza dei casi, si attenuano progressivamente dopo il parto.

### **Anche il cervello del padre cambia con l'arrivo di un figlio?**

La ricerca ha cominciato a esplorare anche il cervello dei padri. Uno studio pubblicato nel 2021 su Cerebral Cortex ha analizzato le risonanze magnetiche di uomini che diventavano padri per la prima volta, confrontandoli con uomini senza figli. I risultati hanno mostrato che anche nei padri si osservano riduzioni di volume nella materia grigia in aree legate alla pianificazione e all'attenzione, con un andamento simile, ma meno marcato, a quello osservato nelle madri. Questo suggerisce che la capacità del cervello di trasformarsi in risposta alla genitorialità non è esclusiva delle donne. Come abbiamo visto nella scheda "Il maternity blues è diverso dalla depressione post-parto?" il coinvolgimento emotivo e la cura del bambino sono stimoli potenti che riorganizzano la mente di chiunque si prenda cura di una nuova vita.

*Leggi la scheda integrale sul sito [dottoremaeveroche di Fnomceo](#)*

Federico Riboldi

# “Ospedali, servizi e conti in ordine Chi frena è contro la sanità pubblica”

L'assessore alla Salute: “La Cgil cerca consensi, in Comune parte della maggioranza appoggia i comitati”

## L'INTERVISTA

ALESSANDROMONDO

**N**e ha per tutti, l'assessore alla Sanità Federico Riboldi: generalmente cordiale, e buon incassatore, ma convinto che la politica è fatta di decisioni. E solito a non mandarla a dire quando considera le obiezioni al suo operato arbitrarie o strumentali. Risponde a quanti lo accusano di tagliare la Sanità pubblica da Roma, dal ministero della Salute, dove ha incontrato il capo di gabinetto del ministro.

### Tema dell'incontro?

«Diversi. Un aggiornamento sugli Irccs che vogliamo creare in Piemonte, liste di attesa, impiego dei fondi Pnrr anche per le telecamere nel pronto soccorso».

### Quindi la sicurezza del personale?

«Esatto. Quello che non è stato speso per la digitalizzazione dei servizi può essere destinato a questo capitolo di spesa, come hanno fatto altre Regioni».

### In Piemonte ribollono le polemiche per la variazione di bilancio da 209 milioni: tagli mascherati, ribadiscono le opposizioni.

«Non c'è nessun taglio ai servizi sanitari e neppure degli altri settori: l'obiettivo è garantire il livello elevato del-

la Sanità pubblica».

### Secondo le minoranze navigate a fari spenti.

«Dov'era chi oggi attacca, ai tempi della delibera 1/600, che falciò la sanità piemontese? E cosa avrebbero detto se avessimo come loro chiuso reparti, costringendo i piemontesi a rivolgersi al privato? Noi abbiamo fatto una scelta diversa: non tagliare, ma organizzare i conti e continuare a investire nella Sanità pubblica».

### All'epoca la Sanità piemontese era in piano di rientro, cioè commissariata da Roma: ricorda?

«Vero. Anche così, il maggior limite era stata la mancanza di dialogo con i territori: altro che l'attuale piano sociosanitario».

### Come intendete rimetterci mano?

«Troppo presto per i dettagli ma ci stiamo già lavorando, e posso dire fin d'ora che saranno riaperte alcune strutture e riorganizzate altre, i punti di emergenza-urgenza non si toccano».

### I sindacati, come le opposizioni in Consiglio, sono preoccupati.

«I sindacati, chi più e chi meno, devono mantenere fasce di influenza e gestire gli iscritti. Ma in Osservatorio partecipano, e approvano». **Lei vuole difendere la Sanità pubblica, la Cgil sostiene che la state privatizzando.**

«La Cgil è stata tra i promotori dell'Osservatorio sulla

Sanità, ora non può dire che 4.200 mila persone in più sono noccioline. Quanto al fatto che voglio privilegiare i privati, come ha detto Giorgio Airaudò, è una vergogna: sono affermazioni completamente inventate, non c'è un solo dato che dimostri che non ho lavorato per il pubblico. Spero si riveda».

### Eppure il 23 maggio il Comitato per la tutela dei diritti e delle cure scenderà in piazza. E la Cgil è in prima fila a sostenerlo.

«Cisl e Uil, invece, non hanno aderito. Mi rendo conto che la Cgil ha un problema di mantenimento degli iscritti, in forte calo stando ai dati nazionali, ma attaccare in modo scomposto, e tanto per, non la aiuta a recuperare nè la credibilità nè i tesserati persi».

### E il Comitato tout court? Non c'è solo la Cgil.

«Se fa proposte serie è uno strumento utile, se diventa l'house organ della Cgil, diciamo così, allora no. Qualcuno ha anche detto che “vado fermato”: inaccettabile».

### Si sente minacciato?

«Figuriamoci, ma sono toni d'altri tempi».

### I bilanci delle Asl restano critici, lo dice anche la Corte dei Conti: concorda?



«Naturalmente. Ho già avuto due incontri con i manager delle Asl sulla gestione dei bilanci preventivi. Non si possono creare aspettative impossibili, stop ai bilanci irrealizzabili e a scostamenti così importanti».

**In sintesi?**

«Sta a loro, in primis, verificare cosa può essere fattibile o meno rispetto ai conti delle loro aziende».

**L'Ordine dei Medici di Torino, che fa parte del Comitato, esprime la "sofferenza" dei medici di famiglia: vorrebbero fare di più ma non**

**ne hanno la possibilità.**

«Conosco la buona volontà del medico di medicina generale e sono d'accordo con il presidente Giustetto che molti di loro vorrebbero fare di più».

**Ma?**

«In questo momento i medici di famiglia servono per attivare le Case di Comunità: sono certo che non mancheranno di portare il loro contributo, possibilmente in fretta».

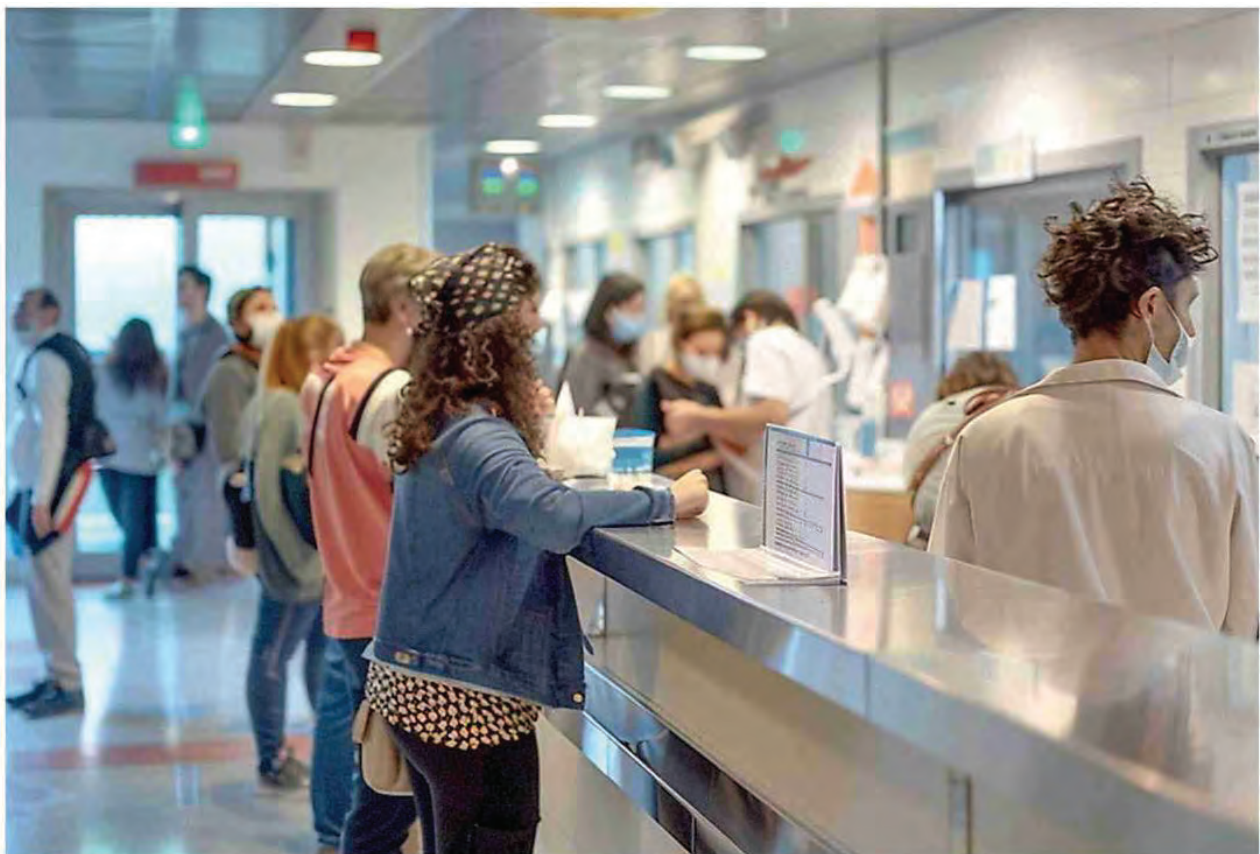
**A proposito di ospedali: dopo il ricorso degli ambientalisti quello della Pellerina è a rischio?**

«I fondi ci sono, e restano: è questione di tempi, perché Inail chiede garanzie. Un freno è rappresentato da una parte del cosiddetto "campo largo" che dovrebbe sostenere il sindaco Lo Russo alle prossime elezioni: dialoga con le frange che hanno ricorso contro l'ospedale».

**Sull'inderogabilità del nuovo ospedale, però, il sindaco è stato netto.**

«Ma la sua maggioranza non è omogenea. E questo è un problema».—

**I medici di famiglia vogliono fare di più? Sicuro che presto li vedremo nelle case di comunità**



La maggioranza in Consiglio regionale ha appena approvato la variazione di bilancio 2025: 209 milioni per sostenere la Sanità



# Race for the cure record 200mila al Circo Massimo Il saluto di Papa Leone

►La pioggia non ferma la 27esima edizione della corsa promossa da Komen Italia contro i tumori al seno. Gualtieri: «Città invasa da una meravigliosa marea umana»

## LA GIORNATA

Record storico per la Race for the Cure 2026 la più grande manifestazione al mondo dedicata alla lotta ai tumori mammari. In 200mila hanno invaso il cuore di Roma trasformando la Capitale in una marea rosa contro il tumore al seno. Dal Circo Massimo al centro storico il popolo della Race ha attraversato le strade cittadine città unendo sport, prevenzione e solidarietà in un unico, forte messaggio di speranza e vicinanza alle donne. A dare ancora più forza alla giornata sono state le parole di Papa Leone XIV durante l'Angelus. «Saluto l'associazione di volontariato Komen Italia impegnata nella prevenzione dei tumori del seno», ha detto il Pontefice, sottolineando il valore umano e sociale della manifestazione. Sul palco della Race insieme alla presidente del Comitato d'Onore Laura Mattarella, alla presidente di Komen Italia Alba Di Leone e al fondatore

Riccardo Masetti, il sindaco di Roma Roberto Gualtieri ha ufficialmente dato il via alla manifestazione.

«Oggi Roma mostra un grande cuore. La Race è un'ondata pacifica e gioiosa che sostiene le donne ricordandoci che il tumore si può battere», ha dichiarato il primo cittadino. Straordinaria la risposta della città: famiglie, studenti, volontari, medici, sportivi, associazioni e migliaia di "Donne in Rosa" hanno animato i percorsi da 2, 5 e 10 chilometri, dando vita a una grande mobilitazione per la prevenzione. Le "Donne in Rosa" che stanno affrontando o hanno affrontato il tumore del seno, rappresentano l'anima più autentica della manifestazione.

## IL CORAGGIO

Con il loro coraggio hanno contribuito negli anni a cambiare il modo di vivere e raccontare la malattia, lanciando un messaggio di forza e resilienza alle oltre 56mila donne che, ogni anno in Italia, ricevono una diagnosi. La Race non è solo un grande evento sportivo ma anche un potente strumento di prevenzione concreta come dimostrano le oltre 5mila prestazioni gratuite del Villaggio della Salute. Un risultato reso possibile grazie alla collaborazio-

ne tra il Policlinico Gemelli, l'Ospedale Isola Tiberina-Gemelli Isola, le unità mobili della Carovana della Prevenzione, il Truck della Salute della Regione Lazio e gli oltre 2000 volontari.

«La prevenzione è lo strumento più forte che abbiamo per salvare vite umane», ha ricordato la vicepresidente della Regione Lazio Roberta Angelilli. Un messaggio ribadito anche dalla presidente di Komen Italia Alba Di Leone, che ha sottolineato l'impegno a portare la prevenzione ovunque, soprattutto per le mamme caregiver. Dietro l'enorme partecipazione c'è la forza dei numeri che raccontano una storia lunga quasi tre decenni fatta di crescita, impegno e risultati concreti. Dal 2000 ad oggi Komen Italia ha investito oltre 35 milioni di euro in progetti di ricerca, prevenzione e sostegno alle donne colpite dal tumore al seno.

## INUMERI

Numeri che raccontano un impegno costante: 303 premi di studio assegnati a giovani medici, 2.300 giornate di promozione della salute femminile e ol-



tre 310mila donne raggiunte con esami gratuiti grazie alla Carovana della Prevenzione. A questi si aggiungono quasi 5 milioni di euro destinati a 309 associazioni sul territorio e oltre 85mila professionisti sanitari formati da Komen Italia in 345 città italiane. Un lavoro silenzioso e continuo che ha trasformato la Race for the Cure in una realtà

che va oltre la dimensione sportiva. Negli anni è diventata un simbolo culturale, capace di rompere paure e solitudini e di spingere migliaia di donne verso screening e dia-

gnosi precoce. «Quando organizzammo la prima edizione nessuno avrebbe immaginato una crescita simile dopo 27 anni - ha detto Riccardo Masetti- Oggi questa presenza ha un valore doppio perché in un mondo che sembra andare nella direzione sbagliata rappresenta un messaggio di vicinanza, condivisione e pace». Al fianco di Komen le storiche testimonial Maria Grazia Cucinotta e

Rosanna Banfi. Il tour della Race for the Cure proseguirà a Bari, Bologna, Matera, Brescia, Napoli e Pescara. Ma il messaggio partito da Roma è già fortissimo: in duecentomila hanno scelto di esserci per testimoniare che la prevenzione salva la vita. E in una città attraversata da questa straordinaria onda rosa, la speranza è apparsa più forte della paura.

**Barbara Carbone**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



A sinistra i marciatori alla partenza (foto TOIATI), in alto lo start dato dal sindaco Gualtieri con il classico colpo di pistola. Sotto gli stand allestiti al Circo Massimo



## Bando medici per i Ps Un'altra gara fa flop

Sbraga a pagina 18

### I NODI DELLA SANITÀ

È l'8° gara bandita nell'hinterland andata semi-deserta nel giro di 2 anni

# Caccia ai medici per i Ps Ennesimo bando flop

*Alla Roma 5 dicono sì in 5 su 19 posti. Tre sono specializzandi*

**ANTONIO SBRAGA**

••• I camici bianchi continuano a mandare in bianco i concorsi per i Pronto Soccorsi: è appena andato semi-deserto l'ottavo bando in meno di 2 anni, tutti esperiti con pochissime assunzioni finali, senza riuscire a coprire le gravi carenze di 5 diverse Asl del Lazio. E attualmente non ci sono nemmeno graduatorie aperte per riuscire a «soddisfare il fabbisogno necessario» di nuove assunzioni. Così ha scritto l'ospedale Sant'Andrea, che ha dovuto indire un nuovo concorso dopo aver provato a chiedere di attingere ai nominativi rimasti in graduatoria nei precedenti concorsi effettuati dal San Giovanni-Addolorata e dal Policlinico Tor Vergata. Ma l'ultimo concorso, appena effettuato dall'Asl Roma

5 per 19 posti, ha registrato in graduatoria solo 7 specialisti e 4 specializzandi. Però «hanno comunicato la loro disponibilità all'assunzione» soltanto 2 specialisti e 3 specializzandi. Già lo scorso anno, a fronte di un concorso per 21 posti, c'era stato un solo specialista vincitore, che poi non ha nemmeno accettato l'assunzione dell'azienda tiburtina. Stessa cosa all'Asl Frosinone lo scorso anno: con 20 posti in palio, infatti, si era presentato un solo candidato, che poi non ha firmato il contratto di assunzione. Anche nel concorso svolto dall'Asl Roma 3 «per la copertura a tempo pieno e indeterminato di 14 posti» è risultato un solo specialista in graduatoria (più uno specializzando) per

il Ps del Grassi di Ostia. Nell'Asl 6 dei Castelli Romani, invece, nel 2024 con 21 posti a bando «ha partecipato un solo candidato, non è stato possibile addvenire ad alcuna assunzione», ha scritto l'azienda di Albano Laziale. Stessa cosa nel settembre scorso, nel concorso per 26 medici: «la graduatoria è costituita da un solo vincitore la cui assunzione a oggi non si è concretizzata», ha scritto l'Asl. Che il mese scorso ha avviato una nuova gara d'appalto per medici gettonisti esterni, con «l'affidamento del servizio di assistenza medica per i servizi di ps dell'ospedale dei Castelli e di Anzio».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

*Assunzioni  
Anche il Sant'Andrea necessita  
di attingere alle graduatorie  
perfino di altre strutture*

**Impegno**  
Sempre meno  
giovani decidono  
di iniziare la loro  
carriera  
nell'inferno dei ps



**L'ALTRA EMERGENZA****Anestesisti  
in prestito  
tra ospedali**

••• A Roma e provincia non c'è solo l'urgenza dei medici d'emergenza nei Ps, ma anche di anestesisti, pediatri e ginecologi. E per tamponare le emergenze in attesa delle agognate assunzioni dai concorsi già indetti, Asl e aziende ospedaliere ricorrono ai "prestiti" dei camici bianchi sia per il Cto che per gli ospedali dei Castelli. Allo Spallanzani, infatti, per "fronteggiare la grave carenza organica di personale medico, l'Asl Roma 2 ha chiesto, attraverso apposita procedura di manifestazione di interesse, la disponibilità alla stipula

di una convenzione per l'espletamento di attività di anestesia da erogarsi in sala operatoria presso il Presidio ospedaliero CTO Andrea Alesini». Ma anche all'Asl Roma 2 è stato chiesto di "prestare" alcuni specialisti all'Asl Roma 6. I medici necessari per «l'espletamento di attività di pediatria e neonatologia presso i presidi ospedalieri territoriali dell'ASL Roma 6». Dove, a causa del «perdurare della carenza di personale nella disciplina, nonché nella disciplina di Ginecologia-Ostetricia», arriveranno i rinforzi a gettoni orari dalla capitale. Mentre al Sant'Andrea, per «sopperire

alla grave carenza di personale» nel Pronto Soccorso l'azienda ha deciso di procedere «al conferimento dell'incarico di natura libero professionale» ai medici a gettoni orari da 80 euro. **ANT. SBR.**



# Cuore donato, video choc la voce delle infermiere «È ancora nel contenitore»

## L'INCHIESTA

**Leandro Del Gaudio**

Parole che evocano una certa calma, una certa dimestichezza. Parole che però vibrano alla fine. Proviamo a riascoltarle dall'inizio, in quella manciata di secondi che fanno da spartiacque, che creano una linea netta tra la speranza di vita e l'orrore di un calvario che nessuno aveva previsto. È lo scorso 23 dicembre, siamo nella sala operatoria dell'ospedale Monaldi, quando si ascoltano quelle parole. Le pronunciano gli infermieri, probabilmente i medici che hanno il compito di gestire il cuore donato a Bolzano, quello destinato al piccolo Domenico Caliendo. Come sono andati i fatti, almeno nelle linee generali, purtroppo è la sintesi di un atroce fatto di cronaca, come la morte del piccolo paziente di Nola. Ma cosa ha provocato il fallimento dell'operazione è storia di una indagine in corso. Ed è ad oltre due mesi dalla morte del piccolo di Nola, che emergono particolari, sulla scorta della decisione della Procura di Napoli di rendere pubblici gli

atti di questa prima fase investigativa.

## IL RETROSCENA

Trapianto fallito, cuore bruciato dal ghiaccio, espianto in anticipo (secondo i pm) da parte dello staff di chirurghi napoletani, l'ecmo per il piccolo paziente. Ma re-

stiamo al video. Era stato realizzato da una delle infermiere che aveva il compito di attestare le fasi di un'operazione complessa, anche per mettere in risalto il ta-

lento dei medici del Monaldi. Purtroppo le cose sono andate diversamente. Si nota al centro del lettino operatorio il cuore nativo di Domenico. È un cuore pulsante. È lì ad attestare che per oltre due anni aveva dato vita al bambino. Un video che oggi potrebbe essere utile per risalire all'orario in cui viene realizzato l'espianto del cuore nativo di Domenico, quando - è logico supporre - non c'è alcun allarme sull'organo bruciato dall'uso di ghiaccio sintetico.

## LE FRASI

Restiamo al video, anzi, alle poche parole che vengono captate dalla registrazione. Si ascoltano voci femminili, che dicono: «La prendo io...»; «madò, che fatto strano...»; «sta in un contenitore...». Eccola la frase da brividi: «Sta in un contenitore...». Potrebbe essere un riferimento diretto al cuore in arrivo da Bolzano. Se questa fosse l'interpretazione giusta, dunque, sarebbe la conferma del fatto che l'intervento di espianto è stato anticipato, nel senso che è avvenuto prima di verificare le condizioni dell'organo donato e in arrivo da Bolzano. Poi, una volta aperto il contenitore, è piombata l'angoscia: il cuore donato era ghiacciato, dunque inutilizzabile; mentre l'organo nativo di Domenico era già tolto, era lì a pulsare sul tavolo operatorio. Drama irreversibile. Per questa vicenda sono indagati set-

te medici del Monaldi. Tra questi i chirurghi del Monaldi che hanno eseguito l'espianto, vale a dire Guido Oppido (assistito dai penalisti Vittorio Manes Alfredo Sorge) ed Emma Bergonzoni (difesa dal professore Vincenzo Maiello), mentre sono sotto inchiesta anche due chirurghi che hanno operato il trapianto a Bolzano e la responsabile della formazione (assistiti dai penalisti Dario Gagliano, Annamaria Ziccardi e Luigi Ferrante).

E torniamo alla storia del video. Inchiesta condotta dai pm Giuseppe Tittaferante, sotto il coordinamento del procuratore aggiunto Antonio Ricci, siamo tra le 14.18 e le 14.34 dell'antivigilia di Natale, quando si realizza l'espianto del cuore di Domenico.

Per alcuni testimoni - tra cui l'ex caposala Francesco Farinaceo - il dottor Oppido avrebbe realizzato l'espianto quando non era stato ancora visionato il cuore in arrivo, che «non era ancora in sala operatoria». Una circostanza respinta dal chirurgo, che sostiene di aver «lavorato contro i minuti» ma di aver rispettato la procedura, anche alla luce delle indicazioni che arrivavano dal proprio staff. E si ritorna a quelle frasi tra i denti: «...sta in un contenitore».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**L'ORGANO ESPANTATO  
PULSAVA ANCORA  
MA NESSUNO  
SI ERA ACCORTO  
CHE LA BOX FRIGO  
ERA GHIACCIATA**



# La toppa sul buco

Sanità, il piano Decaro: 230 milioni dall'aumento Irpef Cisl: tagli gli sprechi. Centrodestra: pugliesi tartassati

A. COLUCCI, SERVIZI E UNA NOTA DI JORIO ALLE PAGINE 2 E 3 >>>



## Sanità e Irpef, il centrodestra «Decaro venga in consiglio»

Verso una protesta in piazza. Il governatore studia come ridurre il disavanzo

### MICHELE DE FEUDIS

● **BARI.** «Iniziano a circolare informalmente le prime tabelle con le proiezioni degli aumenti dell'addizionale Irpef che firmerà il governatore Antonio Decaro. Sarà un vero salasso»: il centrodestra, sconfitto nettamente nelle re-

gionali dello scorso novembre, cavalca adesso la campagna sul buco nel Bilancio della Sanità e batte sul tasto dolente delle nuove tasse che arriveranno per coprire il disavanzo emerso negli ultimi mesi (al momento di 350 milioni di euro). Il ca-



pogruppo di FdI, Paolo Pagliaro, chiede che la stangata fiscale per i pugliesi venga discussa in Consiglio: «Non si possono aumentare le tasse nelle segrete stanze. Decaro deve venire nell'assemblea regionale e confrontarsi con i consiglieri di maggioranza e opposizione».

L'istanza per una seduta monotematica è un *refrain* dell'opposizione, insieme alla proposta — avanzata anche da Fabio Romito (capogruppo della Lega) — di istituire una commissione d'inchiesta su sprechi e inefficienze dei manager che hanno portato al «rosso fisso in sanità». Il timore è che la ricerca di tagli possa compromettere l'offerta delle prestazioni sanitarie.

**LA PROTESTA DI PIAZZA** - Non si può escludere che il centrodestra «evochi» anche la piazza, con una manifestazione unitaria volta a chiedere conto al centrosinistra - che governa da vent'anni - non solo della voragine nei conti ma anche, spiegano dal fronte conservatore, «della delusione dei pugliesi per i servizi sanitari, al punto che chi ha la possibilità economica va in altre regioni».

Un dibattito in Consiglio sull'aumento dell'addizionale Irpef, però, non sembra all'orizzonte: fonti consultate dalla *Gazzetta* evidenziano che «Decaro non ha mai rifuggito il confronto» e fanno intendere che la seduta sulle politiche sanitarie ci sarà, ma potrebbe slittare a

giugno. Il calendario, infatti, dovrà fare i conti con la conclusione del percorso di commissariamento, che prevede passaggi tecnici che vanno dalla certificazione del disavanzo all'invio dei documenti al Ministero, fino alla definizione del piano di copertura.

**LA RIDUZIONE DEL DISAVANZO** - In queste ore Decaro è al lavoro con i tecnici del Dipartimento Bilancio della Regione per trovare, nei meandri della complessa situazione finanziaria dell'ente, somme non spese o possibili tagli che consentano di ridurre ulteriormente la cifra da coprire. L'obiettivo è rendere meno pesante l'intervento sull'Irpef, leva fiscale ritenuta indispensabile per raggiungere il riequilibrio.

**IL MONITORAGGIO** - Questo non è l'unico percorso avviato dalla task force del neogovernatore: fin dal primo giorno dopo la proclamazione, Decaro sta studiando nuovi accordi per ridurre la mobilità passiva e generare risparmi tramite prestazioni svolte in regione. Mentre analizza le proiezioni sul disavanzo (che potrebbe essere ulteriormente limato), è al lavoro per ponderare altri tagli - in primis ai costi della politica - per dare un segnale di concreta austerità proprio mentre si chiede un pesante sacrificio ai cittadini.

**LA PARTITA DEI DG** - In questo con-

testo va interpretato anche l'accurato iter che porterà alla definizione del perimetro d'azione per i nuovi direttori

generali delle Asl. Questi dovranno rispettare rigorosi obblighi di rendicontazione della spesa per evitare sforamenti, avvalendosi anche di sistemi di monitoraggio rafforzati dall'intelligenza artificiale. Anche sulle liste d'attesa è previsto un piano per verificare i risultati dell'accelerazione messa in cantiere negli ultimi mesi.

**LA VERTENZA CON IL GOVERNO** - Decaro, fin dalle prime riunioni nella Conferenza delle Regioni e nel tavolo Stato-Regioni, ha rivendicato la volontà di ridiscutere i criteri di distribuzione delle risorse per la sanità territoriale e ha messo in mora Palazzo Chigi sugli stanziamenti per il settore, considerati «inadeguati a coprire l'aumento dei costi conclamati, riscontrabili anche in altre regioni». La strategia del centrosinistra pugliese, non a caso, punta i riflettori sui disavanzi sanitari presenti anche in roccaforti del centrodestra come Lombardia e Piemonte. L'attenzione sulla Sanità, infine, oscura in questa fase le difficoltà dell'economia pugliese, che presto dovrà affrontare la fine del Pnrr e una nuova fase in cui trovare leve pubbliche per favorire crescita e sviluppo.

## LA ROAD MAP

L'opposizione chiede un dibattito pubblico  
È possibile che sia calendarizzato dopo la  
chiusura dell'iter per il commissariamento



STAMPA LOCALE SUD E ISOLE



**CISL PUGLIA IL SEGRETARIO GENERALE ANTONIO CASTELLUCCI: «RIDURRE MOBILITÀ PASSIVA E SPRECHI. RIPRENDERE IL PROTOCOLLO SU SANITÀ E WELFARE DEL 2023»**

# «Sbagliato colpire dipendenti e pensionati Ora capire come non produrre altro deficit»

● **BARI.** «Da quanto sembra emergere il peso principale della manovra per far fronte al disavanzo nella sanità in Puglia dovrebbe ricadere soprattutto sui redditi medi e alti e su una parte significativa del lavoro dipendente e dei pensionati pugliesi», rammenta Antonio Castellucci, segretario generale Cisl Puglia, non senza sottolineare che «come Cisl avevamo denunciato il rischio di un incremento dell'addizionale Irpef nelle ultime consultazioni sui bilanci di previsione della Regione».

Quindi, la conseguente bocciatura. «Riteniamo sbagliato che il peso principale di questa manovra ricada su una parte significativa dei lavoratori dipendenti e dei pensionati pugliesi, soprattutto in una fase economica complessa, nella quale le famiglie stanno già subendo gli effetti dell'aumento dei prezzi e delle bollette - afferma -. Il peso delle inefficienze, dei ritardi organizzativi, dell'assenza di programmazione e della carenza di controlli adeguati che, in questi anni, hanno condotto la sanità pugliese verso una situazione di perenne deficit, non può ricadere ancora una volta sui cittadini e su quel ceto medio che finisce sistematicamente per sopportare i maggiori oneri fiscali».

La situazione della sanità in Puglia è estremamente critica. con un disavanzo stimato

in oltre 300 milioni di euro. «Oggi, più che mai, la questione non è soltanto individuare le modalità con cui coprire per l'anno in corso questo deficit, ma soprattutto comprendere come evitare che si riproduca negli anni futuri», dice ancora, nel ricordare come nell'ultimo incontro svoltosi in Regione «abbiamo chiesto al presidente, Antonio Decaro, di avviare una rigorosa revisione della spesa sanitaria, intervenendo con decisione sui costi delle consulenze, sugli sprechi, sulle criticità organizzative e sui ritardi accumulati nel processo di informatizzazione del sistema sanitario regionale».

Ma non è tutto: «Abbiamo ancora chiesto

di adottare queste misure concrete prima di assumere qualunque altra decisione, compreso un eventuale aumento dell'Irpef. Riteniamo inoltre necessario proseguire il confronto con il Governo nazionale per arrivare a un reale e necessario rifinanziamento della sanità pubblica». «Altri due elementi sui quali la Cisl Puglia ritiene prioritari intervenire riguardano, da un lato, la cosiddetta mobilità passiva, ossia la migrazione di cittadini verso altre regioni italiane per ricevere cure e prestazioni sanitarie, fenomeno che può essere contrastato rafforzando la capacità di presa in carico e la qualità delle

strutture pugliesi; dall'altro, il contenimento degli sprechi, a partire dalla spesa farmaceutica, attraverso una programmazione più efficiente e controlli più rigorosi».

Castellucci ritiene necessario «il massimo coinvolgimento delle parti sociali». «Nel corso dell'incontro avvenuto lo scorso 8 aprile con l'assessore alla Sanità, Donato Pentasuglia - sostiene -, la Cisl Puglia ha avanzato alcune proposte operative concrete, fra le quali c'è quella di riprendere il protocollo su sanità e welfare del 2 maggio 2023, con l'obiettivo di salvaguardare il diritto universale alla salute senza comprimere ulteriormente il potere d'acquisto delle famiglie pugliesi».

«La Cisl Puglia, come ribadito più volte nel corso di questi anni, conferma ancora una volta che aumentare le tasse non rappresenta la soluzione ai problemi della sanità regionale. Servono, invece, visione strategica, capacità di governo e, soprattutto, un metodo fondato sul confronto e sulla partecipazione», conclude il segretario generale.

[red.p.p.]



## SANITÀ IN AFFANNO

**Antonio Castellucci  
segretario generale  
Cisl Puglia**



# Lanotte: «Tassare il reddito del ceto medio è pura follia»

Lanotte (Forza Italia): Decaro esca da Instagram e vada nei Cup

**ALESSANDRA COLUCCI**

**Consigliere Marcello Lanotte, Forza Italia, il suo partito, così come il resto del centrodestra, ha chiesto una commissione per fare chiarezza sui conti della sanità e, in particolare, sul cosiddetto «buco» da 350 milioni. Pensa che un approfondimento specifico possa contribuire a dirimere questioni rimaste in sospeso?**

«Sicuramente la commissione può servire a fare chiarezza rispetto a dati che, fino a questo momento, non sono stati resi noti. Assistiamo a comunicazioni da parte dell'assessore alla Sanità Pentassuglia ma, nello specifico, a noi consiglieri regionali non è stato fornito un report preciso dei dati. Per una questione di trasparenza e di piena conoscenza, sarebbe perciò opportuno acquisire tutti i dati. Che lo si faccia con una commissione di indagine è tanto di guadagnato. Non vogliamo fare i *Torquemada* ma vorremmo che questa commissione proponesse soluzioni, dopo aver preso contezza di tutti i dati».

**Nel confronto dialettico di queste settimane, la sensazione è che ci sia una sorta di scaricabarile tra centrosinistra e centrodestra, che è forza di governo nazionale.**

«Io penso che Decaro e Pentassuglia debbano uscire dai social e dai palazzi per andare a parlare con le persone nei Cup e nei Pronto soccorso, facendosi

meno pubblicità e agendo di più. Solo così, forse, potrebbero capire che non ha senso fare lo scaricabarile. Serve rimboccarsi le maniche e non si deve fare propaganda, perché è necessario assumersi le proprie responsabilità. Sono stati votati per risolvere i problemi dei cittadini, non per scaricarli ad altri».

**Il segretario regionale Pd, Domenico De Santis, suo collega in Consiglio, ha dichiarato che il disavanzo nella sanità interessa anche Regioni amministrare dal centrodestra. Mal comune mezzo gaudio?**

«Quando si fa questo tipo di propaganda, non si dice una bugia, perché è una cosa vera. Ma la domanda da porsi, per affrontare il tema, sarebbe chiedere, per esempio ai cittadini lombardi, se siano contenti o meno della propria sanità. Penso decisamente che risponderrebbero di sì. Se invece ponessimo la stessa domanda ai cittadini pugliesi, la risposta sarebbe certamente no. Il disavanzo è un tema ormai strutturale della gestione del sistema sanitario, ma se a questo non corrisponde la soddisfazione degli ammalati, penso che il danno venga fatto due volte. Tutto si valuta sullo standard qualitativo, sulla soddisfazione del cittadino».

**Resta il fatto che, per rientrare nei conti, a pagarne**

**le spese saranno proprio i cittadini**

**«lacrime e sangue» e il temutissimo aumento delle tasse.**

«Solo il 5% della popolazione, in Puglia, ha un reddito superiore a 50mila euro. Se si innalza l'aliquota Irpef allo scaglione tra i 28mila e i 50mila euro, sta facendo un danno serio ai pugliesi,

soprattutto ai ceti medi, alle partite iva, ai giovani professionisti, alla gente normale. Chi fattura 30mila euro all'anno non è ricco, dal mio punto di vista non è neppure ceto medio. E sarà

la fetta di popolazione maggiormente tassata. Farlo significa colpire ogni speranza di una vita serena. Imporre altri 100 euro di tasse all'anno vuol dire tassare».

**Altro tema in discussione è quello dell'abbattimento delle liste d'attesa, sul quale è stata basata gran parte della campagna elettorale del governatore.**

**«Se il risultato deve essere che il**

**pregresso è stato abbattuto ma poi, se adesso un cittadino va a prenotare e gli danno la visita tra un paio di anni se non addirittura tre anni, mi pare proprio che si tratti di una vittoria di Pirro».**

## AUMENTO IRPEF ALLE PORTE

«Solo il 5% dei pugliesi ha un reddito superiore a 50mila euro. Se si innalza l'aliquota sullo scaglione tra 28 e 50mila euro si fa un danno serio»

## LISTE D'ATTESA

«Se il pregresso viene abbattuto e poi un cittadino prenota e ha la visita tra un paio di anni, credo che si tratti di una vittoria di Pirro»



Dir. Resp.: Mimmo Mazza

# Il paradosso non solo politico del salasso

di **ETTORE JORIO**

**L**a sanità pugliese riapre, a sorpresa per Decaro, un fronte che molte Regioni consideravano archiviato dopo la lunga stagione dei piani di rientro: la sostenibilità finanziaria del servizio sanitario regionale non rimediabile con i mezzi del Fondo sanitario nazionale. Il disavanzo emerso dal consuntivo 2025 – circa 350 milioni di euro – impone ora alla giunta.

**A PAGINA 3>>**

## IL PARADOSSO POLITICO DELLA SANITÀ PUGLIESE L'AZIONE DI DECARO SI SPOSTA DALLO SMALTIMENTO DELLE LISTE D'ATTESA AL RIEQUILIBRIO FINANZIARIO

di **ETTORE JORIO**

**L**a sanità pugliese riapre, a sorpresa per Decaro, un fronte che molte Regioni consideravano archiviato dopo la lunga stagione dei piani di rientro: la sostenibilità finanziaria del servizio sanitario regionale non rimediabile con i mezzi del Fondo sanitario nazionale.

Il disavanzo emerso dal consuntivo 2025 – circa 350 milioni di euro – impone ora alla giunta guidata da Antonio Decaro una manovra correttiva difficile da sopportare dalla collettività. Intreccerà dolorosamente la finanza pubblica, la fiscalità regionale e la governance delle aziende sanitarie, territoriali e ospedaliere. Entro fine maggio la Regione dovrà infatti trasmettere ai Ministeri dell'Economia e della Salute un piano di copertura del deficit per evitare l'apertura formale della procedura di commissariamento. La strategia, allo studio di Decaro e i suoi, combina recupero di risorse interne e incremento dell'addizionale regionale IRPEF. La leva fiscale solo come extrema ratio per un Presidente che è un simbolo per il centrosinistra, tra gli amministratori locali più noti con un passato di presidente dell'ANCI.

Secondo le prime stime, circa un terzo del disavanzo potrebbe essere compen-

sato attraverso economie di bilancio e maggiori entrate già registrate nel 2025. La quota restante verrebbe invece scaricata sulla fiscalità regionale. L'orientamento politico della giunta è concentrare l'aumento dell'IRPEF sui redditi medio-alti: aliquota fino al 3,3% oltre i 50mila euro; incremento intermedio tra 28mila e 50mila euro; esclusione delle fasce sotto i 15mila euro. L'anzidetta scansione metrica segnala un elemento ormai strutturale nella sanità territoriale italiana: quando il finanziamento statale non copre integralmente l'aumento della spesa sanitaria, le Regioni tornano a utilizzare la leva fiscale locale per garantire gli equilibri di bilancio.

Ritornando all'amara sorpresa per Decaro, sono emersi pensanti nodi strutturali: personale, energia, acquisti. Anche il deficit patrimoniale è da accertare, al fine di evitare eventuali effetti nefasti di qualche marachella



contabile. Una situazione sif-  
fatta non è tuttavia isolata: il  
bilancio consolidato pugliese  
non appare isolato. Negli  
ultimi due anni quasi tutte  
le amministrazioni regionali  
hanno registrato tensioni  
crescenti sui conti sanitari,  
determinate da tre fattori  
principali: aumento della  
spesa energetica ospedaliera;  
crescita del costo del personale  
dopo i rinnovi contrattuali;  
maggiore ricorso a esternalizza-  
zioni e acquisti in emergenza.  
L'evento pugliese, però meraviglia,  
per la scovata esistenza del deficit  
economico e del suo livello. Fattori  
che hanno acceso l'attenzione dei  
ministeri anche sulla qualità della  
governance delle ASL. Non a caso  
dalla Regione è arrivato l'annuncio  
di verifiche più stringenti su  
assunzioni e appalti.

Il tema non riguarda soltanto la  
copertura finanziaria immediata,  
ma la capacità del sistema sanitario  
regionale di controllare la dinamica  
della spesa corrente. A queste  
coordinate fa specie il rischio di un  
commissariamento ad acta (art. 120,  
comma 2, della Costituzione).

Per la Regione si tratterebbe di un  
ritorno a una fase già vissuta nel  
decennio scorso. Il precedente piano di  
rientro aveva imposto vincoli severi su  
turnover, investimenti e programma-  
zione sanitaria. Oggi lo scenario è dif-  
ferente: il sistema sanitario nazionale  
opera con una pressione molto più ele-  
vata rispetto al 2010, tra invecchiamento  
della popolazione, carenza di personale e  
crescita della domanda di prestazioni.  
In questo contesto, eventuali misure re-  
strittive rischierebbero di avere effetti  
immediati sull'accessibilità dei servizi e  
sulle liste d'attesa.

Ed è proprio questo il principale  
paradosso politico della vicenda, tanto  
da rendere difficile la comprensibilità  
della cifra. La riduzione delle liste era  
stata una delle priorità programmatiche  
della nuova amministrazione regionale.  
Ma la crisi dei conti rischia ora di  
spostare l'asse dell'azione pubblica dalla  
riorganizzazione dei servizi al riequi-  
librio finanziario. Il dossier pugliese  
rappresenta anche un indicatore delle  
tensioni che attraversano il regionalismo  
sanitario italiano. Le Regioni con-  
tinuano a essere responsabili dell'equi-  
librio economico dei propri sistemi sa-

nitari, ma con margini sempre più  
ridotti tra aumento della domanda, ri-  
gidità della spesa e trasferimenti statali  
considerati insufficienti da molte am-  
ministrazioni. La paura dei tagli dei  
servizi e delle riduzioni di prestazione  
essenziali comincia a terrorizzare le  
periferie già angosciate da una sanità  
dalla ricaduta sociale critica

Dunque, fari puntati sulla Puglia. Lo è  
in due sensi: l'individuazione delle so-  
luzioni, specie se innovative, ovvero in  
senso alternativo un esempio che si  
possa replicare verosimilmente altrove.



Ettore Jorio

