

**20 maggio 2026**

**RASSEGNA  
STAMPA**



**ARIS**

ASSOCIAZIONE  
RELIGIOSA  
ISTITUTI  
SOCIO-SANITARI

**A.R.I.S.**

**Associazione Religiosa Istituti Socio-Sanitari**

**Largo della Sanità Militare, 60**

**00184 Roma**

**Tel. 06.7726931 - Fax 06.77269343**



# la Repubblica



Fondatore  
**EUGENIO SCALFARI**

Direttore  
**MARIO ORFEO**



DOMANI IN REGALO

Il secondo album  
con le prime pagine  
di Repubblica

**R**spot  
Veloce come una moto  
Ganna vola nella crono

dal nostro inviato **COSIMO CITO**  
alle pagine 46 e 47



Mercoledì  
**20 maggio 2026**  
Anno 51 - N° 114  
Oggi con  
Design  
in Italia **€ 1,90**

## Israele spara sulla Flotilla

Proiettili di gomma dei commando della marina contro le barche per Gaza arrestati 29 militanti, tra loro deputato 5S. Le opposizioni: il governo reagisca

Spari della Marina israeliana sulla Global Sumud Flotilla. Lo denunciano gli attivisti: «Sei barche, tra cui una italiana, sono state bersagliate da proiettili di gomma». Sono 29 i connazionali fermati, portati al porto di Ashdod. Tra loro anche il deputato del Movimento 5 stelle Dario Carotenuto. Il ministro degli Esteri Antonio Tajani chiede una verifica urgente a Israele. L'opposizione all'attacco: «Il governo adesso reagisca».

di **CERAMI e TONACCI**  
alle pagine 4 e 5



L'INTERVISTA

Carotenuto:  
"Netanyahu dovrà  
rispondere  
del mio sequestro"

di **ALESSIA CANDITO**

alla pagina 4

## Spese Nato, destra nel caos

La maggioranza presenta e poi ritira mozione sulla revisione del 5%

Al Senato spunta una mozione del centrodestra che chiede di rivedere l'obiettivo del 5% per le spese per la difesa, così come concordato in ambito Nato, «alla luce della situazione economica e delle priorità nazionali». Poi il passaggio viene eliminato.

di **CIRIACO e RIFORMATO**  
alle pagine 8 e 9

Putin da Xi  
Cina a un bivio

di **MAURIZIO MOLINARI**

Il cambio della guardia tra Trump e Putin nella Grande sala del popolo di piazza Tienanmen segna il rafforzamento diplomatico di Xi Jinping che porta però con sé il bivio della Cina sul ruolo da recitare nell'attuale fase.

alla pagina 15  
di **LOMBARDI e MODULO** alla pagina 17



IL REPORTAGE

dalla nostra inviata **LAURA LUCCHINI L'AVANA**

### Il tramonto del castrismo nella Cuba allo stremo

Le code interminabili fuori dalle banche spesso sfociano in momenti di tensione. Il *malecón* vuoto e silenzioso solcato solo dal ronzio di veicoli elettrici.

alle pagine 2 e 3

LE CITTÀ AL VOTO

### Salerno si prepara al ritorno del suo viceré

dal nostro inviato  
**FRANCESCO BEI SALERNO**

A Iresort Saint Joseph, periferia orientale di Salerno, la sala è piena ma l'ospite si fa attendere. In prima fila anche quattro suore, una ventina di ragazze e ragazzi sordi dell'istituto Smaldone, molti anziani. Sono qui per il candidato sindaco che non si vede, non va in tv, l'eterno Vincenzo De Luca.

alla pagina 23

### Una squadra al tuo fianco

**nts**  
INFORMATICA

Software gestionali  
per aziende

ntsinformatica.it

L'INCHIESTA DI MODENA

### Il gip: "El Koudri resti in carcere non ha agito perché disturbato"

di **GIUSEPPE BALDESSARRO, MICHELE BOCCI e CATERINA GIUSBERTI**

### Maldive, recuperati i corpi di altri 2 sub "Omicidio colposo"

di **BOERO, LIGNANA  
e TALIGNANI**

alle pagine 24 e 25

Come prevedibile Salim El Koudri resterà in carcere. Lo ha deciso la giudice Donatella Pianezzi al termine dell'udienza di convalida del fermo. Ne era consapevole lo stesso aggressore, 31 anni, che sabato pomeriggio ha travolto una dozzina di persone in via Emilia Centro, ferendone otto. Lo aveva detto al suo legale: «È giusto che io resti qui per quello che ho fatto».

alle pagine 12 e 13

CORRIERE DELLA SERA

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



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



Giro d'Italia
Ganna a cronometro
raggiunge Merckx
di Marco Bonarrigo
a pagina 40



Oggi lo premia «la Lettura»
Ian McEwan spiega
come diventeremo
di Matteo Trevisani
a pagina 34



Proiettili di gomma sulle barche. Tra i fermati il deputato M5S Carotenuto. Tajani: Israele garantisce l'incolumità degli italiani

Flotilla, spari e arresti in mare

Difesa, il caso della mozione di maggioranza: rivedere le spese Nato al 5% del Pil. Poi il dietrofront

L'INTERVENTO
«Italia e India,
il nostro legame
strategico
per il futuro»

IL RIARMO
E IL DIALOGO

di Giuseppe Sarcina

Con quello di ieri, sono quattro gli ultimatum imposti da Donald Trump all'Iran, nel giro di due mesi e mezzo di guerra. Questa volta, il presidente americano ha dichiarato di averlo fatto perché sollecitato da Arabia Saudita, Emirati Arabi e Qatar. Esattamente quei Paesi che non ha consultato, prima di scatenare l'attacco, spinto da Benjamin Netanyahu, contro gli Ayatollah. Basta questo per mettere a fuoco le difficoltà del leader Usa. Il sedicente maestro dell'«arte di stringere accordi» rischia di uscire politicamente a pezzi da questa vicenda. Nei giorni scorsi si è discusso molto della «trappola di Tuciddide», il leonema che postula lo scontro inevitabile tra la potenza dominante e quella emergente. All'epoca Atene contro Sparta; oggi Cina contro Usa. Ma il grande storico dell'antica Grecia è celebre anche per un altro racconto che forse si adatta ancora di più all'America trumpiana: «Il dialogo dei Meli». In breve la vicenda è questa: due generali ateniesi, Cleomede e Tisia, arrivano nell'isola di Melo, una comunità schierata con Sparta, ma desiderosa di mantenere la propria autonomia. I due ateniesi usano un linguaggio diretto: «Vi risparmiereмо tutte le belle parole sulla giustizia; parleremo, invece, di ciò che è possibile e di ciò che è necessario; chi è più forte fa quello che può e chi è più debole, cede». continua a pagina 28

LO ZAR A PECHINO, TRA AFFARI E CONFLITTO



Vladimir Putin accolto dal ministro degli Esteri cinese Wang Yi

Putin dall'alleato Xi
La sfida all'Occidente

di Paolo Salom

a pagina 12

di Marco Cremonesi e Monica Ricci Sargentini

Finita la missione della Flotilla. Una dopo l'altra le 54 imbarcazioni partite dalla Turchia sono state intercettate dalla marina israeliana nel Mediterraneo orientale. Sono una trentina gli italiani fermati. Durante l'operazione sparati proiettili di gomma. L'intervento della Farnesina. Il ministro degli Esteri Antonio Tajani ha chiesto a Israele di garantire l'incolumità e la protezione dei nostri connazionali. Polemiche per una mozione della maggioranza che chiedeva di rivedere le spese Nato. Poi il dietrofront. da pagina 2 a pagina 11

L'ANALISI

Il costo della guerra
per le imprese:
25 miliardi di dollari

a pagina 8

SPAGNA. L'EX PREMIER SOTTO INCHIESTA

«Traffico di influenze»
Accusa choc a Zapatero,
icona della sinistra

di Guido De Franceschi

a pagina 13



di Giorgia Meloni e Narendra Modi

Il rapporto tra India e Italia ha ormai raggiunto una fase decisiva. Negli ultimi anni, i nostri legami si sono ampliati con uno slancio senza precedenti, evolvendo da una cordiale amicizia a un partenariato strategico speciale fondato sui valori di libertà e democrazia, nonché su una visione comune del futuro. continua a pagina 28

Il giallo Il fondatore del marchio di abbigliamento fini in un dirupo nel '24



La polizia regionale catalana, Mossos d'Esquadra, scorta in tribunale a Martorell Jonathan Andic, 45 anni, accusato di avere ucciso il padre Isak

La morte di mister Mango
«È stato ucciso dal figlio»

di Massimiliano Jattoni Dall'Asén

Il fondatore dell'impero spagnolo della moda «Mango», Isak Andic, morto in montagna nel dicembre di due anni fa, non sarebbe stato vittima di un incidente. Lo avrebbe ucciso il figlio Jonathan, che, ha ricostruito la polizia catalana, sul Montserrat, a un'ora da Barcellona, lo avrebbe spinto giù per un dirupo. a pagina 23

Maldive Ritrovate le telecamere
Recuperati 2 sub
«Persi nella grotta
senza più aria»

di Sara Gandolfi

La task force di sub finlandesi ha recuperato i primi due corpi degli italiani morti nella «grotta degli squali» alle Maldive. Si tratta di Monica Montefalcone e Federico Gualtieri. Le loro telecamere consegnate agli investigatori. alle pagine 20 e 21 Ribaldo Rullo

Modena El Koudri resta in carcere
«Voleva la strage»
Ma per il pm
non è terrorismo

di Alfio Sciacca

El Koudri resta in carcere. Convalidato l'arresto e disposta la perizia psichiatrica. Intanto la sorella del giovane si disperava e dice: «Non so se riuscirò mai più a guardarlo». alle pagine 14, 15 e 17 Fulloni, Iossa

IL CAFFÈ
di Massimo Gramellini

C'era il mondo a Modena, sabato scorso. E c'era la vita in tutte le sue sfumature. Lascia senza fiato il racconto dell'infermiera ucraina Viktoriya Prudka. Aveva appena staccato dal turno in ospedale e stava passeggiando in centro con la figlia ventenne quando ha sentito delle urla alle sue spalle e poi il silenzio. Tutti scappavano nella sua direzione e la sorpassavano, ma lei ha deciso di voltarsi e andare controcorrente. A terra c'era una donna a cui l'impatto con l'auto fuori controllo aveva tranciato di netto le gambe. Viktoriya si è guardata intorno e ha chiesto se qualcuno avesse una cintura elastica per fermare l'emorragia. In quel momento passava in bici un militare in licenza, che custodiva nello zaino un laccio emostatico. Glielo ha lanciato e

L'infermiera di Modena



Viktoriya lo ha stretto ai fianchi della donna ferita. Ora però bisognava tenerla sveglia fino all'arrivo dei soccorsi e impedire di sollevare la testa e di vedere il suo stato: quando subisci un taglio netto degli arti, pensi di averli ancora attaccati al corpo. Per distrarla, Viktoriya ha cominciato a parlarle. Le ha detto di essere un'infermiera e l'altra ha sorriso: «Anch'io». E ha spiegato di trovarsi lì in vacanza e che il Duomo le era proprio piaciuto. Era tedesca, ma masticava un po' di italiano. Mi sembra di vederle, quelle due donne unite dal destino. Due infermiere, un'ucraina e una tedesca, distese sull'asfalto di una strada di Modena, che combattono per la vita parlando d'arte tra loro in italiano.

Advertisement for Edison energy featuring a woman hugging a child and the text: Futuro in corso. Crediamo che la transizione sostenibile abbia bisogno di comunità aperte e partecipative. Anche adesso, anche qui. EDISON Diventiamo l'energia che cambia tutto.

LA TRAGEDIA ALLE MALDIVE

Recuperati altri due corpi dalle GoPro tutta la verità

MIETTA, POZZO - PAGINE 10 E 17



GLI APOSTOLI DEL LIBERALISMO

Stuart Mill e la libertà ai tempi delle fake news

ALESSANDRO DENICOLA - PAGINE 24 E 25



170 ANNI DALLA NASCITA

L'amico del cuore di Paz "Per i disegnatori è vivo"

FRANCO GIUBILEI - PAGINA 19

1,90 € II ANNO 160 II N.133 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, DCB - TO II WWW.LASTAMPA.IT



# LA STAMPA

MERCOLEDÌ 20 MAGGIO 2026

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



L'ESERCITO ISRAELIANO SPARA CONTRO LE BARCHE: 29 ITALIANI FERMATI. LA FARNESINA PROTESTA



## Tiro alla Flotilla

FLAVIA AMABILE, LUCA BILARDO

Carotenuto, rapimento di massa

NICCOLÒ CARRATELLI - PAGINA 3

La mafia libica a processo all'Aja

GAIA SOL PARADISO E DON MATTIA FERRARI - PAGINA 23

L'abbordaggio in mare dei militari israeliani in un'immagine diffusa da Global Sumud Flotilla - PAGINE 2 E 3 E PAGINA 23

OGGI IL VERTICE IN CINA. IRAN, IL PRESSING DI TRUMP: L'ACCORDO VA CHIUSO ENTRO DOMENICA

## Putin in ginocchio da Xi Jinping

IL COMMENTO

Pechino manovra i rivali indeboliti

STEFANO STEFANINI

Cosa si diranno Xi e Vladimir? Parleranno di Donald, sicuramente. Il quale, nella sua infinita vanità, altrettanto sicuramente se ne rallegra. E forse anche a ragione. Comenei classici triangoli sentimentali, ha insinuato un pizzico di gelosia nel rapporto di coppia russo-americano. Nell'amicizia senza limiti fra Vladimir e Xi è divenuto il terzo amico di entrambi. - PAGINA 5

LAMPERTI, MAGRÌ, SIMONI, STABILE



Poco meno di 105 ore. È il tempo trascorso tra il decollo di Trump e l'atterraggio di Putin a Pechino. Qualcuno aveva immaginato persino un trilaterale. - PAGINE 4-6

LA GEOPOLITICA

Così l'Ai controllerà anche l'atomica

GABRIELE SEGRE - PAGINA 8

Più spese per l'energia l'Europa apre all'Italia

MARCO BRESOLIN - PAGINA 10

Somin: sui dazi l'Ue può battere Donald

FABRIZIO GORIA - PAGINA 11

L'ATTENTATO DI MODENA



Cittadinanza agli egiziani eroi Tajani sfida Salvini

FIORINI, Malfetano, Stamin

Punire o premiare. Togliere la cittadinanza a chi delinque o concederla a chi salva vite. Nel centrodestra, il caso di Modena si trasforma nell'ennesimo scontro tra Salvini e Tajani. E stavolta la faglia è profonda, quasi filosofica. DEL VECCHIO - PAGINE 12-15

L'INTERVISTA

Jebreal: la Lega li vuole deportare

VALERIA D'AUTILIA

«La vera svolta contro estremismi, violenza razziale e radicalizzazione si ottiene con più integrazione, collaborazione e alleanza con le comunità» dice a *La Stampa* Rula Jebreal, giornalista e scrittrice italiana di origine palestinese ed esperta di politica internazionale. La sua analisi incrocia passato e presente. - PAGINA 15

LE IDEE

Se anche i Medici erano figli di schiavi

IGIABA SCEGO

Non tutti ricorderanno che Alessandro de' Medici era figlio di una donna schiavizzata e del Papa Clemente VII, il Papa del sacco di Roma. È diventato duca di Firenze, prima persona afrodiscendente in Europa ad avere una così alta carica politica, fino all'assassinio per mano del cugino Lorenzo. - PAGINA 15

A 10 ANNI DALLA MORTE

Pannella quel nemico perfetto che tutti i partiti ora rimpiangono

FLAVIA PERINA



Il Signor Wood è il galantuomo che, a dieci anni dalla morte, tutti vorrebbero ancora come amico o come nemico, fa lo stesso. Lo rimpiange il signor Vincenzo Paglia, voce nobile della Chiesa contro la quale Marco Pannella ingaggiò formidabili corpi accorposi diritti civili. - PAGINA 18

GIUSTIZIA E MEDIA

Inchiesta e privacy l'errore del Csm

EDMONDO BRUTTI LIBERATI

Dettare regole generali sull'onda di vicende particolari (lo scempio del Garlasco show), scelta errata sempre, può condurre ad effetti controproducenti. Il Csm si appresta ad "aggiornare" le "Linee guida sulla comunicazione istituzionale" del 2018. In realtà rovescia proprio l'impostazione di allora. - PAGINA 23

IL CASO

Il dibattito metafisico sul futuro nucleare

FRANCESCO SANTOLINI

Il nucleare è buono o cattivo? È la soluzione alla nostra dipendenza energetica o l'ennesima illusione venduta come scorciatoia? La discussione sul ritorno dell'atomo in Italia è una delle più surreali degli ultimi anni, perché permette a tutti di costruirsi un'identità politica senza senza responsabilità. Il nucleare, semplicemente, non esiste nel nostro orizzonte temporale. - PAGINA 23

## Buongiorno

In un'intervista con Giulio Meotti per *il Foglio*, Boualem Sansal denuncia la resa alla prepotenza islamica di un Occidente dall'identità debole. Sansal è uno scrittore franco-algerino, molto letto e celebrato soprattutto per *2084*, libro di ispirazione orwelliana in cui il Grande Fratello impone la sharia. Per queste idee è stato incarcerato ad Algeri e ora, graziato, è tornato a Parigi e subito ha lasciato Gallimard, il suo editore francese che si era indugiato per la grazia: agli occhi di Sansal, non si tratta con un'autorità feroce e illegittima. Eccola la resa. E leggo l'intervista a Sansal mentre sto leggendo *Stranieri come te*, il libro di Ece Temelkuran, giornalista amatissima, fuggita dalla Turchia di Recep Tayyip Erdogan dove la sua dissidenza le sarebbe costata il carcere. Temelkuran

Ancora noi

MATTIA FELTRI

vive a Berlino e anche lei annuncia la resa occidentale ma al fascismo che, non visto, ritorna in Europa. In un dibattito televisivo ha sollevato la perplessità degli interlocutori per aver definito genocidio quello in corso a Gaza, e ne ha tratto una prova in più: il fascismo arriva dove esistono parole proibite. Provo molta ammirazione per una donna e un uomo che hanno sfidato i dittatori e perso la patria. Però, che si è filoisolamici se non si invoca una crociata al giorno, e si è fascisti se non si dichiara Israele come il Terzo Reich, sono due opinioni qui già molto diffuse e attorno a cui si animano i più rumorosi talk show. E sono due opinioni che, come altre non così inappellabili, hanno diritto di cittadinanza in questa Europa dove ancora non si cede e ancora si resta liberi.

Dal 04 Maggio al 31 Giugno 2026 acquistando il prodotto "io Naturelle" è possibile partecipare al CONCORSO NATURALLE GO. Per partecipare visitate il sito [www.naturelle.it](http://www.naturelle.it)

le Naturelle  
UOVA BUONE DAL 1950

Partecipa al CONCORSO NATURALLE GO

naturelle.it



€ 1,40 ANNO 148 - N° 135  
Spese in A.P. 0333/0303 come L.60/2004 art.13 (033/04)

# Il Messaggero



60320  
9771129622401

Mercoledì 20 Maggio 2026 • S. Bernardino

IL GIORNO NAZIONALE

Commenta le notizie su **ILMESSEGGIOTO.IT**

## Il tecnico verso la rescissione. E Conte lascia Napoli **Sarri-Lotito ai saluti** **Lazio su Thiago Motta**

Abbate, Mustica e Tina nello Sport



## L'ex terzino giallorosso **La figlia di Maldera** **«Io perseguitata da uno stalker»**

Mozzetti a pag. 15



## La crisi americana Ai massimi dal 2007 i rendimenti dei bond Usa

► Trentennale al 5,19% pesa l'effetto Hormuz  
Amoruso a pag. 16

### LA CITTÀ DELLE ECCELLENZE/IL TURISMO VALE 15 MILIARDI, GIORNI-PRESENZA TRIPPLICATI

## Attrazione Capitale

Sport, cultura, innovazione e lusso: sempre più investitori puntano su Roma  
Magliaro e Rossi a pag. 6

### Il fattore grandi eventi

Francesco Pacifico  
L'industria turistica della Capitale continua a correre, "incruante" del conflitto in Medio Oriente. Roma si appresta a battere i numeri record del 2025.  
A pag. 7

## I numeri veri I PUNTI DI FORZA DEL DEBITO ITALIANO

Marco Fortis

Da tempo sosteniamo che continuare a guardare alla dimensione e alla sostenibilità dei debiti pubblici soltanto in rapporto al PIL può indurre a gravi errori di valutazione. Infatti, ormai non più solo il Giappone e l'Italia possiedono dei rapporti debito-PIL superiori al 100% (rispettivamente 206,5% e 137,1% nel 2025, secondo l'ultimo "Fiscal Monitor" del fmi) ma anche tutte le altre maggiori economie del G7 esclusa la Germania (62,9%). Gli Stati Uniti guidano la classifica degli inseguitori: Stati Uniti (123,9%), seguiti da Francia (116%), Canada (113,5%) e Regno Unito (102,3%). Diventa dunque sempre più importante soppesare i debiti anche alla luce di altri elementi.

Il primo elemento è la dinamica dei debiti stessi. Infatti, vi sono Paesi i cui debiti/PIL stanno correndo all'impazzata e sembrano inarrestabili, in particolare Usa, Francia, Cina.

Continua a pag. 17

## DOPO LA LETTERA DI MELONI A VON DER LEYEN

# Patto, l'Europa apre all'Italia

► Il vicepresidente Dombrovskis: «Stiamo esaminando la richiesta di Roma». Tra le ipotesi non c'è solo la deroga. Verso la proroga del taglio delle accise. La maggioranza: rivedere il 5% delle spese Nato. Poi lo stop

ROMA Patto di Stabilità, la Ue apre alla deroga chiesta dall'Italia. Verso la proroga del taglio delle accise. Bechis, Pira, Sciarra e il focus di Roberta Amoruso alle pag. 2 e 3

### Attacco della Marina israeliana, interviene la Farnesina

## L'analisi PREPOTENZE E ARDITISMO

Mario Ajello

Hanno sparato alla Flotilla ed è un attacco molto grave. Indifendibile e anche il governo italiano. (-) Continua a pag. 9

## Spari sulla Flotilla fermati 29 italiani

Il blitz dell'Idf su una delle barche della Flotilla  
Errante a pag. 9

### L'analisi

## ENERGIA, PRIORITÀ PER I VENTISETTE

Angelo De Mattia

Difficilmente come nel caso delle spese per la difesa sono ricorse congiuntamente le condizioni di urgenza e di eccezionalità che dovrebbero legittimare il ricorso alla clausola di salvaguardia nazionale per le spese dell'energia.  
Continua a pag. 27

### Il Papa, Musk e l'ia

## TECNOLOGIA E UOMO POSSONO CONVIVERE

Guido Boffo

Una sentenza, una elicotica e una contestazione. Questi tre eventi degli ultimi giorni hanno un minimo comune denominatore: l'intelligenza artificiale. E pongono una serie di questioni che plasmeranno il nostro rapporto con la più grande rivoluzione della contemporaneità.  
Continua a pag. 27

### Le riprese degli ultimi istanti di vita preziose per le indagini

## Nelle GoPro dei sub i video della tragedia

► Recuperati i corpi della prof e di Gualtieri  
Evangelisti a pag. 11

## Il G7: riaprire Hormuz Putin (indebolito) alla corte di Xi per parlare di gas

Filippo Fasulo

Vladimir Putin arriva a Pechino pochi giorni dopo Donald Trump.  
Continua a pag. 4  
Vita a pag. 4

### DA SIMEST RISORSE IMMEDIATE PER LA TUA IMPRESA

## IL COSTO DELL'ENERGIA NON PUÒ FERMARE IL TUO EXPORT

simest gruppo cdp

### ACCANTO ALLE IMPRESE ITALIANE OGGI PIÙ CHE MAI

simest gruppo cdp

### Il Segno di Luca

## VERGINE, GIORNO D'ARMONIA

Un cielo inaspettatamente armonioso rivela oggi la sua simpatia nei tuoi confronti, aiutandoti a portare a segno una tua iniziativa nell'ambito del lavoro. Questo conferma il potere del tuo sguardo acuto e penetrante, che sa andare oltre soluzioni convenzionali. Potrai sorprendere chi crede di conoscerti bene, rivelando sfaccettature solo apparentemente nuove, che adesso è venuto il momento di rivelare, sia a te stesso che al mondo.

**MANTRA DEL GIORNO**  
Per vedere l'invisibile ci si allena.  
L'oroscopo a pag. 27

\* Tandem con altri quotidiani (non accoppiati separatamente): nella versione di Mestre, Lecce, Brindisi e Taranto, il Messaggero • Nuovo Quotidiano di Puglia € 1,20. La domenica l'ultimo numero € 1,40; in Abruzzo, il Messaggero • Giornale dello Sport Stadio € 1,40; nel Molise, il Messaggero • Primo Piano Notizie € 1,50; nelle province di Bari e Foggia, il Messaggero • Nuovo Quotidiano di Puglia • Corriere dello Sport Stadio € 1,50; "Fuori porta al Mare" - € 0,80 (Roma)



Mercoledì 20 maggio 2026

ANNO LIX n° 116  
1,50 €  
San Bernardino  
da Siena  
scandolese

Edizione d'Avvenire  
dalle 08:30

# Avvenire



Quotidiano di ispirazione cattolica www.avvenire.it

Editoriale

## Ventisei bambini dietro le sbarre IL FALLIMENTO PIÙ INGIUSTO

VIVIANA DALOISO

Aprì. Qualche giorno fa, in occasione di un incontro organizzato al Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro e dedicato al tema dei bambini in carcere, il presidente di Unicef Italia Nicola Graziano s'è soffermato su questa parola annunciando l'imminente produzione di un cortometraggio intitolato proprio così, "Aprì": «Un bambino in carcere, d'altronde, dopo la prima parola "mamma" impara la parola "apri". Perché vuole aprire la porta della cella». Aprì. Il blindo. Il cancello. Aprì perché qui dentro manca l'aria. Manca il mondo. Manca la vita. Oggi 26 bambini vivono nelle carceri italiane insieme alle loro madri detenute. Erano 11 appena un anno fa, 19 a metà del 2025. Un numero piccolo, si dirà. Irrilevante nelle statistiche gigantesche della giustizia italiana, s'accollate anche ieri dal puntato rapporto di Antigone. E invece no, da queste pagine non smetteremo mai di ripeterlo: alcune cifre pesano più di altre, diventano la misura morale di un Paese. E 26 bambini dietro le sbarre sono un fallimento enorme, collettivo, politico, umano. Le loro madri hanno commesso reati. Alcuni gravi, altri meno. Piccolo spaccio, furti, marginalità che si tramanda come una malattia sociale. Ma quei bambini no, non hanno colpe. Non sono andati a processo. Eppure la nostra costituzione e lo Stato democratico, vivono in luoghi dove le porte si chiudono con chiavi pesanti, dove le finestre hanno sbarre, dove le luci restano accese, dove sera significa chiusura e mattino apertura.

continua a pagina 14

Editoriale

## Dati e scelte davanti all'emergenza QUANDO IL CLIMA SI FA MALATTIA

ENRICO GIOVANNINI

Nel 2024 sono state 63.000 le morti registrate in tutta la nostra continente a causa del caldo eccessivo, in gran parte nell'Unione Europea. Uno studio condotto su 854 città europee ha mostrato che il cambiamento climatico ha determinato circa il 70% delle 24.000 morti registrate nell'estate del 2025 per l'eccessivo caldo. Le persone a rischio di infezione per puntate di insetti arrivati in Europa a causa del cambiamento climatico sono salite a cinque milioni. Le morti premature a causa dell'inquinamento dell'aria sono stimate in 600.000 all'anno nel nostro continente, 300.000 nella Ue e circa 70.000 in Italia. La sicilia ha deteriorato nel 2023 una perdita di circa 26 miliardi per gli agricoltori europei, mentre il caldo estremo riduce il tempo di lavoro per le persone che operano all'aperto. Le attività legate ai servizi sanitari sono responsabili del 4-5% delle emissioni globali di gas climalteranti, mentre solo nel 20% dei Paesi europei gli effetti del cambiamento climatico sulla salute sono inclusi nella formazione del personale sanitario. Questi sono solo alcuni dei dati contenuti nel Rapporto della "Commissione indipendente su clima e salute" presentato domenica scorsa a Ginevra. Istituita un anno fa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms) per l'area pan-europea, la Commissione ha elaborato 17 raccomandazioni agli Stati membri sulla base di un attento lavoro analitico e di incontri con esperti del tema, amministratori pubblici, ministri, ecc., che hanno fatto comprendere non solo i rischi gravissimi che i sistemi sanitari corrono e correranno nel prossimo futuro a causa della crisi climatica, ma anche le possibili soluzioni.

continua a pagina 14

GIUSTIZIA Alla Corte penale dell'Aja l'udienza dei testimoni contro il "collaboratore" di Almasri: arresti illegali, torture, stupri di migranti



## Gli "schiavi" di Al Buti aprono il processo al sistema Libia

NELLO SCAVO

Inviato all'Aja

Tre giorni per decidere se la giustizia può essere esercitata o per consegnare alla definitiva impunità un sistema che ha già permesso a figure come il generale Almasri di cavarsela. L'imputato è El Hishri, detto "Al Buti", ma da ieri la posta in pallo nell'aula della Corte penale internazionale è molto più alta: si decide se le prove raccolte sono sufficienti ad avviare il processo sui crimini in Libia.

Coronati e il commento alle pagine 5 e 15

IL FATTO Il rapporto di Antigone: sono 64.436 le persone reclusi, a fronte di una capienza di 51.265 posti

## Italia al carcere duro

Cresce l'affollamento, aumentano i suicidi e raddoppiano i bambini dietro le sbarre. Più ricorsi per trattamenti inumani e degradanti. Ostacolato l'ingresso delle associazioni

GIUSEPPE MUOLO

L'AZIONE CRIMINALE DI MODENA

La gip: non c'è prova per ora che El Koudri abbia agito in conseguenza della malattia

ESTEFANO TAMBURRINI - MATTEO MARCELLI

Il 31enne Salim El Koudri ha scelto di non rispondere alle domande del giudice delle indagini preliminari, che gli contesta le accuse di "strage", con l'aggravante delle lesioni gravissime ma non quella di terrorismo. L'avvocato: «È dispiaciuto». Il gip nell'ordinanza scrive che al momento non ci sono elementi per legare l'attentato ai disturbi psichici. Servirà una perizia psichiatrica. Ancora viva la polemica politica.

Motta, Muolo, Scarnicci e intervento di Moratti alle pagine 6 e 7

La popolazione detenuta continua ad aumentare, denuncia il rapporto di Antigone. Il tasso di sovraffollamento ha raggiunto il 139,1%. In un anno è anche raddoppiato il numero dei bambini innocenti (da 11 a 26) in carcere con le loro madri. Dal 2022 è triplicato il numero delle persone sottoposte a regime di vita chiuso. Tra il 2018 e il 2024 sono quasi raddoppiati i ricorsi accolti dalla magistratura di sorveglianza per trattamenti inumani e degradanti. I numeri dei suicidi rimangono altissimi (82 nel 2025 e 24 solo dall'inizio del 2026).

Ghirardelli a pagina 11

SCAMBIO DI PROPOSTE

Attacco fermato, si negozia. Ma tra Usa e Iran le posizioni rimangono molto lontane

LUCA FOSCHI

Oltre le altisonanti minacce e le apparenti concessioni, le proposte di accordo che viaggiano pressoché immutate fra Washington e Teheran, è ancora lo scorrere del tempo l'unica certezza per i protagonisti del concerto diplomatico che sta cercando di mettere fine alla guerra in Medio Oriente. Gli sforzi necessari ad avvicinare le parti si chiedono più tempo», ha affermato Majed al-Ansari, portavoce del ministro degli Esteri qatariota.

Pescali a pagina 3

I nostri temi

ATLANTE AFFETTIVO

Per i giovani le promesse valgono ancora

LUIGI BALLERINI

Le ragazze e i ragazzi non trattano la promessa con leggerezza. Non è qualcosa che serve a prendere tempo.

A pagina 15

ACCOGLIENZA

A Catania i padri separati ritrovano casa

ALESSANDRO RAPISARDA

Chi dorme in auto, chi vive il vuoto. Alfo Padio, la casa aperta a Catania dai Missionari Vincenziani è per loro.

A pagina 10

LA SCADENZA DEL PNRR

Medici di base, la riforma accelera ma divide ancora

Campisi e Negrotti a pagina 8

L'OBIETTIVO DEL 5% DEL PIL

Governo nel caos sui fondi per il riarmo

Iasevoli a pagina 9

ISRAELE TRATTIENE I 29 ITALIANI

Flottilla, stop tra gli spari. Tjani promette verifiche

Guerrieri a pagina 9

Seno

«Mentre succhiavi, con la sua manina neonata appoggiata al mio seno sembrava sussurrarmi i segreti della vita». Un'amica, mamma da poco, l'esperienza di un corpo che genera una vita, esperienza luminosa che rischia di ammentarsi di luce per troppa bellezza, invece lei, lucidissima, mi dice che non mi parlerà del grembo, come le avevo chiesto io, perché il periodo della gravidanza in sé «ha tradito alcune aspettative idealizzate», quindi mi parlerà di quando il figlio appena nato sussurrava segreti succhiando dal suo seno. Che è poi un capovolgimento interessante, la parte del nostro corpo che sembra creata appositamente per dare vita ecco

che ce la dona, dal seno siamo noi a succhiare i segreti della vita da una creatura. Senza partorire Cristo siamo forse, con Dante, tutti figli dei nostri figli? Non so ma di sicuro mi pare interessante chiedere al nostro corpo di mantenersi sempre in relazione, aperto insieme alla parola e all'ascolto, a una sistole e diastole continua e contemporanea. Nemmeno l'allattamento può essere concepito come un atto di pura cura, siamo insieme anche accuditi, sfamati. Mi viene in mente Domenica del Paradiso, una mistica fiorentina nata alla fine del 1400 che chiedeva a Dio di essere allattata da Lui «O Sposo io non ho latte, bisogna che mi sia dato da Te» e Dio la allattava.

© FOTOGRAFIA ASSOCIATA

Corpo

Alessandra Dielo'

NOVECENTO

Quando Bernabei fece da mediatore tra Urss e Vaticano

Giovagnoli a pagina 18

LETTERATURA

Il ritorno di Jiri Weil nella bolla oscura della Praga nazista

Freschi a pagina 19

CINEMA

A Cannes storie di preti contro la guerra, ieri e oggi

De Luca a pagina 20

HELP GAZA NOW  
ORA PIÙ CHE MAI  
Con il tuo 5X1000  
CODICE FISCALE:  
9705440581  
arci

# Medici di famiglia, riforma resta in bilico e le Regioni bocchiano riordino del Ssn

Sanità

Sindacati contrari pronti alla mobilitazione, il decreto allo studio ora è a rischio

**Marzio Bartoloni**

La riforma dei medici di famiglia scricchiola sempre di più, ma resta per ora in bilico nonostante il muro alzato dai sindacati di categoria pronti a scioperi e mobilitazioni nei prossimi giorni, anche se non mancano al loro interno dei distinguo. Il rischio concreto ora è che senza un intervento immediato l'appuntamento con l'apertura a fine giugno con oltre mille Case di comunità - maxi ambulatori finanziati con 2 miliardi dal Pnrr dove fare visite, esami e prevenzione - si trasformi in un clamoroso flop.

L'ultimo report di Agenas che fotografa la situazione a dicembre scorso raccontava di solo il 4% di strutture con tutti i servizi attivi a causa soprattutto della mancanza di medici e infermieri. Da qui l'urgenza di una riforma dei medici di famiglia da far lavorare anche nelle Case di comunità sostenuta in primis dalle Regioni, finora compatte, e dal ministro della Salute Orazio Schillaci che l'aveva condivisa con la stessa premier Giorgia Meloni che meno di un mese fa aveva invitato Schillaci ad andare avanti. Una posizione che ora potrebbe vacillare di fronte agli altolà della categoria e ai dubbi che serpeggiano all'interno di Fratelli d'Italia, il partito della premier, dopo lo stop di Forza Italia.

Intanto proprio ieri le Regioni hanno bocciato l'altra riforma voluta da Schillaci e cioè il Ddl delega di riordino del Ssn che punta innanzi-

tutto alla revisione della rete ospedaliera: «Ci saremo aspettati un coinvolgimento differente e preventivo, non ex post», ha spiegato Massimo Fabi, assessore dell'Emilia e Coordinatore della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni che già domani dovrebbe chiedere il ritiro formale del Ddl e «l'apertura di un confronto con le Regioni nel segno della leale collaborazione». Un metodo, questo, della collaborazione che invece è stato seguito nel caso della riforma dei medici di famiglia che ha visto, dopo diversi confronti, la stesura di

una bozza di decreto condivisa da tutti i governatori preoccupati dal possibile flop delle Case di comunità: il nucleo della riforma, ritoccata in corsa, prevede un doppio canale per assoldare i medici di famiglia di cui oggi c'è una grande carenza tanto che ne abbiamo meno di tutti in Europa e cioè da una parte mantenere come prioritario il canale attuale della convenzione - i dottori restano liberi professionisti che lavorano per il Ssn - e dall'altra, ma solo in via "residuale", assumerne un contingente come dipendenti del Servizio sanitario per assegnarli lì dove ci sono le maggiori carenze a partire proprio dalle Case di comunità che rischiano di aprire vuote. Una possibilità, quest'ultima vista come fumo negli occhi dai sindacati soprattutto da quello più grande, la Fimmg, che anche ieri - in occasione della giornata mondiale

del medico di famiglia - ha rilanciato il suo «no ad una riforma che nel metodo e nel merito appare inaccettabile» minacciando anche lo sciopero nel caso il Governo intendesse andare avanti. Gli altri sindacati - Smi e Snami - sono invece meno rigidi sull'ipotesi di una dipendenza soltanto residuale.

Le indicazioni delle sigle sono state inviate ieri ai tecnici del ministero che ora dovrebbero farne tesoro per modificare il testo. Ma pesa il no della Fimmg che propone di fare subito il nuovo Accordo collettivo nazionale dove inserire le misure e i debiti orari da spendere dentro le Case di comunità lasciando intatta la convenzione e rinviando a una futura riforma con disegno di legge la revisione di tutta la medicina generale. Ma basterà la convenzione con tutti i necessari accordi regionali da fare in brevissimo tempo a riempire le nuove strutture che dovrebbero sfoltire i troppi accessi al pronto soccorso? Il dubbio è più che concreto, ma la strada verso la dipendenza (anche se "residuale") per i medici di famiglia - una via a esempio seguita in Spagna e Portogallo e con forme miste in altri Paesi europei - sembra ormai sempre più in salita.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le Regioni chiedono il ritiro della delega che rivede la rete ospedaliera: «Il testo va condiviso prima»



# Il medico di medicina generale: un protagonista che manca alla cura

Sistema sanità  
Massimo Massetti

**O**gni giorno nei reparti e nel pronto soccorso delle strutture ospedaliere e dei policlinici universitari si avverte con chiarezza il valore insostituibile che dovrebbe avere il medico di medicina generale, conosciuto in un passato

nemmeno lontanissimo come medico di famiglia. La medicina generale di prossimità è il primo presidio di salute, quello dove il professionista conosce la storia del paziente, la sua famiglia e il suo contesto sociale. Eppure, di fronte alle sfide demografiche e alla crescente complessità della cronicità, il modello attuale, pur valido nella sua impostazione di base, deve essere modificato e potenziato per garantire una collaborazione più stretta e in continuità tra territorio e ospedale.

Lo sanno bene i cittadini e i malati che sperimentano la difficoltà di questo che dovrebbe essere il primo contatto con la cura: ambulatori aperti poche ore al giorno con i medici in difficoltà e operati da una burocrazia e un numero di assistiti eccessivo che supera spesso i 1500. Da qui un'altra emergenza che investe l'assistenza di prossimità: sempre più cittadini hanno difficoltà a trovare un medico di famiglia, soprattutto nelle zone urbane ad alta densità di popolazione. Non solo: i disagi aumentano nelle zone rurali dove non bastano gli incentivi per i giovani medici chiamati a sostituire i colleghi andati in pensione. C'è poi lo smarrimento delle persone anziane e sole, rimaste senza dottore, che non riescono a trovarne un altro vicino a casa e sono costretti a percorrere anche 30 km. È proprio da questa esperienza quotidiana che emerge con forza la

necessità di una medicina generale di prossimità forte, integrata e protagonista e mai solo spettatrice del percorso di cura. Solo così il medico di famiglia può tornare a esercitare pienamente il proprio ruolo di coordinatore della presa in carico integrata della cronicità: eseguire esami di primo livello sul territorio nelle case di Comunità, gestire programmi di prevenzione primaria e secondaria e curare in modo continuativo il paziente diabetico, scompensato o con Bpco, coordinarsi in tempo reale con lo specialista ospedaliero ed evitare duplicazioni e interruzioni del percorso terapeutico. Diventa, insomma, il vero "case manager" del malato.

È in questo quadro che si colloca il decreto legge del ministro Orazio Schillaci sulla riforma della medicina generale. Non si tratta affatto di smantellare una

professione, come i più ciechi difensori della situazione attuale pure hanno detto, ma di liberarne il potenziale e di renderla finalmente protagonista. Il provvedimento introduce un doppio binario volontario, convenzione

riformata con maggiore integrazione nelle strutture territoriali e rapporto di dipendenza con il Servizio Sanitario nazionale per chi lo sceglie, che permette ai medici di famiglia di lavorare in équipe multidisciplinari all'interno delle Case della Comunità, appena finanziate con un investimento di 2 miliardi di euro del Pnrr. La riforma restituisce invece dignità professionale al medico di medicina generale, lo riporta al centro del percorso di cura, dove dovrebbe stare: non più figura isolata, ma

coordinatore della presa in carico integrata della cronicità. Un modello virtuoso in questo senso esiste già in Europa e dimostra come l'integrazione strutturale della medicina generale produca risultati concreti. In Francia, le Maisons de Santé Pluridisciplinaires o centri multidisciplinari nati nel 2007 e potenziati dalla legge del 2016, hanno rafforzato la collaborazione tra medici di famiglia, infermieri e altri professionisti, migliorando la continuità delle cure, riducendo gli accessi inappropriati al pronto soccorso e alleggerendo la pressione sugli ospedali, senza intaccare l'autonomia professionale. In Spagna, la grande riforma dell'assistenza primaria del 1984-85 ha creato i Centri di Salute con équipe multidisciplinari territoriali (medici di famiglia, infermieri, pediatri e altri professionisti), garantendo una presa in carico globale, prevenzione, cura domiciliare e attività comunitarie: un sistema considerato tra i più solidi d'Europa, altamente efficace in rapporto ai costi e capace di migliorare gli outcomes di salute della popolazione grazie alla forte integrazione ospedale- territorio.

Ancora: in Germania, i modelli di cura integrata basati sui Hausärzte (medici di famiglia) e sui Medizinische Versorgungszentren (Mvz), centri pluridisciplinari, hanno valorizzato il ruolo gatekeeping del medico di



prossimità all'interno di reti coordinate con ospedali e specialisti, come dimostrato da esperienze di successo quali *Gesundes Kinzigtal*, dove la gestione multidisciplinare ha ridotto le riacutizzazioni croniche e ottimizzato le risorse del sistema. Il

vantaggio per il paziente è straordinario: continuità assistenziale vera.

Non più un rimbalzo tra ospedale e territorio, ma un unico progetto di cura condiviso, personalizzato e monitorato nel tempo. Il malato non è più un "utente" che si perde tra le maglie del sistema, ma la persona al centro di un percorso coordinato tra prossimità e ospedalità.

Dal punto di vista del sistema, la riforma Schillaci è un investimento ad alto rendimento. Una medicina territoriale forte e integrata garantisce maggiore appropriatezza delle prestazioni: meno accessi impropri in pronto soccorso, meno ricoveri evitabili, riduzione della spesa ospedaliera. In un Paese che invecchia rapidamente e con risorse sotto pressione, la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale passa proprio da questa collaborazione strutturale tra

ospedale e territorio. Sappiamo che alcuni colleghi di medicina generale temono un indebolimento della professione e, pur comprendendone le preoccupazioni, crediamo che il vero rischio sia mantenere lo status quo, senza evoluzione alcuna. È vero invece che riforma non toglie autonomia, ma la valorizza all'interno di un modello di squadra moderno, attraente anche per i giovani medici e finalmente allineato con le esigenze del XXI secolo. La specializzazione universitaria e una remunerazione orientata agli obiettivi di salute rafforzano ulteriormente la dignità della disciplina.

L'esperienza quotidiana negli ospedali dimostra che questa riforma trasforma la medicina generale in protagonista del percorso di cura. È l'unico modo per garantire una sanità veramente centrata sul malato, continua, appropriata e sostenibile. Il decreto Schillaci non è un'iniziativa isolata e decontestualizzata da una visione della riorganizzazione del SSN: questa segue la legge sull'Umanizzazione delle Cure e il Benessere Organizzativo approvata l'anno scorso e i cui decreti attuativi sono nell'imminenza di essere firmati. Questa norma costruisce l'architettura giuridica che autorizza le Regioni a sperimentare modelli organizzativi per l'erogazione dei servizi sanitari con una cura centrata sul malato e il suo problema di salute, che concretizza una nuova alleanza tra ospedale e territorio. Gli italiani, soprattutto i più fragili e gli anziani, meritano una medicina generale forte, moderna e integrata. La riforma va esattamente in questa direzione. E va sostenuta senza esitazioni.

*Direttore Dipartimento di Scienze Cardiovascolari  
Fondazione Policlinico A. Gemelli*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**SI DEVE COSTRUIRE  
UNA NUOVA  
ALLEANZA  
TRA OSPEDALE  
E TERRITORIO  
PER I PIÙ FRAGILI  
E GLI ANZIANI**

1.500

**L'INTASAMENTO**

Spesso si accumulano i tempi per le prestazioni di base anche perché ci sono medici di base che hanno una clientela di oltre 1.500 assistiti.



**LA SCADENZA  
DEL PNRR**

## Medici di base, la riforma accelera ma divide ancora

Campisi e Negrotti a pagina 8

# La riforma dei medici di base è a un bivio Il Governo accelera, ma è rischio sciopero

**ELISA CAMPISI**

Il testo pronto c'è, il Governo intenzionato a chiudere al più presto pure, soprattutto dopo aver ottenuto il via libera dalle Regioni. Quello che manca è ancora l'accordo tra le parti coinvolte. E questo non è poco. Al centro del dibattito tra Governo e sindacati di categoria è ancora il decreto-legge che dovrebbe riformare l'assistenza territoriale. Presentato in bozza dal ministro della Salute, Orazio Schillaci, lo scorso 23 aprile alla Conferenza delle Regioni, il testo punta a collocare i medici di famiglia nelle Case di comunità (Cdc). Ma ieri, un'ulteriore battuta d'arresto è arrivata da Massimo Fabi, coordinatore della Commissione Salute Conferenza delle Regioni, che ha annunciato di voler chiedere a Palazzo Chigi il ritiro del ddl delega "Riorganizzazione e potenziamento assistenza sanitaria" (al quale la riforma di Schillaci è collegata): «Ci saremmo aspettati un coinvolgimento differenziale e preventivo, non ex post, su un provvedimento che per i contenuti e i temi trattati non avrebbe meritato un percorso legislativo d'urgenza».

Uno dei noccioli essenziali che scontenta praticamente tutti i sindacati è proprio l'obbligo per medici di base e pediatri di libera scelta di svolgere almeno sei ore a settimana nelle Cdc, nell'intento di lasciare a loro la gestione dei pazienti meno gravi e alleggerire il pronto soccorso. La riforma pre-

vede anche la possibilità per le regioni di assumere i professionisti in caso di carenze di organico e quindi l'ingresso dei medici di base nel regime di dipendenza. A sintetizzare le necessità delle regioni su questo punto è stato la scorsa settimana il presidente della Regione Lazio, Francesco Rocca, a margine dell'inaugurazione del nuovo pronto soccorso dell'ospedale San Camillo Forlani, a Roma: «La cosa che mi preoccupa come presidente è la possibilità di programmare. Io devo sapere quali sono le risorse che ho realmente a disposizione sul territorio per fare una programmazione corretta. Nessuno vuole mortificare o gravare il medico di medicina generale, però loro ci devono mettere in condizioni di poter rispondere anche con lo strumento della dipendenza, laddove noi abbiamo difficoltà a reperire il personale con lo strumento della convenzione». Del resto, ha ricordato, la scadenza del 30 giugno è imminente. Ecco perché il Governo punta a chiudere l'intesa entro pochi giorni, così da portare il dl in Consiglio dei ministri entro giugno ed evitare il rischio di non centrare gli obiettivi del Pnrr sulla sanità, usato per realizzare le Cdc, e dunque di perdere i fondi assegnati. «Prevediamo a strettissimo giro di raggiungere un accordo con i medici di medicina generale, in collaborazione con le Regioni», aveva dichiarato giovedì scorso il sottosegretario alla Salute, Marcello Gemmato, subito dopo il secondo incontro sul tema tenutosi al ministero della Salute, a cui hanno partecipato anche esponenti del Parlamento, della Con-

ferenza Stato-Regioni e dei sindacati. Ma è proprio dopo questo incontro che è risaltata ancora una volta la divergenza di attese tra le due parti, con il Governo e le Regioni ottimiste da un lato e i sindacati critici dall'altro. Per Gemmato il tavolo è stato un grande passo in avanti, ma il tempo stringe e i nodi da sciogliere non sono pochi.

Per la Federazione dei medici di medicina generale, infatti, «la riunione si è conclusa ancora una volta senza una soluzione condivisa e non è ancora chiaro se l'urgenza reale sia raggiungere gli obiettivi del Pnrr legati alle Cdc o creare un canale di dipendenza per i medici di medicina generale». La Fimmg, però, aveva ribadito la «disponibilità a collaborare attraverso strumenti negoziali più rapidi ed efficaci rispetto a un percorso legislativo», ma ieri ha comunque rinnovato le critiche con un manifesto che recita: «Oggi 19 maggio è la Giornata mondiale del medico di famiglia. La riforma vuole fargli la festa». Permangono delle criticità - in primis il debito orario da colmare e la retribuzione legata agli obiettivi - anche secondo il Sindacato medici italiani (Smi) che, in stato di agitazione, ha indetto una



manifestazione nazionale contro la riforma per il 28 maggio a Roma, davanti al ministero della Salute e ha proposto alcuni emendamenti. In particolare, ha sottolineato la segretaria Pina Onotri, il nodo è l'orario che i medici devono svolgere nelle Cdc e la retribuzione per obiettivi. Per lo Smi la fuga dei medici di famiglia è destinata ad accelerare e il ddl Benigni (sempre sulle modifiche delle attività dei medici) e il Decreto Schillaci «rischiano di rappresentare il colpo di grazia definitivo». In stato di agitazione pure la Federazione dei medici territoriali, con il suo segretario nazionale, Francesco Esposito, che ha promesso: «Come sindacati presenteremo proposte emendative, perché come abbiamo più volte ribadito alcuni aspetti della bozza di decreto sono irricevibili».

Valuta invece positivamente la proposta delle Regioni della riforma del sistema formativo, con la previsione della specializzazione per i medici di famiglia. Un aspetto che vede d'accordo il sindacato autonomo dei medici Snam, che ritiene invece la specializzazione ad hoc in medicina generale, prevista nella bozza, «l'unico vero punto di convergenza», in linea con la priorità che la professione venga «riconosciuta attraverso un percorso formativo più qualificante e strutturato». E infine c'è la posizione della Federazione Italiana Medici Pediatri, che con le parole del presidente Antonio D'Avino avvertono: «La riforma territoriale proposta dal decreto Schillaci, contrariamente a quanto asserito, rischia di tradursi per i cittadini non in un "potenziamento" dei servizi, ma

in un vero e proprio esproprio della sicurezza sanitaria delle famiglie». Secondo il presidente della Fimp, le Cdc potrebbero portare infatti a «una trasformazione radicale che rischia di snaturare la medicina del territorio e il rapporto di fiducia con il proprio medico convenzionato» e il «doppio canale (convenzionamento e dipendenza)» potrebbe essere «l'anticamera della privatizzazione del Ssn, con bambini di serie A e bambini di serie B». Tutti temi che riguardano la salute dei pazienti di ogni età, affrontati nuovamente sabato scorso dalla Fimmg in sede di Consiglio nazionale, dove è stata approvata all'unanimità una mozione durissima contro la bozza del decreto, giudicata inaccettabile sia nel metodo che nel merito, ed è stato confermato lo stato di agitazione,

deliberando la convocazione permanente e avviando una mobilitazione che potrebbe arrivare fino allo sciopero. Per la Fimmg, che ieri ha rilanciato con forza il suo no alla riforma, è solo l'inizio di «una fase di escalation di proteste, che partiranno con iniziative condivise dai livelli provinciali e regionali e che si concluderanno solo con la firma dell'accordo collettivo nazionale».

Un medico di base riceve una paziente nel suo studio  
Nella foto in basso Americo Cicchetti, docente di Economia sanitaria all'Università Cattolica

Tra i punti più contestati c'è l'obbligo per dottori di famiglia e pediatri di lavorare almeno sei ore settimanali nelle Case di comunità, e la possibilità di essere assunti come dipendenti del Servizio sanitario nazionale

Forte dell'accordo con le Regioni, l'esecutivo punta ad approvare subito il decreto legge e rispettare le scadenze del Pnrr. Ma i sindacati denunciano criticità su orari e retribuzioni e sono pronti alla protesta



## L'INTERVISTA

# «La dipendenza nel Ssn sia volontaria Ai territori serve un modello flessibile»

ENRICO NEGROTTI

«**L**a decisione del medico di medicina generale (e del pediatra di libera scelta) di diventare dipendente del Servizio sanitario nazionale (Ssn) sarà volontaria. E l'intervento con decreto legge si spiega con l'urgenza di "riempire" le Case della comunità, in vista della scadenza del 30 giugno prossimo per alcuni adempimenti del Pnrr». Anche se il tema era sul tavolo da tempo, la notizia del progetto del ministro della Salute, Orazio Schillaci, che - per il lavoro dei medici di medicina generale (mmg) nel Servizio sanitario nazionale - vuole affiancare alla forma della convenzione quella del contratto da dipendenti ha dato origine a forti contestazioni da parte dei sindacati del mondo medico, mentre le Regioni sono tendenzialmente più favorevoli. Americo Cicchetti, docente della facoltà di Economia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore a Roma, chiarisce: «Rispetto allo schema un po' rigido del decreto ministeriale 77/2022 che istituiva le Case della comunità, si sceglie di lasciare maggior libertà d'azione alle Regioni: il modello sarà variabile, adattabile ai singoli territori».

**Perché si propone un decreto legge per modificare modelli organizzativi e contrattuali dei medici di medicina generale?**

L'urgenza del decreto è motivata dalla necessità di riempire le Case della comunità. Alla scadenza del 30 giugno bisogna arrivare ad avere qualcosa di più e di meglio di quanto c'è adesso. Il Dm77 ha proposto un modello verticale di Case della comunità (Cdc), che però non possono funzionare senza i mmg. Di qui la necessità del ministero della Salute di intervenire per garantire il raggiungimento degli obiettivi che saranno verificati dalla Commissione Europea.

**Quale modello propone il decreto voluto dal ministro Schillaci?**

Le Case della comunità sono state pensate come un contenitore che ospiti alcune figure professionali (mmg, pediatra, infermieri, assistenti sociali, psicologo, alcuni medici specialisti) con la disponibilità di alcune tecnologie, per

erogare alcune prestazioni: l'obiettivo è una sanità territoriale più vicina al cittadino. Ma le stesse Regioni concordano sul fatto che le Cdc non possono essere istituite allo stesso modo in tutti i territori, aree metropolitane e aree rurali o interne: infatti il bacino di 50mila abitanti per ogni Cdc in una città come Roma si ottiene in un quartiere, ma nella sua provincia occorre mettere insieme più Comuni per raggiungerlo. E si perde il requisito di prossimità che tali strutture dovrebbero possedere. In territori meno urbanizzati può funzionare meglio un modello a piccoli nuclei di mmg. Il modello unico della Cdc non funziona dappertutto e ogni Regione sta trovando la sua strada.

**Quindi perché proporre la dipendenza dal Ssn?**

Il fulcro della Cdc resta il medico di medicina generale: ma nonostante le possibilità offerte dalla Convenzione nazionale di contrattare la presenza dei mmg nelle Case di comunità, poche Regioni hanno siglato i relativi accordi, anche perché cercano di avere più delle 6 ore di presenza nella Cdc previste dalla convenzione. Anzi, oltre un anno e mezzo fa, alcune Regioni avevano chiesto un supporto al ministero della Salute, concordando di intervenire sui medici di famiglia nella direzione della dipendenza, trovando modulazioni e formule. Tra queste Regioni figuravano Lazio, Friuli-Venezia Giulia, Veneto ed Emilia-Romagna, almeno fino al cambio di rotta voluto dal neo presidente eletto Michele De Pascale. Il decreto proposto da Schillaci va in questa direzione, lasciando aperta la possibilità di due canali di impiego: l'attuale convenzione (da riformare, però) e la dipendenza.

**In questo modo saranno raggiunti gli obiettivi posti con il Dm77 e alla base dei progetti finanziati dal Pnrr?**

Lo scopo del decreto (ancora da perfezionare e oggetto di confronto con le Regioni) è il miglior funzionamento del Ssn. E i suoi concetti di base sono condivisi dalle Regioni, che sanno di dover rispondere ai bisogni di territori diversi e condividono la necessità di un

modello più flessibile di quello delineato con il Dm77. È un discorso compreso anche dall'Unione Europea: infatti, circa sei mesi fa, sono stati aggiornati i parametri che verranno utilizzati dalla Commissione Europea per verificare i servizi attivati nelle Cdc - tra cui la copertura oraria del personale infermieristico h12 e dei medici h24 - che saranno realizzabili anche con forme di integrazione e di medicina di continuità. Come si interseca questo decreto con la legge delega per la riforma sanitaria che il ministro presentò a gennaio?

Se il decreto sarà approvato, quando si discuterà in Parlamento la legge delega ci sarà un aspetto già realizzato. E nella legge delega si potrà affrontare l'assistenza territoriale in un decreto legislativo che richiami anche quanto contenuto nel decreto legge. Il decreto legge indirizzerebbe la scrittura dei decreti legislativi previsti dalla legge delega.

**La principale obiezione dei sindacati medici è che la dipendenza cancella il rapporto fiduciario tra medico e paziente. È così?**

Nell'evoluzione sociale e demografica attuale, il rapporto di fiducia può anche essere assolto dalla presenza di più professionisti nella Cdc. Teniamo presente l'enorme investimento sostenuto negli ultimi anni per la condivisione dei dati, come il fascicolo sanitario elettronico. Però il meccanismo proposto dal ministro è ibrido: mette insieme la libera scelta del cittadino e l'obbligo del medico di fare un certo numero di ore nella Cdc. Non esiste una soluzione ottimale per tutti, le posizioni più estreme sono troppo distanti per trovare un punto di incontro, ma c'è bisogno di superare i veti. Sono convinto che il percorso attuale sia ragionevole, la convenzione non viene abbandonata, il rapporto fiduciario non viene eliminato, ma andrà regolato in maniera diversa. Nel decreto legge si esprime il



principio che la convenzione convive con altre forme contrattuali che legano il mmg al Ssn, tra cui la dipendenza. La scelta deve essere volontaria e prevarrà forse tra i medici più giovani: e dovrà essere incentivata economicamente. Il nuovo meccanismo di ingaggio dei medici di famiglia dovrà essere sufficientemente flessibile per adattarsi a diverse forme di Cdc, di cui si di-

scute in Conferenza delle Regioni. Ovviamente scuotere un modello consolidato da decenni può creare qualche disorientamento.

Cicchetti, docente di Economia sanitaria alla Cattolica: «Senza medici di famiglia le Cdc restano scatole vuote. L'obiettivo è rispondere a bisogni diversi»



**COPERTINA**

# L'ANNO ZERO DEI MEDICI DI BASE

I camici bianchi sono fortemente contrari alla riforma della categoria voluta dal governo, soprattutto nella parte che li vuole dipendenti e che li vincola a un orario di lavoro. L'unico modo per far fronte alle carenze territoriali e per aprire - finalmente - le Case di comunità. Liberando i Pronto soccorso.



di Maddalena Bonaccorso

**È** la tarda mattinata di un lunedì qualsiasi e allo sportello di scelta e revoca del medico di base va in scena lo psicodramma. Nella Lombardia delle eccellenze della salute, punto di approdo di pazienti che arrivano da ogni parte della Penisola per trovare le cure migliori, mancano ormai 1.540 medici di famiglia (sono 5.700 i posti vacanti in tutta Italia), e la signora Silvana - anni 83, il suo dottore è appena andato in pensione lasciando più di 1.300 pazienti senza assistenza - ha trovato un'unica alternativa: un professionista con ambulatorio a molti isolati da casa sua. «Non so come farò ad andare alle visite, ma mi reputo comunque fortunata, perché anche oggi tante persone non sono riuscite a ottenere un posto: io sono venuta a far la fila per cinque volte e alla fine ce l'ho fatta. Probabile che a questo dottore sia appena morto un assistito e quindi oggi c'era "un buco" per me».

Cinismo a parte, è la nostra amara verità: i medici di base non bastano più e quindi, alla faccia del tanto invocato rapporto fiduciario, per trovarne uno occorre prendere un numero alla lotteria dei posti. In molte zone del Paese i pensionamenti corrono molto più veloci dei nuovi ingressi e migliaia di cittadini restano senza un riferimento sul territorio. È su questa carenza, prima ancora che sui modelli organizzativi, che si gioca la partita della riforma della medicina generale alla quale il ministro Orazio Schillaci sta lavorando da settimane, tra polemiche, veti incrociati di sindacati e corporazioni, ma anche da parte della stessa maggioranza di governo: Forza Italia, con Antonio Tajani, ha espresso contrarietà a «far regredire i medici di famiglia ad anonimi burocrati chiusi nelle Case di comunità».

Il decreto d'urgenza, discusso con Regioni e sindacati, arriverà in Consiglio dei ministri entro la fine del mese. Anche perché sull'esecutivo incombe una spada di Damocle: il problema delle Case di comunità. Entro il 30 giugno, l'Europa ci

chiederà conto della loro realizzazione, e l'Italia rischia di perdere i finanziamenti della Missione 6 del Pnrr per non aver raggiunto gli obiettivi: secondo gli ultimi monitoraggi, infatti, solo il 4% (66 su 1.715) di queste strutture è attiva. Perché le Case di comunità diventino operative occorre intervenire sulle norme che disciplinano il rapporto tra i medici di medicina generale e il Servizio sanitario nazionale. Ecco il perché della "corsa" del ministro.

**Ma quali sono i punti salienti di questo decreto?** «La riforma Schillaci ridisegna la medicina territoriale con un modello a doppio canale» dice a *Panorama* Roberto Carlo Rossi, presidente dell'Ordine dei medici chirurghi e odontoiatri di Milano. «I medici di famiglia potranno continuare a lavorare come liberi professionisti convenzionati, ma per chi vorrà ci sarà la possibilità di diventare dipendenti del Servizio sanitario nazionale e prestare servizio nelle Case di comunità: con nuovi obblighi organizzativi e integrazione nella rete territoriale. Per noi, però, questa idea comporta alcune criticità: si perderebbe il rapporto fiduciario con i pazienti, e si verrebbero a creare due "categorie" di professionisti all'interno della stessa branca. Non ci sembra giusto, né equo».

Ma già adesso, con le mille difficoltà riscontrate dai cittadini per ottenere una visita dal medico di base si potrebbe dire - ironizzando ma non troppo - che il rapporto fiduciario in molti casi è possibile solo con le loro segreterie. Nelle intenzioni del ministro c'è anche un cambio dei criteri di remunerazione: non più legati per la massima parte al numero di assistiti, ma anche alla partecipazione ai percorsi di presa in carico dei pazienti, a una quota di ore (6 a settimana) da dedicare alle case di comunità, alla partecipazione a monitoraggi, e ai risultati.

Si potrebbe definire "meritocrazia", ma c'è polemica anche su questo argomento. Tutti contrari, a eccezione di Ugl Salute. «Passare a una remunerazione legata a obiettivi e all'obbligo di ore nelle nuove strutture è una sfida necessaria per rafforzare l'assistenza primaria», dice il segretario della sigla sindacale, Gianluca Giuliano. «Non possiamo più pen-

sare di mantenere uno "status quo" che si sta dimostrando carente».

È previsto inoltre un riordino della formazione: se oggi infatti per diventare medici di medicina generale si segue un corso triennale su base regionale, con la riforma servirà un percorso specialistico universitario della durata di 4 anni. I medici di base non sarebbero più - secondo l'immaginario della categoria sanitaria - le "pecore nere" della situazione, quelli con meno competenze, ma specialisti equiparati agli altri. Perché è un fatto che - attualmente - i medici, si lamentano tutti. Gli ospedalieri con il territorio, perché non filtra i pazienti e fa ingolfare i Pronto soccorso, i medici di famiglia con la burocrazia, con i colleghi che li sminuiscono e il sistema che non garantisce loro il diritto a malattia e ferie.

Inoltre, anche i pazienti sono cambiati: nell'era di dottor Google, sono sicuramente più "eruditi" di una volta e il dottore che visita "a mani nude" (ammesso di trovarlo) non ispira più fiducia: se quando ci si reca in visita non si ottiene almeno un'ecografia o una prescrizione per altri esami si esce dallo studio insoddisfatti. Sull'idea di assumere i medici di base per mandarli in Casa di comunità, tuttavia, grava un altro problema, quantomeno per le Regioni in piano di rientro, cioè Abruzzo, Calabria, Molise, Sicilia, Lazio e Puglia. «Premesso che ormai il 90% dei Pronto soccorso è perennemente sovraffollato e che il 70% degli accessi sono inappropriati, cioè sono persone che andrebbero viste altrove, allora è necessario che questo altrove funzioni» dice Renato Costa, responsabile Cgil Sanità per la Sicilia.

**«Solo che per le Regioni in piano di rientro non è possibile assumere nuovi**



medici per le Case di comunità. Occorrerà quindi rivolgersi a cooperative? Si ricadrà nel meccanismo dei gettonisti? Vedremo cosa succederà». Fatto sta che da almeno vent'anni tutti riconoscono che la sanità territoriale va riorganizzata, ma ogni volta che si prova a cambiare qualcosa la riforma si arena. È eccessivo dire che sulla medicina generale esiste un potere di veto capace di condizionare governi, Regioni e Parlamento? «Non è per nulla esagerato, anzi» conferma Gilberto Turati, ordinario di scienza delle finanze alla Cattolica di Milano e coordinatore della laurea magistrale in healthcare management. «Non dobbiamo però pensare che le corporazioni siano compatte nel bloccare l'innovazione: c'è uno zoccolo duro di sanitari anziani ancorati al passato, ma ci sono molti medici di base giovani che questa sfida la accettano. Occorre rendersi conto che il modello del medico di base di un tempo non è più quello che serve. Faccio un paragone: negli anni Settanta ci si è accorti che l'operaio di una volta, quello che sapeva fare più o meno tutto, non corrispondeva più alle esigenze della grande industria manifatturiera. Il problema è stato gestito con l'inserimento di quelli specializzati. Nel caso dei medici di base si può procedere a esaurimento: con il pensionamento dei più anziani, si entra nel nuovo sistema, con professionalità aggiornate e formazione universitaria».

**Impiegheremo 10-15 anni? Da qualche parte occorrerà pure iniziare**, piuttosto che arroccarsi nel concetto che poi all'interno della categoria si creerebbero medici di "serie a" e di "serie b". «La storia della formazione di questi sanitari non sta tanto nel concetto del "togliamola alle Regioni in favore dell'università"», conclude Turati. «Ma è

piuttosto quella di creare figure nuove, perché di questo c'è bisogno. I cittadini chiedono servizi, e ora come ora, quando si cerca il medico di base, non si trova. Chiami un minuto dopo le 9 e non puoi più ottenere una visita e magari hai il bambino con la febbre alta: ovvio che vai in Pronto soccorso. Se c'è una Casa di comunità, il problema si risolve. Non sarà il tuo pediatra, ma è comunque un medico. È il senso della riforma».

E infatti, mentre la Fimmg (Federazione italiana medici di medicina generale) e altre sigle alzano le barricate e minacciano lo sciopero, tanto che remunerazione e percorso universitario potrebbero essere inseriti in un successivo disegno di legge, il mondo reale ha proprio questi problemi. Rachele è una mamma single, ed è al Pronto soccorso pediatrico del Buzzi di Milano con la sua bambina di 4 anni, per un'otite insistente che magari non sarà particolarmente grave, ma non c'è altro modo per saperlo se non cercare un medico.

E il pediatra di libera scelta? «La legge consente di non lavorare nel prefestivo. Quindi il nostro pediatra per il primo maggio ha fatto il "ponte", chiudendo lo studio il mercoledì e lo riaprirà lunedì. E se la bambina ha qualcosa di grave?». Negli ultimi anni governo e Regioni hanno cercato di arginare le carenze della medicina territoriale con mi-

sure emergenziali come l'innalzamento dell'età pensionabile a 72 anni e le deroghe all'aumento del massimale di assistiti: acqua fresca. «La medicina della complessità non può essere gestita con strumenti del Novecento», dice a *Panorama* il professor Paolo Nucci, ordinario di oftalmologia all'Università degli studi di Milano e autore del libro *Allora mi curo da solo* (edizioni Piemme) dedicato alla difficoltà dei pazienti di oggi. «Cheché ne dicano sindacati e associazioni di categoria, l'unica possibilità di salvare il sistema sta nel superamento progressivo del format artigianale. Il medico di base deve diventare parte di una rete, non restare un'entità separata. Può mantenere il rapporto fiduciario, ma deve partecipare a un sistema organizzato, misurabile e multiprofessionale».

**Il vero banco di prova non sarà quindi il testo del decreto**, ma quello che accadrà un lunedì mattina davanti a uno sportello o un giovedì pomeriggio dietro la porta di un ambulatorio. Se per una visita bisognerà ancora sperare che da qualche parte si liberi un posto, o che il nostro dottore - bontà sua - tenga aperto in un prefestivo, allora non avremo riformato un bel niente. Oltre a perdere i soldi europei. Il mondo è cambiato: piaccia o meno, occorre che cambino anche i medici. ■

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## Il doppio pressing su Fdl

**La Lega complica il dl Lavoro e mette nel mirino la ministra Calderone. La fronda FI contro la riforma Schillaci**

Roma. E' un pressing doppio sui meloniani, quello di Lega e Forza Italia. Da un lato il Carroccio, non pago delle tensioni sulle spese militari e la mozione contro il 5 per cento del pil in Difesa, mette in difficoltà la ministra del Lavoro Marina Elvira Calderone. Disseminando trappole sull'iter del dl Lavoro in discussione alla Camera, per volontà del sottosegretario Claudio Durigon, che male ha digerito alcune

specifiche dell'intervento licenziato a fine aprile dal governo. Dall'altro, invece, c'è una Forza Italia sempre più critica nei confronti del ministro della Salute Orazio Schillaci. Scelto proprio da Meloni per cercare di sottrarre uno strapotere in ambito sanitario agli alleati. E che nel frattempo, con la riforma dei medici di famiglia, si è attirato la contrarietà pure di Antonio Tajani. Tanto che i forzisti ora sono pronti a cavalcare gli scioperi indetti dalla categoria. *(Roberto segue nell'insero VII)*

## Così Lega e FI mettono nel mirino i ministri Calderone e Schillaci

*(segue dalla prima pagina)*

Nel post attentato di Modena, le mire della Lega si sono concentrate soprattutto su nuove regole, più restrittive, sulla cittadinanza. Qualcosa che fa rima con Viminale. Mentre il partito deve pure fare i conti con un'altra uscita in direzione Vannacci: quella della deputata Laura Ravetto, come avevamo scritto sul Foglio. Ma più in sordina i leghisti si sono mossi con decisione per lanciare un messaggio nei confronti di un altro ministero: quello del Lavoro, occupato da Marina Elvira Calderone. Qui ci eravamo già occupati delle tensioni fra la ministra e il sottosegretario Claudio Durigon, vicesegretario della Lega. Soprattutto sul tentativo di "rompere il monopolio di Cgil, Cisl, Uil e Confindustria nella contrattazione", come ebbe a dire il sottosegretario leghista. Ebbene, quelle tensioni sono riemerse anche nelle ultime ore perché Durigon ha chiesto ai suoi di presentare un emendamento al decreto Lavoro in discussione alla Camera, con cui si vuole introdurre la retroattività degli aumenti salariali per i rinnovi contrattuali sottoscritti in ritardo. Un'ipotesi di cui si

era già parlato nella scrittura del decreto. E che però era stata accantonata in quanto non particolarmente ben vista da Confindustria. La scelta di riproporla, insomma, non è stata apprezzata da Calderone. Oggi comunque si saprà se l'emendamento è considerato ammissibile o meno. Come detto, però, il pressing degli alleati di Meloni si concentra anche verso un altro ministro considerato "in bilico" o quanto meno non così saldo: il titolare della Salute Orazio Schillaci, scelto in quota tecnici da Fdl e che però negli ultimi tempi ha visto raffreddarsi i rapporti con la stessa premier Meloni. Adesso su di lui c'è soprattutto la lente d'ingrandimento di Forza Italia, sempre più scettica nei confronti della riforma dei medici di famiglia che "rischia di renderli anonimi burocrati chiusi nelle Case di comunità", come da denuncia del vicepremier Antonio Tajani. Una contrarietà così netta che i forzisti, nelle ultime settimane, hanno continuato a incontrare i medici di medicina generale. Hanno presentato un loro piano strategico in parte in contrasto con quello di Schillaci. E di qui alle prossime settimane sono

pronti a "cavalcare" gli scioperi già indetti dalla categoria contro la riforma Schillaci. A partire dalla mobilitazione organizzata a Roma dal Sindacato medici italiani il 28 maggio. Ma anche la "escalation di proteste" minacciata dalla Federazione italiana dei medici di medicina generale (Fimmg). Per non dire di alcune regioni come il Molise, governato dal forzista Francesco Roberti, che si scagliano contro il ministro sul commissariamento della sanità regionale. Altro che opposizione: qui i primi a opporsi alla squadra di governo sono nel governo stesso.

**Luca Roberto**



# Le cure volontarie e i limiti del sistema Ma per l'emergenza stanziati 285 milioni

In Italia oltre 3,5 milioni di persone soffrono di disturbi mentali, solo in 845mila sono seguiti. Le Asl non hanno poteri coercitivi  
Agli irregolari viene concesso l'anonimato

## 1. Quanti malati psichiatrici ci sono in Italia?

Oltre 3,5 milioni di persone convivono con disturbi psichiatrici. Di questi, circa 845mila sono seguiti attivamente dai servizi pubblici dei Dipartimenti di Salute Mentale. Si stima che gli stranieri siano il 5% di questa cifra, circa 40mila. Solo nei pronti soccorsi si contano annualmente oltre 573mila accessi per problematiche di natura psichiatrica.

## 2. I numeri sono in aumento?

Sì, ma i rapporti ufficiali riportano i numeri di due anni prima e non vanno di pari passo con l'aggravarsi dell'emergenza psichiatrica.

## 3. Tutti ricevono una cura?

Si stima che circa 4,5 milioni di italiani con patologie conclamate rimangono fuori dai radar del Servizio sanitario nazionale, senza ricevere cure adeguate. Un sottobosco in cui si annidano i casi spesso più delicati e senza controllo. Ad esempio, si calcolano 2 milioni di minori con problemi di salute mentale, ma soltanto uno su 4

riceve assistenza.

## 4. Quali sono i disturbi più frequenti?

I più diffusi sono ansia e depressione, seguiti dalle sindromi nevrotiche e somatoformi. La schizofrenia è tra le maggiori cause si presa in carico.

## 5. È vero che il Governo ha tagliato i finanziamenti?

No, il nuovo piano per la Salute Mentale 2025-2030 è stato approvato il 29 dicembre 2025 ed è stato finanziato con 285 milioni di euro complessivi distribuiti nei primi tre anni (80 milioni per il 2026, 85 per il 2027 e 90 per il 2028).

## 6. Vengono curati anche gli stranieri?

L'assistenza per i disturbi mentali è gratuita o soggetta al pagamento del solo ticket per tutti gli stranieri, inclusi i non residenti e gli irregolari, purché ci si rivolga alle strutture pubbliche del Servizio Sanitario Nazionale. Ai non regolari viene concesso il codice Stp (straniero temporaneamente presente) e garantito l'anonimato in ospedale. In questo modo si cerca di tamponare l'emergenza, senza che soggetti potenzialmente pericolosi non vengano curati.

genza, senza che soggetti potenzialmente pericolosi non vengano curati.

## 7. Se Salim ha interrotto le cure è perché la Asl non lo ha seguito?

Non è possibile attribuire la colpa alla Asl. In Italia, le cure psichiatriche sono volontarie. Secondo quanto riferito dalle autorità sanitarie, Salim El Koudri ha interrotto il proprio percorso terapeutico e farmacologico in modo del tutto autonomo.

## Come inizia la cura di un malato psichico?

Il primo passo è solitamente rivolgersi al proprio medico di medicina generale, che può redigere un'impegnativa per una prima visita psichiatrica. Il riferimento territoriale principale è il Centro Psico-Sociale, che garantisce visite, colloqui psicologici e la stesura di un programma di cura.

## 8. Quali sono le fasi della



## **presa in carico?**

Il percorso viene strutturato su misura per il paziente e si articola in una valutazione iniziale: con colloqui con un'équipe multiprofessionale (psichiatra, psicologo, infermiere, assistente sociale) per definire una diagnosi. Viene poi impostato un piano di cura personalizzato che integra terapie farmacologiche, psicoterapia e interventi di reinserimento sociale. Il paziente non viene lasciato solo ma accompagnato con un monitoraggio costante e visite di controllo periodico per valutare

l'efficacia delle terapie.

## **9. In che sedi vengono curati i pazienti?**

A seconda della gravità e della fase del disturbo, la rete dei servizi psichiatrici include i Centri diurni (strutture semiresidenziali per attività riabilitative e di socializzazione), le Comunità terapeutiche riabilitative (strutture residenziali per percorsi intensivi di recupero dell'autonomia) e i Servizi psichiatrici di diagnosi e cura (reparti ospedalieri per i trattamenti in fase

acuta, spesso in regime di ricovero volontario).

MaS

**573** mila

Sono gli accessi annuali al pronto soccorso per problematiche di natura psichiatrica

**2** milioni

Sono i minori con problemi di salute mentale, ma soltanto uno su 4 riceve assistenza

**Circa 40mila gli stranieri supportati dai centri di salute mentale. Il percorso terapeutico può essere interrotto autonomamente**





Servizio II Report

## **Dalle fatture false alle liste d'attesa «truccate», ecco la lista di frodi e abusi in sanità**

La mappa dei rischi nel Servizio sanitario nazionale come leva per potenziare la trasparenza, ridurre gli sprechi e promuovere l'equità delle cure in un'area che come certifica l'Anac "cuba" 70,5 miliardi di contratti pubblici

*di Barbara Gobbi*

19 maggio 2026

Dalle "influenze indebite sulle attività sanitarie" nell'ambito della governance sanitaria al reporting distorto nella ricerca. Dall'utilizzo improprio di studi post-marketing nella promozione di farmaci e dispositivi all'attestazione impropria di qualifiche professionali. Dalla collusione tra i partecipanti a una gara in ambito di acquisto di beni e servizi alla rietichettatura di prodotti. Dalle fatturazioni false all'abusivismo fino ai favoritismi e al dirottamento dei pazienti verso strutture private.

Sono ben 65 le tipologie di frodi e abusi che fanno capo a nove aree nella prima "tassonomia" di illeciti e anomalie in sanità che la Fondazione Gimbe propone di adottare, per uniformare linguaggio, classificazioni e criteri di monitoraggio. La proposta è contenuta nel Report dell'Osservatorio Gimbe "Frodi e abusi in sanità", presentato dal presidente Nino Cartabellotta presso la sede dell'Anac, l'Autorità nazionale anticorruzione, con cui ha in atto un protocollo d'intesa.

### **Ssn piatto «ghiotto»**

Il presupposto è che frodi e abusi in sanità non sono episodi isolati ma "distorsioni sistemiche che attraversano l'intera filiera del Servizio sanitario nazionale". E se in tutti i Paesi quello sanitario è un settore vulnerabile, l'Italia presenterebbe un terreno particolarmente favorevole, con il suo punteggio di 53 su 100 nel Transparency International Corruptio Perceptions Index 2025, che lo piazza al 19mo posto tra i Paesi Ue e al 52mo a livello globale, in peggioramento rispetto all'anno precedente.

Il piatto sanitario è ricco e "goloso" per eventuali opacità o illeciti: l'Anac ha stimato nel 2023 che il 25% del valore complessivo dei contratti pubblici, pari a 70,5 miliardi, riguarda proprio gli affidamenti in questi ambiti per farmaci, dispositivi medici, apparecchiature sanitarie e servizi non sanitari dalla pulizia alla ristorazione fino alla vigilanza. «Questo dato – commenta Nino Cartabellotta, Presidente della Fondazione Gimbe – seppure non consenta di stimare con precisione l'impatto economico dei fenomeni corruttivi, indica comunque l'ampiezza dell'area di spesa pubblica più esposta a fenomeni corruttivi. È proprio qui che servono più trasparenza, tracciabilità digitale, controlli tempestivi e accountability».

### **La tassonomia**

La tassonomia Gimbe è articolata in nove aree: policy-making e governance del sistema sanitario, regolamentazione del sistema sanitario, ricerca clinica, marketing e promozione di farmaci, dispositivi medici e altre tecnologie sanitarie, acquisto di beni e servizi, distribuzione e stoccaggio di prodotti sanitari, gestione delle risorse finanziarie, gestione delle risorse umane, erogazione dei servizi sanitari. «Di fronte all'estrema variabilità delle pratiche corruttive e alla frammentazione della terminologia - afferma Cartabellotta - una tassonomia condivisa non è un esercizio classificatorio, ma uno strumento operativo: serve a parlare la stessa lingua, misurare i rischi, confrontare i dati, orientare i controlli, progettare e rendere valutabili le politiche di prevenzione». Per la Fondazione oggi è infatti necessario passare da un modello prevalentemente reattivo a uno preventivo, a partire dalla standardizzazione della terminologia e dall'adozione della tassonomia condivisa di frodi e abusi in sanità.

Tra le altre proposte operative l'istituzione di un Osservatorio nazionale su frodi e abusi in sanità in grado di integrare i flussi informativi sanitari, amministrativi e giudiziari, il rafforzamento della capacità predittiva dei controlli tramite indicatori di rischio e strumenti di intelligenza artificiale, una più rigorosa e trasparente gestione dei conflitti di interesse, la protezione e valorizzazione del whistleblowing come strumento di intelligence, il potenziamento di audit interni e accountability delle aziende sanitarie.

### **Più abusi, più disuguaglianze**

Secondo Cartabellotta «frodi e abusi in sanità non sottraggono solo risorse economiche, ma possono compromettere qualità e sicurezza delle cure, peggiorare l'accessibilità ai servizi e alimentare sfiducia nelle istituzioni. E colpiscono soprattutto le fasce più fragili della popolazione, ampliando le disuguaglianze sociali e territoriali». La letteratura scientifica internazionale documenta, in particolare nei Paesi a basso e medio reddito, correlazioni tra elevati livelli di corruzione e maggiore mortalità infantile e pediatrica, riduzione dell'aspettativa di vita e peggioramento del benessere percepito, avvisano infine dalla Fondazione. «Quando una prestazione passa davanti non per bisogno clinico, ma per denaro, relazioni o interessi – avverte Cartabellotta – non si crea solo una corsia preferenziale: si sovverte il principio che deve guidare il SSN, cioè curare prima chi ne ha più bisogno».

### **Cattiva amministrazione «varco»**

«Nel settore sanitario, la cattiva amministrazione è il primo varco attraverso cui si insinuano infiltrazioni criminali, sprechi e distorsioni - avvisa il presidente Anac Giuseppe Busia. Non solo reati, ma anche malagestione: anomalie negli appalti, irregolarità nelle liste d'attesa, favoritismi nelle nomine, accreditamenti opachi. Condotte che non sempre integrano un reato, ma che sottraggono risorse e compromettono l'equità del sistema. Spesso alla base ci sono conflitti di interesse non gestiti e trasparenza insufficiente. Per questo Anac - spiega ancora Busia - dedica da anni un'attenzione peculiare alla sanità, analizzandone i rischi specifici e indicando misure di prevenzione mirate. Il Piano nazionale anticorruzione 2015 e l'aggiornamento 2016 hanno già approfondito le principali criticità, e nel 2017 abbiamo adottato Linee guida dedicate ai codici di comportamento del Ssn. Oggi, per ogni area di rischio, proponiamo misure operative che saranno sottoposte a consultazione pubblica: vogliamo soluzioni condivise, applicabili e realmente utili. La prevenzione funziona solo se è partecipata, trasparente e verificabile.

### **Contratti pubblici più esposti**

L'area più esposta a rischi corruttivi e a cattiva gestione - commenta ancora il presidente Anac - «resta quella dei contratti pubblici, dove la coincidenza tra chi propone l'acquisto e chi utilizza farmaci e dispositivi può generare opacità, scelte non concorrenziali e spazi per infiltrazioni

criminali, con affidamenti diretti non giustificati, procedure poco trasparenti e deroghe dovute a programmazioni inadeguate. Anac ha quindi definito misure di prevenzione mirate».

### **Trasparenza digitale virtuosa**

«La digitalizzazione e la trasparenza - evidenza ancora Busia - non sono adempimenti, ma leve di efficienza e garanzie di equità. Rendere nativi digitali contratti, dati e processi significa semplificare il lavoro, ridurre gli oneri, accelerare i controlli e rafforzare la capacità del sistema di prevenire abusi. La trasparenza digitale non rallenta: è un moltiplicatore di qualità, partecipazione e fiducia. Nella sanità, poi, è decisiva per rendere il cittadino realmente consapevole delle modalità di accesso alle prestazioni e per dare piena attuazione ai principi di uguaglianza e universalità del Ssn. Per questo occorre ampliare la pubblicità dei dati - avvisa - anche oltre gli obblighi di legge, quando serve a garantire controllo diffuso e conoscenza effettiva dell'operato pubblico». Il presidente Anac rimarca poi come «negli appalti sanitari la qualificazione e la specializzazione delle stazioni appaltanti» siano «imprescindibili».

### **Tutelare eccellenza Ssn**

Infine, la necessaria puntualizzazione: «E' fondamentale però evitare che i comportamenti scorretti di pochi offuschino l'opera meritoria - spesso eroica - della stragrande maggioranza del personale sanitario. Il nostro Ssn resta un modello di eccellenza riconosciuto a livello internazionale e proprio per questo va protetto con determinazione, rafforzando integrità, trasparenza e responsabilità. Difendere la sanità pubblica da corruzione e cattiva gestione significa difendere la vita delle persone», conclude il presidente Anac.



Servizio CITTADINANZATTIVA RISPONDE

## **“Dal Cup una risonanza a 100km di distanza da casa. Ma è giusto?”**

L'associazione per la partecipazione e tutela dei cittadini risponde alle domande sui diritti e l'accesso ai servizi sanitari.

19 maggio 2026

Ho una prescrizione per una Risonanza Magnetica (RM) alla colonna vertebrale con codice di priorità U (Urgente, da eseguire entro 72 ore). Vivo in un piccolo comune montano e, rivolgendomi al CUP, mi è stata proposta una disponibilità che rispetta i tempi, ma presso una struttura a oltre 100 km di distanza da casa. È corretto che, per veder garantito un mio diritto, io debba affrontare un viaggio così lungo e oneroso, specialmente in condizioni di salute precarie? Cosa succede se rifiuto questa proposta? Luigi S.

Il caso descritto tocca un punto dolente del nostro Servizio Sanitario Nazionale: il conflitto tra la tempestività della prestazione e la prossimità territoriale.

Secondo il Piano Nazionale Governo Liste di Attesa (PNGLA), le Regioni devono garantire le prestazioni non solo entro tempi certi, ma anche entro un ambito territoriale di garanzia (solitamente il distretto sanitario di residenza o l'intera ASL). Tuttavia, quando si tratta di un codice U (72 ore), la priorità assoluta è la salvaguardia della vita o della funzionalità d'organo del paziente. Per questo motivo, il sistema cerca la prima disponibilità utile in qualunque presidio della rete regionale. È corretto? Formalmente, l'azienda assolve l'obbligo di garanzia trovando un posto entro le 72 ore. Ma per un cittadino che vive in un'area interna, 100 km possono rappresentare una barriera insormontabile.

Cosa succede se il cittadino non accetta? È fondamentale prestare attenzione alle conseguenze del rifiuto:

**Perdita della priorità:** se la persona rifiuta l'unica data disponibile che rispetta i tempi (anche se lontana), la struttura non è più obbligata a garantirgli la prestazione entro le 72 ore. La richiesta “scala” automaticamente in una fascia di priorità inferiore o finisce in coda.

**Impossibilità di rimborso:** rifiutando la proposta del CUP, il cittadino perde solitamente il diritto di richiedere l'esecuzione dell'esame in regime di libera professione intramuraria (pagando solo il ticket), poiché l'Amministrazione ha, di fatto, offerto una soluzione nei tempi di legge.

Nonostante il CUP possa proporre sedi distanti, il cittadino non è privo di tutele, specialmente se le condizioni fisiche rendono il viaggio rischioso, il cittadino può:

**Segnalare il disagio:** invitiamo a far presente immediatamente all'operatore del CUP o all'URP che la distanza è incompatibile con lo stato di salute documentato.

**L'istanza per l'intramoenia:** se l'azienda non riesce a garantire l'esame in una sede ragionevolmente vicina entro i tempi previsti, il cittadino può presentare un'istanza formale al

Direttore Generale della ASL per chiedere che la prestazione venga erogata in regime privatistico presso la struttura più vicina, al solo costo del ticket.

Il ruolo dei trasporti protetti: per i pazienti non autosufficienti delle aree interne, la ASL dovrebbe garantire o rimborsare il trasporto sanitario se la sede assegnata è eccessivamente distante.

Per approfondire il tema si possono approfondire come link utili il ministero della Salute e quello di Cittadinanzattiva.

**CIRCOLARE DEL MINISTERO DELLA SALUTE**

# **Ebola, l'Oms vede nero Controlli sui cooperanti che ritornano in Italia**

**Il virus Bundibugyo dilaga tra Congo e Uganda. Mancano vaccini ad hoc e terapie. Il tasso di letalità è salito dal 30 al 50% Dichiarata l'emergenza**

**SUSANNA BARBERINI**

■ Come è accaduto con il Covid 19, i focolai nascono lontano ma mettono in pericolo tutti, anche chi si sente al riparo. Ci risiamo: il virus Bundibugyo, una variante di Ebola rara e insidiosa, ci costringe di nuovo a misurare mentalmente le distanze tra un villaggio, una capitale, uno scalo internazionale e noi sperando che non arrivi mai anche perché non esiste un vaccino approvato, né terapie specifiche. Del resto il virus si sta diffondendo nella Repubblica democratica del Congo (Rdc) con numeri in aumento.

Ad oggi, l'Oms segnala 131 morti e 513 casi sospetti in Congo. Due casi sono segnalati in Uganda ed un cittadino statunitense risultato positivo è stato trasferito in Germania. L'allerta è alta anche perché in queste zone del Congo si concentrano oltre 2 milioni di sfollati interni e rimpatriati: considerando che l'accesso ai servizi di base è limitato, cresce il rischio di diffusione del virus che ha un tasso di letalità che è salito dal 30% al 50%. Il direttore generale dell'Oms Tedros Ghebreyesus, nel suo intervento all'assemblea annuale degli Stati membri, si è detto «profondamente preoc-

cupato per la portata e la velocità» dell'epidemia in Congo, convocando il comitato di emergenza. Tra gli argomenti al centro dell'incontro anche il tema dei vaccini. Non esistono infatti prodotti approvati per il ceppo Bundibugyo, tuttavia, in studi condotti su animali, il vaccino in uso contro il ceppo Ebola Zaire sembra offrire qualche protezione. Il comitato sta discutendo se testare il prodotto per offrire protezione nell'epidemia in corso. È una scelta complessa, perché in sanità pubblica il tempo della ricerca spesso corre più lentamente del contagio. Gianni Rezza, docente straordinario di Igiene all'università Vita-Salute San Raffaele di Milano, già direttore generale Prevenzione del ministero della Salute nonché direttore del Dipartimento di Malattie infettive dell'Iss, invita a mantenere alta la guardia. I timori derivano dal fatto che, sebbene la Repubblica del Congo abbia esperienza di simili epidemie, in questo caso la diagnosi è arrivata con almeno 3 settimane di ritardo rispetto alla comparsa dei primi casi. Secondo l'epidemiologo i dati dei contagi potrebbero essere sottostimati e l'arrivo di casi fuori dal continente africano diventa plausibile nel momento in cui il virus

raggiunge grandi città dotate di aeroporti internazionali.

Per questo l'Italia, seguendo il principio della massima precauzione, ha già disposto una sorveglianza sanitaria mirata. La circolare del ministero della Salute riguarda il personale sanitario e logistico, i cooperanti, gli operatori delle ong e delle organizzazioni governative impegnati nelle aree del focolaio, al momento Congo e Uganda. Prima del rientro occorre inviare al ministero, con almeno quarantotto ore di anticipo, una dichiarazione sanitaria firmata dal responsabile dell'organizzazione: dati personali, provenienza, condizioni cliniche, assenza di sintomi. All'arrivo entrano in campo gli uffici di sanità marittima, aerea e di frontiera, gli Usmaf, con valutazione sanitaria e misurazione della temperatura. La procedura riguarda anche chi riferisce di avere avuto esposi-



zioni a basso rischio nei 21 giorni precedenti, il periodo massimo di incubazione della malattia. In questi casi viene raccomandata l'autosorveglianza quotidiana: controllare la temperatura, segnalare subito febbre, malessere, vomito, emorragie. Le compagnie aeree sono state allertate. In caso di sintomi durante il volo, l'aereo dovrà atterrare soltanto negli aeroporti sanitari di Fiumicino o Malpensa, gli scali attrezzati per la gestione del caso. L'Oms, al momento, sconsiglia ovvia-

te restrizioni ai viaggi e al commercio verso Congo e Uganda. Gli Stati Uniti hanno scelto una linea più dura: sospensione dell'ingresso per i cittadini stranieri che negli ultimi ventuno giorni siano stati nelle aree colpite, tra Uganda, Repubblica democratica del Congo e Sud Sudan, e invito ai cittadini americani a evitare quei Paesi. Una divergenza già vista in altre crisi sanitarie: da una parte la logica della cooperazione internazionale, dall'altra quella della barriera preventiva. © RIPRODUZIONE RISERVATA

## I NUMERI

**Congo: 131 morti e 513 casi sospetti. Uganda: due casi. In Germania arriva un positivo**

## L'EPIDEMIOLOGO

**«I contagi sono sottostimati per le diagnosi arrivate solo dopo 3 settimane»**



Controlli sanitari in Congo (Ansa)





Servizio Circolare del ministero

## **Ebola, attiva la sorveglianza sul personale di organizzazioni da Congo e Uganda**

Il ministero: «si ritiene necessario applicare le misure di vigilanza nei confronti del personale di organizzazioni governative, non governative, e cooperanti, impiegati nel Paese interessato dal focolaio, provenienti da tutti i territori della Repubblica democratica del Congo e dell'Uganda»

*di Redazione Salute*

19 maggio 2026

“In considerazione delle attuali incertezze riguardo alla grandezza e alla diffusione geografica” dell'epidemia di malattia Ebola da virus Bundibugyo nella Repubblica democratica del Congo, con casi segnalati anche in Uganda, “della potenziale gravità dell'infezione e della mancanza di terapie o vaccini specifici approvati per il virus Bundibugyo, nel rispetto del principio di massima cautela, si ritiene necessario applicare le misure di vigilanza nei confronti del personale di organizzazioni governative, non governative, e cooperanti, impiegati nel Paese interessato dal focolaio, provenienti da tutti i territori della Repubblica democratica del Congo e dell'Uganda”.

### **Circolare per gli operatori sanitari e delle ong**

È quanto prevede una circolare del ministero della Salute per gli operatori sanitari e non, impiegati in attività di cooperazione e supporto sanitario o logistico in ong e altre organizzazioni attive nelle aree colpite dal focolaio e per i cooperanti che erogano servizi di tipo sanitario, assistenziale e logistico, impiegati nelle stesse aree.

### **Da compilare modello di dichiarazione sanitaria**

Nel documento, firmato dal capo del Dipartimento della prevenzione, della ricerca e delle emergenze sanitarie Maria Rosaria Campitiello, vengono allegati un modello di dichiarazione sanitaria, “essenziale per la tracciatura ai fini di sanità pubblica della persona in arrivo”, da sottoscrivere a cura del responsabile dell'organizzazione, o del singolo progetto, in caso di personale di Ong o di altre organizzazioni e da inviare al ministero della Salute con almeno 48 ore di anticipo rispetto alla partenza dalla zona affetta. Il modulo “dovrà riportare - in seguito ad autodichiarazione del cooperante - che lo stesso non manifesta sintomi”.

### **La scheda anamnestica**

E viene allegata anche una scheda anamnestica per la registrazione dei dati dello screening primario, da compilare direttamente dalla persona in arrivo e dal medico dell'Ufficio di sanità marittima, aerea e di frontiera Usmaf-Sasn territorialmente competente.

Nel caso in cui il cooperante rientrasse in Italia con mezzi che non prevedono ingresso aeroportuale (treni, bus, auto propria) la stessa scheda dovrà essere compilata dal medico dell'Asl

di riferimento con le informazioni acquisite al momento dell'attivazione della sorveglianza, si spiega nella circolare.

### **Rivista l'attività di entry screening**

“Tenuto conto dell'attuale situazione epidemiologica, nonché a seguito della valutazione della sostenibilità del processo, viene rivista l'attività di entry screening condotta dal personale Usmaf-Sasn del ministero della salute o da personale incaricato dallo stesso”, si comunica nel documento. Negli ambulatori Usmaf viene pertanto attivata “una procedura di valutazione del soggetto rientrante, nell'ambito della quale il personale sanitario incaricato provvederà alla misurazione della temperatura corporea e al completamento della scheda anamnestica presentata dal soggetto o, in assenza di essa, alla sua compilazione ex novo”.

### **«Sorveglianza anche sui contatti a basso rischio»**

In via cautelativa, aggiunge la circolare, “si raccomanda di attivare comunque la stessa sorveglianza dei contatti a basso rischio” anche “per gli operatori provenienti da zone a rischio che non abbiano riportato alcun tipo di esposizione nei 21 giorni precedenti, o per i quali non sia possibile stabilire se l'esposizione sia avvenuta o meno”.

Le indicazioni potranno subire modifiche in base all'evoluzione epidemiologica dell'evento. Gli Usmaf e le altre strutture territorialmente competenti cureranno l'accesso alle informazioni per il personale, sanitario e non, di queste organizzazioni “in partenza verso o di ritorno dalle già citate zone a rischio”.

# Fine vita, partita riaperta in Senato Fl ci prova tra i dubbi degli alleati

di SERENA RIFORMATO

ROMA

Palazzo Madama, primo pomeriggio, riunione di maggioranza sul fine vita. Dentro, le perplessità di Lega e FdI. Davanti ai microfoni, all'uscita, concordia e rivendicazione: «È stata accolta la richiesta di Forza Italia», annuncia la presidente dei senatori azzurri Stefania Craxi. Ovvero: il centrodestra riavvia il cantiere sul fine vita. E rimette mano al disegno di legge messo a punto dal forzista Pierantonio Zanettin e dal meloniano Ignazio Zullo. Le commissioni Giustizia e Sanità del Senato martedì prossimo riapriranno il termine degli emendamenti. Il partito di Antonio Tajani intende presentare una modifica per coinvolgere almeno in parte il Ssn, escluso nel testo della destra. Un tentativo di avvicinare le opposizioni. L'idea, spiega Craxi, sarebbe quella di «affidare alla volontarietà e gratuità del medico generico» l'assistenza al suicidio assistito «anche intramoenia, in ospedali pubblici».

A porte chiuse, in realtà, il dibattito è vivace. Intorno alle 15, nella sala della commissione Sanità, il presidente meloniano Franco Zaffini ospita i capigruppo di centrodestra Lucio Ma-

lan, Massimiliano Romeo, Stefania Craxi, il relatore Zanettin, la presidente della commissione Giustizia Giulia Bongiorno, il ministro ai rapporti con il Parlamento Luca Ciriani e il viceministro di via Arenula Francesco Paolo Sisto. Zaffini è il primo a frenare lo slancio forzista: propone di lasciare il testo Zanettin-Zullo così com'è. «È il frutto del lavoro di sintesi fatto dalla maggioranza», fa notare: perché cambiare? Craxi lo spiega senza reticenze: «FI ha un nuovo capogruppo, ora questo tema è identitario». Effetto Marina Berlusconi. Le resistenze all'accelerazione vengono però anche dalla Lega. Dall'esterno si sente l'argomentazione di Romeo: «Avevo capito che l'idea fosse lasciarlo un po' lì il testo». L'incertezza del capogruppo leghista è questa: «Serve un indirizzo dai leader, non possiamo decidere noi capigruppo». Dei leader, e dunque del governo. Che per ora si tiene fuori. Almeno formalmente.

È nota la freddezza di un pezzo di esecutivo. Non solo il sottosegretario alla presidenza del Consiglio Alfredo Mantovano. La stessa premier Giorgia Meloni in pubblico era stata netta: «Compito dello Stato non è favorire percorsi per suicidarsi». Nel corso della riunione il ministro Ciriani infatti rimane in silenzio; nessuna indicazione dall'alto. Craxi perora la causa:

«Mi permetto di farvi notare che secondo i sondaggi circa il 90% degli italiani è a favore di una legge sul fine vita». Qualcosa a FI bisogna concedere, lo sanno gli alleati. Gli azzurri hanno fatto sapere che quando si arriverà all'esame in aula, i parlamentari avranno libertà di coscienza. Se non si sblocca il testo del centrodestra, il rischio è che arrivi al voto segreto il ddl del dem Alfredo Bazoli. Così prevederebbe il patto con le minoranze. Ecco quindi il compromesso: dopo sette mesi FI ottiene di far ripartire i lavori delle due commissioni. Sulle modifiche, però, un accordo non c'è.

Il testo Zanettin-Zullo difficilmente sarà pronto entro il 3 giugno, quando è prevista la discussione in aula: probabile il rinvio in commissione. Le opposizioni lo sanno e infatti prevale il sospetto. «Il timore è che riaprire agli emendamenti sia un escamotage per prendere tempo mentre incombe la fine della legislatura», commenta il dem Bazoli. «Nel centrodestra - aggiunge la 5S Mariolina Castellone - manca una sintesi». Concorda Ilaria Cucchi di Avs: «Allungano i tempi per non approvare nulla».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Vertice di maggioranza: via libera a nuovi emendamenti in commissione. Gli azzurri: coinvolgere medici generici  
La sinistra: no a escamotage



## SENATO, OK DELLA MAGGIORANZA ALLA RIAPERTURA DEGLI EMENDAMENTI IN COMMISSIONE

# Fine vita, arriva la proposta Craxi e torna in gioco il Ssn. L'intesa resta difficile

ANGELO PICARIELLO

**L**egge sul fine vita, si riaprono i giochi. Verranno riaperti i termini per gli emendamenti al ddl, calendarizzato per l'aula del Senato il 3 giugno. L'annuncio viene dato da Stefania Craxi, al termine di un incontro dei capigruppo di maggioranza a Palazzo Madama (che ha visto la presenza del ministro per i Rapporti con il Parlamento, Luca Ciriani, del viceministro della Giustizia, Francesco Paolo Sisto, e dei presidenti della commissione Giustizia, Giulia Bongiorno, e della Affari sociali e Sanità, Francesco Zaffini) convocato proprio per definire una linea comune in vista dell'approdo in aula, deciso in conferenza dei capigruppo su iniziativa del presidente di Palazzo Madama, Ignazio La Russa, per tentare di sbloccare la situazione, più che per effetto di una intesa fra le forze di maggioranza.

E anche quella raggiunta ieri, al termine di un incontro definito non facile, sembra voler mettere d'accordo, per il momento, l'esigenza di "marcare il territorio" da parte della nuova capogruppo azzurra (vicina alle posizioni della sua amica Marina Berlusconi, da sempre a favore di una legge) e l'idea - presente dentro FdI - di prendere ulteriore tempo, con l'obiettivo recondito di non arrivare affatto a formalizzare per

legge la non punibilità (sia pur con limiti molto ristretti) del reato di aiuto al suicidio. Sul piano dei contenuti, la novità venuta fuori dal vertice è il coinvolgimento, in qualche misura, del Servizio sanitario nazionale, del tutto escluso nell'attuale versione del ddl a doppia firma Zanettin-Zullo. «Vogliamo depositare alcuni emendamenti», conferma al termine della riunione di maggioranza la Craxi. Esclude che tra le modifiche concordate ci sia il coinvolgimento del Ssn chiesto dalle opposizioni, ma la mediazione, al di là dei nominalismi, si intravede: «L'idea - spiega la capogruppo azzurra - è quella di affidarsi alla volontarietà e alla gratuità da parte del medico generico, che può farlo anche in via intramoenia», potrebbe cioè operare anche in una struttura pubblica. La maggioranza è «alla ricerca di una possibile posizione per parlare con l'opposizione, vedremo», aggiunge. Ma, pochi minuti dopo, in un siparietto nel salone Garibaldi di Palazzo Madama fra il correlatore forzista Pierantonio Zanettin e il capogruppo dem in commissione Giustizia, Alfredo Bazoli, emerge con chiarezza il dialogo fra sordi che permane, anzi si rafforza. Bazoli contesta la nuova proposta già sul piano regolamentare, escludendo che si possa inserire un nuovo termine per gli emendamenti, come la maggioranza ha intenzione di fare la prossima settimana nelle commissioni Giustizia e Af-

fari sociali, una volta che il testo sia stato già calendarizzato per l'aula. Ragion per cui le opposizioni, conferma il capogruppo dem Francesco Boccia, chiederanno che - se non sarà licenziato in commissione un testo della maggioranza - si apra la discussione proprio sul testo Bazoli formalizzato invece dalle minoranze. «È evidente che all'interno del centrodestra manca una sintesi e le sensibilità sono molto diverse. Ma mi auguro che questo tentativo non nasconda, in realtà, la volontà di buttare la palla in tribuna», dice per il M5s la vicepresidente del Senato, Mariolina Castellone. «Siamo interessati a licenziare il provvedimento - assicura invece il viceministro Sisto, di FI -, ma va fatto in un modo che sia vicino alle sentenze della Corte costituzionale, tenendo conto delle sensibilità parlamentari. Però io sono ottimista».

**Mossa della capogruppo azzurra, vicina a Marina Berlusconi: FI propone un ruolo per il medico generico, su base volontaria e gratuita, per bypassare il nodo del Servizio sanitario. I dem dicono no a modifiche prima dell'aula**



LA RICERCA DELL'ISTITUTO ONCOLOGICO DI CANDIOLO (TORINO)

# Italiani scoprono perché il tumore del colon resiste ai farmaci

VITO SALINARO

**A**rriva dall'Italia, dall'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (Irccs) di Candiolo (Torino) una nuova, fondata speranza, per i pazienti con il tumore del colon-retto. L'istituto piemontese, centro di riferimento internazionale per la ricerca oncologica, ha dimostrato come colpire una proteina chiamata *Wee1* permetta di "togliere il freno" alle cellule tumorali resistenti, costringendole all'autodistruzione. La ricerca, pubblicata sulla rivista *Embo Molecular Medicine*, apre la strada a sperimentazioni cliniche e terapie per i malati metastatici che hanno esaurito le opzioni di cura.

Tra i vari tipi di tumore, quello del colon-retto rappresenta in Italia la terza neoplasia negli uomini e la seconda nelle donne. Nel 2024 si sono registrate 48.706 nuove diagnosi. È la seconda causa di morte per tumore a livello mondiale. Lo studio è indirizzato ai pazienti che sviluppano la cosiddetta "resistenza acquisita" alle terapie mirate anti-Egfr: «Da circa 20 anni i farmaci anti-Egfr rappresentano una colonna portante nel

trattamento di questo tumore, contribuendo a prolungare la sopravvivenza dei pazienti - spiega la coordinatrice del lavoro, Sabrina Arena, docente del dipartimento di Oncologia dell'Università di Torino e responsabile del laboratorio di Translational Cancer Genetics di Candiolo -. Ma il tumore è "intelligente": sotto la pressione dei farmaci, impara a evolversi e a scappare, diventando resistente. Abbiamo però scoperto che le cellule tumorali resistenti, pur sembrando più forti, nascondono una fragilità: sono cariche di danni al Dna e soffrono di stress replicativo. Per sopravvivere - sottolinea Arena -, il tumore si affida alla proteina

*Wee1*, che funge da freno di sicurezza. *Wee1* ferma momentaneamente il ciclo cellulare, permettendo alla cellula malata di riparare il proprio Dna e continuare a dividersi».

La strategia dei ricercatori consiste nel bloccare il freno. «Inibendo *Wee1*, la cellula tumorale è costretta a correre e dividersi senza controllo, portando con sé i suoi errori ge-

netici e metabolici fino a "schiantarsi" e andare incontro a morte cellulare», evidenzia Arena.

Lo studio - di cui Kristi Buzo, ricercatore a Candiolo è primo autore - è sostenuto dalla Fondazione Piemontese per la Ricerca sul Cancro e dalla Fondazione Airc, e si è avvalso di una piattaforma basata su diversi modelli di laboratorio, tra cui cellule, xenotrapianti e organoidi (mini-tumori coltivati in vitro derivati dai pazienti) che replicano fedelmente la resistenza umana. È così che i ricercatori hanno identificato nella proteina *H2ax* un indicatore per capire quali tumori sono più sensibili al trattamento. In questa strategia, aggiunge Arena, «la chemioterapia agisce come un "carburante tossico" che esaspera i danni, mentre il blocco di *Wee1* impedisce ogni riparazione». L'Irccs torinese guarda ora alla sperimentazione clinica per «trasformare la scoperta in una nuova realtà terapeutica».

Colpendo una proteina, i ricercatori hanno indotto il cancro all'autodistruzione



Secondo l'Istituto Superiore di Sanità sono eccessivi i livelli di ipertensione: i valori superano 140/90 nel 37 per cento degli uomini e nel 23 delle donne. Che spesso lo ignorano

# Se la pressione è alta il nemico è silenzioso

## LA PATOLOGIA

**L**a chiamano il "killer silenzioso" perché non si sente. Ma intanto lavora nell'ombra, danneggiando cuore, cervello, reni, occhi e le arterie in generale. In Italia sono milioni le persone che soffrono di ipertensione, tra quelle che lo sanno e quelle che ignorano di esserlo. Secondo i nuovi dati del Progetto CUORE dell'Istituto Superiore di Sanità, quasi il 37% degli uomini e almeno due italiane su cinque tra i 35 e i 74 anni hanno la pressione alta o assumono farmaci per controllarla. «Una quota consistente della popolazione adulta - commenta Chiara Donfrancesco, ricercatrice dell'Istituto Superiore di Sanità e responsabile dell'indagine nazionale periodica, Italian Health Examination Survey - Progetto CUORE - convive con valori di pressione arteriosa elevati, spesso senza esserne consapevole. Per questo è fondamentale promuovere un monitoraggio periodico della pressione arteriosa e sensibilizzare a seguire i suggerimenti sugli stili di vita e le prescrizioni farmacologiche del medico».

## IL TRATTAMENTO

Il dato più inquietante è che sono ancora troppi gli italiani che convivono con l'ipertensione ignorandola: il 41% degli ipertesi e il 31% delle donne con pressione elevata non sa di avere il problema. Poi però ci sono anche quelli che pur sapendolo, non si curano (il 12% degli uomini e il 15% delle donne). E anche tra chi è in trattamento, molti continuano ad avere valori troppo alti, "fuori target" come dicono gli esperti.

Ma attenzione, avvertono le nuo-

ve linee guida europee: la pressione non inizia a fare danni solo sopra i 140/90 (quello considerato il valore soglia dell'ipertensione, fino a qualche anno fa). Ciò significa che anche i valori considerati finora quasi normali possono essere pericolosi. E questo ha portato gli esperti, sia in Europa che negli Usa a ritoccare verso il basso la soglia di normalità.

Posto che per la Società Europea di Cardiologia (ESC) e quella di

Iipertensione (ESH) continuano a definire "iperteso" solo chi ha superato la faticosa soglia dei 140/90 mmHg, i valori di normalità oggi sono stati portati al di sotto dei 120/80 mmHg. E chi si trova nel limbo tra la normalità e l'ipertensione viene considerato appartenente alla fascia "pressione arteriosa elevata" (quella tra 120 e 139 mmHg di massima e tra 70 e 89 mmHg di minima), da attenzionare soprattutto con la correzione degli stili di vita.

Più tranchant sono gli esperti Usa che, senza troppi sofismi, nelle ultime linee guida delle società americane di cardiologia definiscono "ipertensione di stadio I" i valori pressori di 130-139 per la massima e quelli di 80-89 mmHg per la minima. E in coerenza con questa nuova definizione, raccomandano di iniziare il trattamento farmacologico a partire dai 130 mmHg di sistolica (senza aspettare i faticosi 140/90 mmHg). Per tutti infine, europei e americani, il nuovo obiettivo terapeutico da raggiungere con i farmaci anti-ipertensione è stato abbassato a 120-129 di sistolica.

## A RISCHIO

Insomma, milioni di italiani che pensavano di poter stare tranquilli potrebbero invece essere già a rischio cardio-vascolare, in quanto ipertesi. I nuovi limiti di normalità allargano infatti di quasi 10 milioni la platea da monitorare. Così, se in passato gli ipertesi stimati in Italia erano circa 18 milioni, ora sono 25-28 milioni. Un bel cambiamento se si pensa che negli anni '70, per essere considerati ipertesi bisognava superare i 160 di massima e i 95 di minima. Gli attuali valori di "normalità" fanno segnare una riduzione di quasi il 20%, come ricorda un'analisi dell'Università di Bologna pubbli-

cata sulla rivista *Medical Sciences*. «Spostare i valori soglia verso il basso - riflette il professor Lamberto Manzoli del Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche dell'Università di Bologna - non determina soltanto un "cambio di stato" (da persona sana a paziente) per milioni di persone, ma significa anche che tantissimi pazienti già in terapia non sono più a target di trattamento e devono dunque aumentare numero e dosaggio dei farmaci per centrare i nuovi obiettivi».

## IL MOVIMENTO

Ma il problema ipertensione non



si risolve solo a suon di pillole (o di poli-pillola). La vera battaglia si gioca e si vince soprattutto con l'attenzione e le modifiche allo stile di vita. Uno degli slogan delle linee guida, facile da memorizzare è "meno sale, più potassio". E tanti altri ne seguono: "Più movimento, ma non solo camminate". Perché anche esercizi di resistenza con pesi leggeri possono aiutare ad abbassare la pressione. Fondamentale poi perdere peso, perché sovrappeso e obesità restano tra i principali motori dell'ipertensione. E la strategia più importante resta la misurazione periodica, a casa, dal medico o in farmacia.

Anche da giovani, soprattutto se in casa ci sono degli ipertesi. Bastano pochi minuti per accorgersi in tempo di un problema che, se ignorato, può costare molto caro.

**Maria Rita Montebelli**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**L'ALTERAZIONE  
SENZA MANIFESTARSI  
ARRIVA A  
DANNEGGIARE  
GRAVEMENTE  
CUORE E OCCHI**

## I CONSIGLI

### CONSUMARE MENO CIBI PROCESSATI

Se la pressione è alta ridurre il consumo di sale giornaliero (massimo 5 grammi al giorno, un cucchiaino da tè) e evitare insaccati e formaggi stagionati

### NON DIMENTICARE FRUTTA E VERDURA

Il potassio si trova in moltissimi alimenti freschi, specialmente in frutta, verdura e legumi. Essenziale per il corretto funzionamento di muscoli e cuore

### RIDURRE I CHILI IN ECCESSO

Raggiungere e mantenere sempre il peso forma. Questo è fondamentale per ridurre il carico di lavoro del sistema cardiovascolare



### ATTENZIONE AL RESPIRO E AL MAL DI TESTA

Sintomi come un improvviso e intenso mal di testa, difficoltà respiratorie, dolore toracico o confusione mentale indicano che la situazione è critica

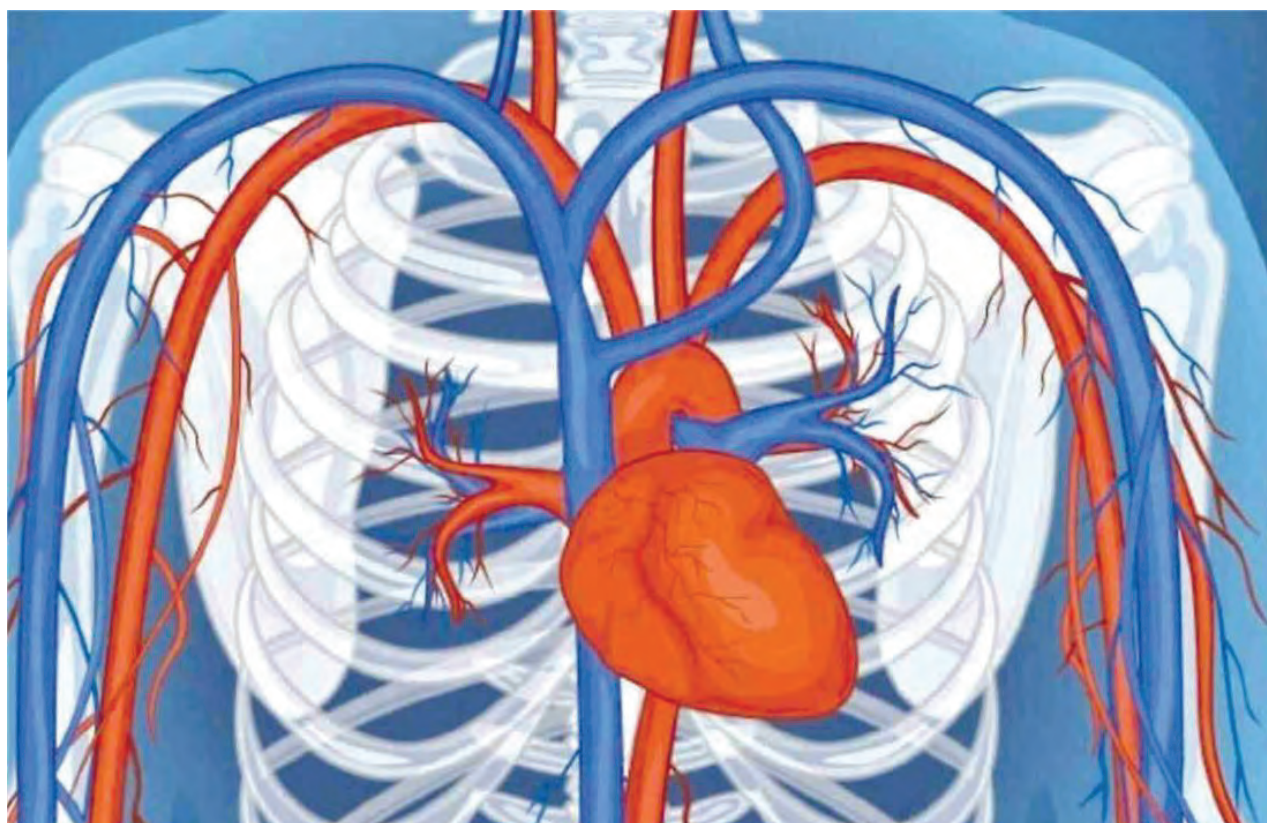
### ANSIA E STRESS SONO VERI NEMICI

Ansia, insoddisfazione e stress hanno un impatto negativo sulla salute cardiovascolare e possono scatenare un pericoloso aumento della pressione

### ASSUMERE I FARMACI COME PRESCRITTI

L'aderenza alle terapie antipertensive è alla base di un controllo ottimale dell'ipertensione. Rispetta sempre i dosaggi e gli orari di assunzione consigliati

**BISOGNA CONSUMARE MENO SALE E PIÙ POTASSIO, FARE MOVIMENTO (ANCHE PICCOLI ESERCIZI CON I PESI) E DIMAGRIRE**



## Policlinico Gemelli

### La radioterapia con il videogioco

Si chiama Radiotherapy Training Game (RTTraining Game) l'applicazione digitale dedicata alla preparazione e al supporto dei pazienti pediatrici sottoposti a radioterapia del Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS. L'App è stata inaugurata presso il Gemelli ART (Advanced Radiation Therapy) alla presenza di Maria Teresa

Venturini Fendi, Presidente della Fondazione Carla Fendi che ha sostenuto il progetto e della professoressa Maria Antonietta Gambacorta, Direttore del Dipartimento di Diagnostica per Immagini e Radioterapia Oncologica. Il progetto è rivolto a bambini e adolescenti in trattamento presso il Gemelli ART e si

propone di offrire un supporto psico-educativo migliorando la comprensione del trattamento

e favorendo una maggiore adesione terapeutica. Il videogioco rafforza l'alleanza terapeutica e promuove una partecipazione più consapevole e serena al percorso di cura.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Lo studio di un gruppo internazionale di cardiologi mostra la tossicità del tabacco per il sistema cardiaco: fa crescere il rischio di occlusione delle coronarie e di infarto

# Fumo nelle arterie Così la nicotina avvelena il cuore

Antonio G. Rebuzzì \*

I prodotti contenenti nicotina, siano essi combustibili o magari senza fumo, sono comunque dannosi per il nostro organismo e rappresentano una crescente minaccia in particolare per i nostri polmoni e per il nostro cuore.

In un recente numero della rivista *European Heart Journal*, Thomas Munzel, Ordinario di Cardiologia dell'Università Johannes Gutenberg di Magonza (Germania) ed un gruppo internazionale di cardiologi, ha presentato un documento programmatico basato su chiare evidenze scientifiche che evidenziano la tossicità cardiovascolare della nicotina indipendentemente dal sistema di somministrazione.

## IRAGAZZI

In premessa si chiarisce che il fumo di tabacco, secondo i dati del Global Burden of Disease, è responsabile di oltre 7,7 milioni di decessi all'anno, cioè del 13,6% di tutti i decessi a livello globale. Di questi oltre 2,25 milioni sono per malattie cardiovascolari e 2,5 milioni sono per tumore.

Ancora più preoccupante è il fatto che le sigarette elettroniche, ben lungi dall'essere un ponte verso la riduzione del fumo, stiano invece accelerando la dipendenza da nicotina, in particolare tra i giovani. Si stima infatti che fino al 40% degli adolescenti in Europa abbia provato le sigarette elettroniche.

La nicotina, principale alcaloide della pianta di tabacco, non è innocua. Prove scientifiche hanno dimostrato che, indipendentemente dalla combustione, è un veleno cardiovascolare, e i suoi danni sono presenti quale che sia la via di somministrazione.

Agisce stimolando il sistema nervoso simpatico attraverso il rilascio di catecolamine quali l'adrenalina e la noradrenalina. Questo provoca aumento della frequenza cardiaca e della vasocostrizione periferica con conseguente aumento della pressione arteriosa.

Agisce stimolando il sistema nervoso simpatico attraverso il rilascio di catecolamine quali l'adrenalina e la noradrenalina. Questo provoca aumento della frequenza cardiaca e della vasocostrizione periferica con conseguente aumento della pressione arteriosa.

## IGRASSI

A ciò si aggiunge una disfunzione dell'endotelio dei vasi con una contemporanea modificazione del profilo dei grassi che favorisce la formazione di placche di colesterolo sulla superficie interna delle arterie.

La nicotina inoltre aumenta i fattori infiammatori e incrementa la reattività delle piastrine nel sangue favorendo quindi sia la rottura delle placche che la cascata pro-trombotica che può portare alla occlusione anche delle arterie coronarie e all'infarto. Tali effetti si osservano non solo nei fumatori di sigarette tradizionali, ma anche negli utilizzatori di sigarette elettroniche.

I dispositivi HNB (Heat Not Burn) riscaldano, anziché bruciare, il ta-

bacco. Emettono quindi meno prodotti di combustione; tuttavia studi su esseri umani o roditori dimostrano che gli aerosol prodotti attraverso tali dispositivi compromettono ugualmente la funzione dell'endotelio aumentando il danno vascolare.

Ed anche il fumo di sigaro, considerato meno pericoloso perché non inalato, produce danni perché nicotina e prodotti tossici della combustione vengono assorbiti dalla mucosa orale e dalle vie aeree causando deleteri effetti cardiovascolari sistemici.

## L'ATEROSCLEROSI

Perciò non c'è alcuna forma di consumo di nicotina scevro da rischi. Basta infatti la presenza di questa sostanza per danneggiare la normale funzionalità vascolare, alzare la pressione arteriosa e favorire l'aterosclerosi.

E questo è il parere di tutte le più importanti Società Cardiologiche europee, americane e del mondo.

Professore di Cardiologia,  
Università Cattolica, Roma

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## Al San Raffaele il Nobel Semenza e le terapie contro il cancro

**I**l Premio Nobel per la Medicina Gregg L. Semenza entra a far parte del Comitato Tecnico Scientifico dell'IRCCS San Raffaele. L'annuncio è stato al centro dell'evento scientifico tenutosi presso il Centro Ricerche San Raffaele, promosso da IRCCS San Raffaele e Università Telematica San Raffaele Roma. Il professore ha illustrato le più recenti evidenze sul potenziale terapeutico della modulazione dei fattori HIF, con

riferimento alla progressione tumorale, alla capacità invasiva delle cellule neoplastiche e allo sviluppo di metastasi. Durante la mattinata è stato inoltre presentato il progetto di ricerca "Asse HIF/NFkB nella progressione e irreversibilità dell'obesità", coordinato dal Prof. Matteo A. Russo, Responsabile della ricerca di base e dei laboratori dell'IRCCS San Raffaele, con la partecipazione

dell'Università di Roma Sapienza, Università Telematica San Raffaele Roma e Università degli Studi di Perugia, con la supervisione scientifica del prof. Semenza.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'intervento di Gregg Semenza



I disturbi venosi sono ancora sottovalutati: non è solo una questione estetica, ma di qualità della vita. Pesantezza, gonfiori alla caviglie e crampi: sono tutti sintomi da considerare. Ecco i rimedi più efficaci

# Gambe in movimento per sentirsi più leggeri

## LA DISCIPLINA

**P**rendersi cura delle vene delle gambe non è soltanto una questione estetica. La salute venosa influisce sulla qualità della vita e anche sulla longevità in buona salute. Eppure, i disturbi venosi sono ancora sottovalutati, nonostante siano diffusissimi: secondo i dati epidemiologici interessano oltre il 50% delle donne e circa un quarto degli uomini. Un problema che tende ad aumentare con l'età, soprattutto dopo i 50 anni, ma che può comparire anche prima. Ne parliamo con il professor Gianfranco Nero, chirurgo vascolare e flebologo, docente della Scuola di Flebologia Chirurgica, scuola di riferimento nazionale della Società Italiana di Chirurgia (SIC) e della Società Italiana di chirurgia Vascolare ed Endovascolare (SICVE). «La malattia venosa cronica è progressiva», spiega il professor Nero. «Manifestazioni iniziali lievi, come capillari evidenti o piccoli disturbi circolatori, possono evolvere nel tempo verso forme più importanti».

## CAMPANELLI D'ALLARME

Proprio per questo è fondamentale non aspettare che il problema peggiori: intervenire precocemente permette di migliorare sia la funzionalità della circolazione, sia la qualità della vita. «Proprio così. Molti convivono per anni con sintomi che tendono a trascurare. I campanelli d'allarme più frequenti sono pesantezza alle gambe, gonfiore alle caviglie, crampi notturni, prurito, formicolii, sensazione di stanchezza e irre-

quietezza delle gambe, oltre alla comparsa di capillari visibili, vene reticolari o varici».

## LE VISITE

Non sottovalutare alcun sintomo e farsi visitare, fin da giovani. «Le donne sono più predisposte ai problemi venosi per motivi ormonali. Non a caso molte avvertono una maggiore pesantezza alle gambe nei giorni precedenti il ciclo mestruale. Anche la gravidanza e l'assunzione della pillola anticoncezionale rappresentano momenti delicati per il sistema venoso», spiega Nero. Ci sono abitudini quotidiane che possono fare la differenza. «I principali nemici della circolazione sono la sedentarietà, il sovrappeso e il rimanere troppo tempo fermi, seduti o in piedi. Il calore favorisce il ristagno venoso e la ritenzione idrica, le vene soffrono maggiormente. Sole intenso, bagni troppo caldi, sauna e terme posso-

no aumentare la sensazione di pesantezza e gonfiore. Al mare, bagnare spesso le gambe in acqua fresca, camminare sul bagnasciuga o in acqua. A casa può essere utile terminare la doccia calda con un getto di acqua fresca dalle caviglie verso l'alto, per aiutare la vasocostrizione e il ritorno venoso». La vera medicina naturale resta il movimento. «Camminare, nuotare, andare in bicicletta, fare le scale o semplicemente alzarsi frequentemente dalla scrivania aiuta la cosiddetta 'pompa muscolare', cioè il meccanismo naturale che favorisce il ritorno del sangue verso il cuore. Muscoli e articolazioni sono le nostre pompe fisiologiche», aggiunge il professore.

## PICCOLI GESTI QUOTIDIANI

Altri piccoli gesti quotidiani? «Solle-

varsi sulle punte dei piedi, fare brevi passeggiate durante il lavoro sedentario, evitare di restare immobili troppo a lungo. Per chi è costretto a stare molte ore fermo, le calze elastiche a compressione graduata aiutano il drenaggio dei liquidi e migliorano il ritorno venoso. Quando necessaria, il flebologo prescriverà anche una terapia farmacologica adeguata». Un altro pilastro della prevenzione è l'alimentazione. «Una dieta equilibrata, in particolare la dieta mediterranea, ricca di frutta, verdura e antiossidanti naturali, fornisce vitamine e sostanze utili al microcircolo. Fondamentale l'idratazione: un sangue troppo viscoso aumenta il rischio di ristagno e favorisce le complicanze trombotiche. Oggi la prevenzione venosa viene considerata sempre più importante, soprattutto nelle persone predisposte. «L'esame di riferimento che accompagna la visita flebologica è l'ecocolordoppler: permette di valutare la circolazione venosa e individuare eventuali alterazioni anche prima che compaiano problemi importanti. Ed è indispensabile per decidere la strategia di trattamento più appropriata».

Angelica Amodei

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**GIANFRANCO NERO,  
CHIRURGO VASCOLARE:  
«LE DONNE SONO PIU'  
PREDISPOSTE AI  
PROBLEMI VENOSI  
PER MOTIVI ORMONALI»**



# La lezione di Garattini: «Prevenzione fin da piccoli» Mantovani con don Carraro: «In Africa troppe vittime»

La salute non è un dono né un rimedio da cercare in farmacia quando è ormai troppo tardi. Al contrario, è l'insieme di «buone pratiche» da mettere in campo sin da giovani, anzi, fin dai primi anni di vita.

È il messaggio di Silvio Garattini, oncologo, farmacologo e fondatore dell'Istituto Mario Negri, intervistato da Luigi Ripamonti, responsabile di *Corriere Salute*, durante il talk «La salute si impara da piccoli. *Mens sana in corpore sano*». «Siamo l'unico Paese europeo in cui la sanità non è intesa come prevenzione, ma come cura delle malattie» racconta Garattini, ribadendo come uno stile di vita corretto — basato su alimentazione sana, l'assenza di fumo e alcol — sia in grado di prevenire oltre il 40% dei tumori e una larghissima fetta delle patologie cardiovascolari e croniche.

Per far sì che queste non siano solo raccomandazioni te-

oriche, il professore insiste sulla necessità di un intervento precoce: «La salute deve entrare come materia di studio nelle scuole», per insegnare ai bambini il valore del rispetto del proprio corpo prima che si radichino abitudini nocive. A testimonianza del fatto che uno stile di vita sano, la curiosità e la voglia di realizzare i propri sogni non sono solo un modo di guardare al futuro con positività, ma strategie di salute, hanno raccontato la loro storia Licia Fertz, seguitissima nonna influencer, che ricorda che la vecchiaia può essere una stagione di rinascita e curiosità, l'atleta olimpico Giorgio Malan (medaglia di bronzo a Parigi 2024) e lo scrittore Riccardo Pedicone.

Per garantire il diritto della salute è necessario anche coltivare la solidarietà e la speranza. È questa la chiave per una prevenzione efficace, in grado di fare ricerca scientifi-

ca anche in contesti fragili, secondo don Dante Carraro, medico, direttore di Medici con l'Africa Cuamm, e di Alberto Mantovani, presidente di Fondazione Humanitas per la ricerca. «Un milione e mezzo di bambini muore tutti gli anni perché non ha accesso alle vaccinazioni più elementari, come il tetano, il morbillo, la difterite, la polmonite. Dobbiamo sdegnarci. A Botsangoa, in Repubblica Centrafricana, quasi una donna su mille muore di parto: non è accettabile. Non dobbiamo, però, perdere la speranza perché si vedono passi avanti», ricorda Mantovani.

Ne sono un esempio le «case dell'attesa» (*waiting houses*), strutture nate per accogliere le donne vicine al parto, che hanno permesso di abbattere del 55% la mortalità perinatale in diversi Paesi africani. La salute si tutela unendo l'eccellenza medica e

la vicinanza umana, trasformando la formazione e la condivisione in concrete luci di speranza.

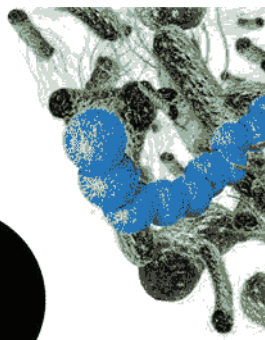
di **Valentina Rorato**

**Insieme**

Da sinistra, l'immunologo Alberto Mantovani, Chiara Bidoli di *Corriere Salute* e don Dante Carraro, direttore del Cuamm (foto Piaggese)



# MI CRO BIOTA



## L'AMICO INVISIBILE DELL'UOMO

È UNA **NUOVA FRONTIERA** DELLA SCIENZA: STUDIARE I BENEFICI CHE CI DANNO I MILIARDI DI ORGANISMI (BATTERI, FUNGHI E ALTRO) CHE CONVIVONO DENTRO E SOPRA DI NOI. LE RICERCHE SUL TEMA SONO SEMPRE DI PIÙ. ECCO COSA DICONO.

di Luca Sciortino

**D**entro di noi vive un ecosistema invisibile, vasto e complesso quanto una galassia, ma microscopica. Non siamo fatti soltanto di cellule umane: il nostro corpo ospita miliardi di batteri, virus e funghi che abitano l'intestino, la pelle, la bocca e l'apparato urogenitale. È il microbiota, una comunità vivente che la ricerca scientifica considera sempre più protagonista della salute umana. Non un semplice "contorno" biologico, ma un sistema capace di influenzare digestione, difese immunitarie, metabolismo e perfino le funzioni cerebrali.

«Più del 90% del microbiota è localizzato nel tratto gastrointestinale. Questa presenza "esogena" di circa un chilo e mezzo-due può essere considerata come un vero e proprio organo», spiega Andrea Scaloni, direttore dell'Istituto per il sistema produzione animale in ambiente Mediterraneo del Cnr. «È composto da micro-organismi diversi, la cui natura può variare in base alla dieta e alle

patologie presenti, ma anche all'età e alla condizione individuale».

Sempre più spesso studi scientifici riportano che l'intestino è di fatto un crocevia funzionale, dove microbiota e sistema digestivo, sistema immunitario e nervoso dell'uomo comunicano costantemente: «Le molecole della digestione e i metaboliti - cioè le sostanze prodotte dai microrganismi durante la loro attività vitale - interagiscono con i recettori dell'intestino o entrano nel

54 Panorama | 20 maggio 2026

sangue, raggiungendo vari organi. Così, il nostro organismo è influenzato sia dalla dieta sia dalla componente microbica intestinale: alcune di queste molecole hanno effetti benefici su metabolismo



e infiammazione».

**Una delle cose più sorprendenti scoperte è che l'alimentazione, l'età, l'esercizio fisico e perfino l'interazione sociale possono modificare profondamente la composizione del profilo microbico, con effetti fisiologici significativi su altri organi.** «La maggior parte delle conoscenze acquisite sulle interazioni ospite-microbiota e intestino-altri organi» dice Luisa Cigliano, professoressa di fisiologia presso l'Università degli Studi di Napoli Federico II, «proviene da studi su modelli murini (*topi e ratti, ndr*), come nel caso delle ricerche da me effettuate congiuntamente ad altri colleghi di università e Cnr. Gli alimenti ultra-processati - come merendine, bevande, piatti pronti - ricchi di fruttosio e di grassi saturi, possono alterare il microbiota riducendo i batteri benefici. Ciò può causare squilibri metabolici e infiammatori in intestino, muscoli e cervello, con effetti negativi anche su memoria e ansia. L'assunzione di probiotici, cioè microrganismi benefici, può aiutare a riequilibrare il microbiota e prevenire queste alterazioni».

**Un'altra recente scoperta riguarda l'effetto dell'interazione sociale.** «Studi in letteratura hanno trovato differenze nella composizione della componente microbica tra topi isolati e quelli co-alloggiati: isolamento sociale e microbiota sono infatti collegati», spiega Cigliano. Le ragioni sono molteplici. Non si tratta solo di trasmissione diretta. Gli animali che vivono insieme si scambiano continuamente microrganismi, aumentando la diversità e la stabilità del relativo microbiota. L'isolamento interrompe questa circolazione e rende l'ecosistema intestinale più povero.

A questo si aggiunge lo stress: il distacco sociale determina infatti un aumento del cortisolo ed alterazioni del sistema immunitario e della motilità intestinale, modificando così l'ambiente in cui vivono questi batteri. L'intestino "parla" con il cervello, e il cervello "parla" con l'intestino. Nei topi isolati si osservano comportamenti ansiosi e minore esplorazione dell'ambiente circostante, accompagnati da modificazioni specifiche della flora intestinale. Ricerche sull'uomo suggeriscono dinamiche simili: solitudine e stress cronico sono associati a cambiamenti del microbiota, anche se il rapporto causa-effetto è ancora oggetto di studio. Ricerche della University College di Cork e del Karolinska Institutet di Stoccolma hanno poi dimostrato come il microbiota possa influenzare la produzione dei neurotrasmettitori tipo la serotonina.

Le evidenze più recenti indicano infine come specifiche configurazioni microbiche siano associate allo sviluppo cerebrale e a disturbi neurologici. Nel 2026 sono state identificate firme microbiche del microbiota intestinale predittive del rischio di Parkinson, mentre altre ricerche collegano la di-

sbiosi intestinale a processi infiammatori coinvolti nell'Alzheimer.

«Sappiamo poi che esistono microrganismi la cui presenza o assenza nel microbiota intestinale è spesso associata a specifiche malattie metaboliche», aggiunge Scalonì. «Forme di obesità e diabete sono in molti casi correlate a specifiche firme microbiche nel microbiota intestinale dei pazienti. In una ricerca congiunta con alcuni laboratori di ricerca europei, per esempio, abbiamo dimostrato come soggetti affetti da una forma di steatosi epatica relazionata a disfunzione metabolica presentino assenza di *Dysosmobacter welbionis* nel loro microbiota intestinale.

Tali risultati hanno suggerito quindi un potenziale ruolo protettivo di questo batterio intestinale per la salute del fegato. È un candidato ideale per lo sviluppo di probiotici di nuova generazione per la prevenzione di malattie metaboliche come obesità e diabete di tipo 2».

**In oncologia, ricerche pubblicate su *Science* e *Nature Medicine* confermano** che la risposta alle immunoterapie è legata alla composizione batterica dell'intestino, con specie come *Akkermansia muciniphila* capaci di potenziarne notevolmente l'efficacia. «L'effetto di diverse diete alimentari sullo sviluppo del cancro del colon-retto è confermato», aggiunge Scalonì. «In uno studio condotto con laboratori di ricerca italiani ed europei, abbiamo dimostrato che il trapianto del microbiota intestinale da animali alimentati con diete diverse trasferisce anche i relativi effetti metabolici: fattori di rischio nel caso di una dieta ricca di carne e fattori protettivi nel caso di una dieta pesco-vegetariana». Insomma, la composizione batterica dell'intestino, modulata dalla dieta, può trasmettere i rischi - così come i benefici - legati alla dieta stessa. Da qui l'idea che sta trasformando la pratica clinica: rimodellare il profilo microbico intestinale per prevenire la produzione di metaboliti potenzialmente cancerogeni, a partire dalla dieta. Il trapianto di microbiota fecale, con tassi di successo superiori al 90 per cento nelle infezioni da *Clostridioides difficile*, è oggi una realtà e potrà diventare in futuro una terapia sempre più diffusa per il trattamento di altre patologie.

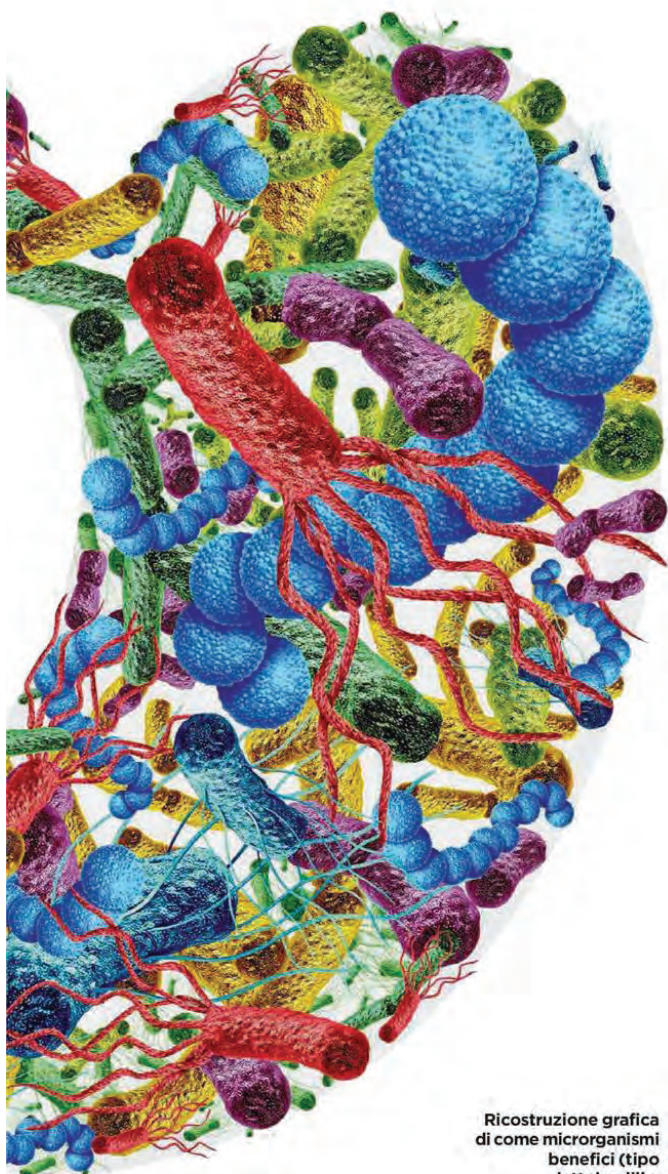
«Esperimenti in modelli animali suggeriscono come il trasferimento del microbiota da un organismo giovane a uno anziano, o da un organismo sano ad uno affetto da patologia neurodegenerativa (come morbo di Alzheimer o di Parkinson) o del neurosviluppo (come l'autismo), possa modificare profondamente lo stato patologico», sottolinea Cigliano.



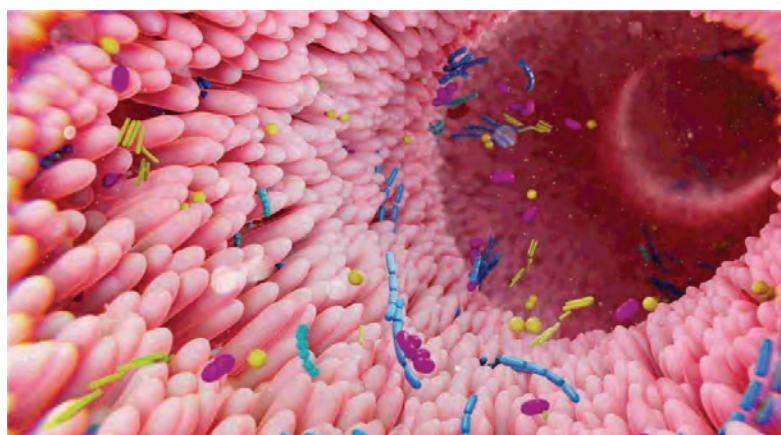
**Accanto alle terapie tradizionali emergono nuove strategie per la salute:** prebiotici e probiotici avanzati, consorzi microbici ingegnerizzati e batteriofagi selettivi. Si va verso una medicina su misura basata sulla "firma microbiotica", integrando dati del microbiota con informazioni genomiche e proteomiche attraverso l'intelligenza artificiale. «Le indicazioni pratiche che emergono da queste ricerche sono chiare: alimentazione ricca di fibre e pesce, riduzione degli zuccheri semplici ed attività sportiva regolare favoriscono il mantenimento di un microbiota diversificato, stabile e ottimale per l'uomo», concludono Cigliano e Scaloni. «L'esercizio fisico può modulare la composizione e la diversità del microbiota intesti-

nale e promuovere la secrezione di miochine da parte del muscolo scheletrico. Questi processi, a loro volta, influenzano la plasticità neuronale e il miglioramento della funzione cognitiva».

Quella che emerge è una medicina trasformata: il corpo è un ecosistema in cui l'equilibrio tra uomo e microbi è essenziale. Curare significa ristabilire questo equilibrio. Il futuro è una medicina personalizzata e preventiva, che integra dati e tecnologia e riconosce i microrganismi come partner della salute. ■



Ricostruzione grafica di come microrganismi benefici (tipo lattobacilli o bifidobatteri) popolano il nostro apparato gastrointestinale.



Sopra, Luisa Cigliano - professoressa di fisiologia presso l'Università degli Studi di Napoli Federico II - al lavoro.



Servizio Le risposte dell'Iss

## **Epidemia di Ebola da virus Bundibugyo, ecco cosa sapere: dai rischi al contagio**

L'istituto Superiore di Sanità risponde ai numerosi interrogativi sulla rara variante del virus per cui l'Oms ha dichiarato lo stato di emergenza

*di Letizia Giostra*

19 maggio 2026

Era il 5 maggio scorso quando l'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms) è stata allertata su dei misteriosi decessi a Mongbwalu, nella Repubblica Democratica del Congo. Dopo pochi giorni, in ben otto campioni, è stata confermata la presenza di una variante rara del Ebola. Si tratta del Bundibugyo, un virus per cui non c'è vaccino e neppure una terapia specifica.

La conferma del focolaio è poi giunta dal ministero della Salute dell'Uganda dopo il decesso di un uomo congolese sul proprio territorio. A seguito dell'aumento vertiginoso dei casi, l'Oms ha quindi stabilito che la malattia costituisce un'emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale, dichiarando quindi lo stato di emergenza a livello globale, ma non significa che darà necessariamente seguito ad una pandemia. L'ultimo bollettino dell'Oms indica 30 casi confermati, ma sono 500 quelli sospetti con 131 possibili morti.

### **Tutto quello che sappiamo sul Bundibugyo**

Nonostante il nome di questo virus possa risultare una novità, in passato ci sono state altre due epidemie e sempre negli stessi posti: la prima in Uganda e la successiva nella Repubblica Democratica del Congo, rispettivamente nel 2007 e nel 2012, con un tasso di mortalità tra il 30% al 50%. Per quanto riguarda il periodo di incubazione, varia da 2 a 21 giorni. Chi ha contratto il virus, inoltre, risulta contagioso solo dopo la comparsa dei primi sintomi.

Quelli più comuni sono febbre, affaticamento, dolori muscolari, mal di testa e mal di gola. Nei casi peggiori, i pazienti possono riscontrare anche disturbi gastrointestinali, disfunzioni d'organo e manifestazioni emorragiche. Una diagnosi tempestiva può salvare il contagiato da un peggioramento della malattia, ma i primi sintomi possono essere scambiati spesso per una comune influenza e il ritardo della diagnosi, in questi casi, può essere fatale.

### **Come si trasmette il virus**

Il Bundibugyo è una variante grave e spesso fatale dell'Ebola ed è probabile che derivi dai pipistrelli della frutta. Il virus può passare dall'animale all'uomo solo attraverso un contatto ravvicinato con il sangue o le secrezioni e si diffonde da persona a persona nel medesimo modo. La trasmissione si amplifica negli ambienti sanitari quando le misure di prevenzione e controllo delle infezioni risultano essere inadeguate. Lo stesso succede quando, durante la sepoltura della persona contagiata, si viene a contatto col defunto.

### **Il rischio per i paesi non colpiti**

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA

Secondo il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie, la probabilità di contagio per i residenti dell'Unione Europea o per tutti i viaggiatori diretti in Africa è considerata bassa.

### **Le indicazioni per i paesi non colpiti**

Resta da chiarire come i paesi non colpiti debbano comportarsi. Per l'Istituto superiore della Sanità, nessun paese dovrebbe chiudere i propri confini o imporre restrizioni. Il rischio è che le persone possano optare per frontiere non controllate, aumentando così le probabilità di diffusione della malattia.

Le autorità nazionali dovrebbero mettersi in contatto con le compagnie aeree e gli altri settori dedicati ai trasporti e al turismo, mentre gli Stati dovrebbero fornire ai viaggiatori diretti nelle aree colpite e a rischio tutte le informazioni necessarie, facilitando il rimpatrio dei propri cittadini che sono stati in contatto con il virus. Infine, l'Istituto non ritiene necessario sottoporre passeggeri di ritorno da zone sotto osservazione a controlli all'ingresso negli aeroporti o in altri punti di ingresso, se non al di fuori della regione interessata.

Servizio Medicina di precisione

## **Tumore al seno metastatico: sbloccare 15 milioni per la biopsia liquida**

L'appello di clinici e associazioni: solo la metà delle pazienti riesce ad accedere all'esame per la ricerca di mutazioni di ESR1

*di Redazione Salute*

19 maggio 2026

Ogni anno nel nostro Paese più di 53mila donne si ammalano di tumore del seno e per 15.500 pazienti con tumore al seno metastatico ormonoresponsivo/Her2 negativo è necessaria la biopsia liquida per selezionare le terapie più efficaci. Però, solo la metà delle pazienti riesce ad accedere a questo esame, a causa di reti diagnostiche ancora fragili e una frammentazione regionale. Per garantire l'esame in modo uniforme su tutto il territorio è necessario destinare 15 milioni ricavandoli dal fondo di 238 milioni per il potenziamento della sanità inseriti nella legge di Bilancio 2026. Il finanziamento della biopsia liquida per la ricerca delle mutazioni di ESR1 è già previsto dal provvedimento legislativo dallo scorso dicembre ma è necessario sbloccare le risorse economiche e il test deve uscire dai laboratori di ricerca per diventare una opportunità concreta offerta dal Servizio sanitario Nazionale. È l'appello della comunità oncologica e delle associazioni dei pazienti, lanciato in una conferenza stampa oggi a Milano. L'evento rappresenta anche l'occasione per fare il punto sulla medicina di precisione nella cura della neoplasia più frequente nel nostro Paese.

### **Innovazioni nella diagnosi e nella cura**

“Con l'approvazione di nuove terapie orali è cambiata radicalmente la gestione dei casi metastatici positivi per i recettori degli estrogeni (ER) e negativi per HER2 - sottolinea Giuseppe Curigliano, presidente eletto dell'European Society for Medical Oncology e professore del Dipo-Dipartimento di Oncologia ed Emato-Oncologia dell'Università di Milano -. Le mutazioni di ESR1 sono il principale meccanismo di resistenza acquisita alla terapia ormonale. Individuarle, dopo una progressione di malattia metastatica, significa offrire una possibilità concreta di accedere ad un trattamento efficace, che consenta anche di mantenere una buona qualità di vita. Grazie alla terapia mirata, identificata a seguito di una mutazione genomica, la sopravvivenza libera da progressione può aumentare del 45%. È un vantaggio clinico senza precedenti in questa linea di trattamento, che non possiamo negare alle pazienti”.

### **Istituzioni al lavoro per sbloccare i fondi**

“In legge di Bilancio con un emendamento, a mia prima firma, abbiamo previsto le risorse necessarie per sostenere l'accesso alla biopsia liquida nell'ambito dei percorsi di oncologia di precisione - sottolinea Elena Murelli, senatrice della Commissione Sanita, Lavoro e Affari Sociali -. È ora necessario completare rapidamente il percorso attuativo, affinché le risorse stanziare siano effettivamente disponibili e traducibili in un accesso uniforme al test su tutto il territorio

nazionale. Per questo prosegue il confronto con il ministero della Salute, con l'obiettivo di garantire la piena operatività delle misure previste e assicurare alle pazienti un accesso equo e tempestivo a questa innovazione diagnostica".

### **Terapie sempre di più personalizzate**

"Come Società scientifica - sottolinea Massimo Di Maio, presidente Nazionale Aiom (Associazione Italiana di Oncologia Medica) - riteniamo prioritario garantire l'equità di accesso alle cure sull'intero territorio nazionale. È fondamentale ridurre il tempo tra la rimborsabilità di un nuovo trattamento mirato e l'ingresso nei Livelli essenziali di assistenza del relativo test genomico. Solo così l'oncologia di precisione può diventare una realtà per tutti i pazienti. La scelta del trattamento deve tenere sempre più in considerazione anche le possibili insorgenze di meccanismi di resistenza, oltre che le caratteristiche biologico-molecolari del singolo tumore".

### **Esame non invasivo e ripetibile**

"Attraverso un esame non invasivo e ripetibile nel corso del tempo siamo in grado di ricercare alcune alterazioni molecolari a carico di biomarcatori predittivi di risposta ai trattamenti - aggiunge Umberto Malapelle, coordinatore del Gruppo di Patologia Molecolare e Medicina di Precisione della SIAPEC e presidente della International Society of Liquid Biopsy-. Le tecnologie richieste, per queste analisi, sono la NGS e la dPCR. Il problema non è solo 'come' eseguire il test ma soprattutto 'dove' e 'quando'. Esperienza ed infrastrutture sono elementi chiave nel settore della patologia molecolare, e vanno tenuti in considerazione per la selezione dei laboratori che devono supportare questa tipologia di test. I 15 milioni del fondo serviranno anche a costruire questa infrastruttura diagnostica interna al Servizio sanitario nazionale, senza la quale la biopsia liquida rischia di restare un'occasione mancata".

"Negli ultimi anni abbiamo assistito ad un profondo cambiamento nel trattamento del carcinoma mammario metastatico - conclude l'incontro Antonella Campana, presidente di Fondazione IncontraDonna -. Oggi però è fondamentale fare un passo ulteriore: garantire un accesso equo e tempestivo all'innovazione. Le pazienti non possono essere costrette a percorrere centinaia di chilometri per eseguire un test che può orientare la scelta terapeutica. È necessario che i laboratori si coordinino o che tutte le Regioni approvino al più presto il codice tariffario".



Servizio Il report di Efpia

## Farmaci innovativi: quasi 400 giorni per averli in Italia e ora si teme l'effetto Trump

Il rapporto fa emergere un quadro di crescente disuguaglianze tra i Paesi europei e senza indicazioni di miglioramenti futuri

*di Marzio Bartoloni*

19 maggio 2026

Gli italiani devono aspettare quasi 400 giorni - 393 per l'esattezza - per poter accedere ai nuovi farmaci appena approvati. Dopo il via libera dall'Agenzia europea dei medicinali che normalmente autorizza le terapie innovative subito dopo l'ok della Food and drug administration, la Fda americana, serve dunque più di un anno per renderli poi disponibili nel nostro Paese. Tempi di autorizzazione piuttosto lunghi in capo alla nostra Agenzia del farmaco, l'Aifa, che però non sono neanche tra i peggiori in Europa dove l'attesa mediana è di 532 giorni. Un accesso "ritardato" alle nuove cure che potrebbe però peggiorare in futuro a causa dell'aggressiva politica di Trump sui farmaci con la cosiddetta clausola Mfn (Most favored nation) che prevede di abbassare i prezzi dei medicinali americani allineandoli a quelli mediamente più bassi di altri Paesi, compresa l'Italia. Il risultato potrebbe essere quello di una "America first" per tutte le nuove terapie.

### I giorni di attesa per avere i nuovi farmaci

A fare i conti sui tempi di disponibilità dei nuovi medicinali è l'Efpia, l'Associazione che rappresenta l'industria biofarmaceutica europea e che pubblica ogni anno l'indicatore Wait che fotografa in questo caso l'accesso a 168 nuovi farmaci che sono stati autorizzati tra il 2021 e il 2024 in 36 paesi europei. Il rapporto fa emergere un quadro di crescente disuguaglianze e senza indicazioni di miglioramenti futuri. Si va dai soli 56 giorni di attesa dei pazienti che vivono in Germania ai ben 1201 della Romania. In Italia come detto la mediana di attesa per la disponibilità dei nuovi medicinali è di 393 giorni - nel report dell'anno scorso erano 391 - con tempi che sono comunque sotto molti Paesi europei: fanno meglio di noi oltre alla Germania solo Svizzera (212 giorni), Serbia (235), Austria (259), Danimarca (268), Inghilterra (282), Scozia (298) e Svezia (372). Particolarmente sensibile è il dato di attesa per le nuove cure oncologiche: la mediana di attesa per l'accesso ai farmaci oncologici in Italia è di 420 giorni, contro una mediana in Europa che è di 598 giorni. La mediana per i farmaci orfani invece è di 453 giorni contro quella europea di 614 giorni.

### Farindustria: "Ridurre i tempi sia una priorità"

Nel confronto europeo l'Italia mostra una buona performance anche sulla disponibilità complessiva: dei 168 farmaci innovativi, 133 sono disponibili nel nostro Paese, il 79% contro una media Ue del 45 per cento. Ma il dato positivo va però visto bene in profondità perché solo il 66% è considerato pienamente disponibile, mentre per il resto non mancano paletti e barriere di accesso per i pazienti. "Il dato evidenziato dal report WAIT di EFPIA conferma il valore di quasi 400 giorni

di attesa dall'autorizzazione EMA al primo accesso in Italia. Ridurre questo tempo - spiega il presidente di Farindustria Marcello Cattani al Sole 24 ore - è una priorità che richiede processi più veloci, l'introduzione di uno schema moderno di early access e l'azzeramento delle differenze regionali per dare a tutti pari diritto di cure". Per Cattani questa priorità è ancora più pressante "alla luce della clausola della Most Favored Nation (MFN), che sta già determinando un contesto meno favorevole per l'accesso ai nuovi prodotti in Europa. Le nazioni europee devono introdurre riforme per i propri cittadini e in questo ambito l'Italia sta andando nella giusta direzione con il Testo unico della farmaceutica, che è una grande opportunità per garantire equilibrio tra accesso, sostenibilità e attrattività della nostra Nazione".

### **L'effetto della clausola Usa "Most Favored Nation"**

Questa situazione di ritardo nell'arrivo delle innovazioni terapeutiche rischia di aggravarsi ancora di più - come sottolinea anche la stessa Efpia - con l'introduzione da parte del presidente Usa Trump della clausola della "Nazione più favorita" (Mfn) che prevede che gli Stati Uniti - a fronte anche dei grandi investimenti in ricerca - paghino lo stesso prezzo dei medicinali degli altri Paesi comparabili, tra cui figura proprio l'Italia che ha tra l'altro tra i prezzi più bassi. In un recente documento messo a punto dal Consiglio dei consulenti economici della Casa Bianca si stimano addirittura 529 miliardi di dollari di risparmi in 10 anni con questo "taglio" dei prezzi. E gli effetti del Most Favored Nation già si fanno sentire visto che nell'ultimo anno il numero di nuovi farmaci lanciati nei mercati europei si è ridotto in modo sensibile: un trend che si spiega con il fatto che lanciare un medicinale innovativo in un Paese che ha prezzi più bassi rispetto agli Stati Uniti si potrebbe tradurre in un boomerang per l'industria perché proprio in base alla clausola Mfn rischierrebbero di trovarsi negli Usa con prezzi automaticamente più bassi e dunque con meno margini. L'effetto nel medio lungo periodo potrebbe dunque essere quello di una "America first" sempre più accentuata che penalizzerebbe i pazienti europei facendoli aspettare ancora di più per accedere alle cure innovative.



Servizio Cantiere Ssn

## La farmacia come snodo cruciale della continuità ospedale-territorio

Per il suo ruolo di interfaccia con clinici, ricercatori, management, pazienti, la farmacia ospedaliera può essere il volano di un nuovo modo di fare salute

*di Andrea Zovi \**

19 maggio 2026

Il mondo della sanità è quotidianamente sottoposto a forti vincoli economici, che per forza di cose tendono a influire sia sulle scelte degli operatori, sia sulla qualità del servizio offerto, e si trova di fronte all'improrogabile esigenza di riformulare scelte e programmi. Questa sfida, per il suo rilievo economico e il suo valore sociale, può essere affrontata solo con il supporto di strumenti adeguati, che riescano a leggere e interpretare il complesso intreccio degli attori in gioco e siano quindi in grado di ridurre il divario esistente tra desideri crescenti e disponibilità limitate per soddisfarli.

### Un equilibrio complesso

L'organizzazione del Servizio, nel suo complesso, è spesso in affanno. L'equilibrio è tenuto dal senso di responsabilità di molti operatori, dal loro desiderio di accrescere le competenze anche attraverso il confronto multiprofessionale che riveste il moderno approccio terapeutico e di presa in carico. Il punto di osservazione della farmacia ospedaliera e dei servizi farmaceutici territoriali analizza il Servizio sanitario nella sua interezza e nelle difficoltà quotidiane ponendo il farmacista come fulcro del sistema. Il farmacista come portatore di analisi e conoscenze che comprendono molti aspetti del percorso del paziente, dalla presa in carico alla continuità ospedale-territorio.

### La farmacia come snodo

Viste le sue molteplici funzioni, la farmacia ospedaliera e dei servizi farmaceutici territoriali è certamente lo snodo maggiormente significativo dell'organizzazione sanitaria: gestisce e allestisce i farmaci, fornisce consulenza farmacologica ai medici, fa informazione e promozione della salute verso i pazienti. In questi anni di forte crescita - di volume e di complessità - dei bisogni di salute, la farmacia ospedaliera può diventare un vero e proprio "kairos terapeutico". A differenza del concetto di "chronos", che indica il tempo lineare, kairos rappresenta il tempo qualitativo, il momento significativo che richiede capacità di scelta e tempestività.

Per il suo ruolo di interfaccia con diversi attori (clinici, ricercatori, management, pazienti), la farmacia ospedaliera può essere il volano di un nuovo modo di fare salute. Chi lavora quotidianamente nella farmacia ospedaliera ne è consapevole. Quanto? Questo è l'interrogativo a cui si vorrà rispondere con l'evento Kairos di Milano, in programma il 22 e 23 maggio prossimi. La farmacia ospedaliera e dei servizi farmaceutici territoriali, con la sua competenza, garantisce che il farmaco giusto arrivi al paziente giusto, al momento giusto. Questo è il "Kairos terapeutico" di cui il farmacista è custode.

*\* Segretario SIFO Regione Lombardia*

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA

# I costi del «buco»

Sanità, il deficit cresciuto per bollette e spese elettorali Schittulli: parlavano di una «Ferrari», ora è da rottamare

DE FEUDIS, INGROSSO E SCAGLIARINI ALLE PAGINE 2 E 3 >>



## «Sanità, Puglia come la Ferrari? Sì, ma adesso è da rottamare»

Schittulli sul buco: troppa disorganizzazione, i politici si tagliano lo stipendio del 10%

**MICHELE DE FEUDIS**

● Francesco Schittulli, oncologo e presidente nazionale della Lilt, secondo la manovra della Regione Puglia che aumenta l'ad-

Irpef sarà "lacrime e sangue" per un terzo dei pugliesi, dal momen-

to che la tassazione preserva le classi più indigenti da nuovi bal-



**zelli. Che idea si è fatto del piano di riequilibrio?**

«Le regioni non dovrebbero gestire la sanità, ma controllare esclusivamente la qualità dell'erogazione dei servizi. Ci vorrebbe una centralizzazione a livello governativo, accentrando le attività nel ministero. Assistiamo ormai ad uno scaricabarile tra Bari e Roma. Ci sono venti sistemi regionali differenziati.

Il caso Covid non ha insegnato nulla. Poi certo, la colpa del debito non è di Decaro. Si è trovato un buco di cui non aveva parlato nessuno».

**Il disavanzo lo pagano i pugliesi.**

«Il "buco" si ripercuote non solo sui malati oncologici, su cui grava un peso emotivo e anche economico della malattia, ma anche sugli interi nuclei familiari e anche su chi ha malattie gravi, come l'Alzheimer o le malattie croniche neurodegenerative, spesso curate con farmaci che non vengono riconosciuti come "appropriati" dal Servizio sanitario nazionale».

**La sanità è una competenza regionale.**

«E dovrebbe avere come baluardo la salute e la conservazione del benessere, anche del-

le giovani generazioni. Ci sono tante famiglie che si confrontano con il problema dell'autismo».

**Ci sono sprechi o inefficienze da**

**aggreddire?**

«Si parlava della Puglia come una Ferrari, ma rilevo che Campania e Calabria sono venute fuori dalla palude dei piani di riequilibrio sanitario, mentre noi siamo alle prese con nuove tasse. La Ferrari evidentemente è andata a sbattere contro qualcosa che nessun pugliese conosceva prima delle elezioni. Ora avremmo praticamente una Ferrari da rottamare».

**Dove si poteva intervenire?**

«Ci vorrebbe un resoconto, per esempio, di quanti sono gli amministrativi nella realtà strutturali sanitarie. In alcuni casi sarebbe stato utile fare degli accorpamenti... Poi ci sono tutti gli incarichi che vengono dati, molti potrebbero essere assegnati in questa fase a titolo gratuito».

**A cosa si riferisce?**

«I comitati di indirizzo e verifica: dovevano fare un la-

voro che, visto il debito, non ha portato risultati... Poi ci sono agenzie, società, fondazioni che girano intorno al mondo della sanità».

**Ha proposto che la Sanità torni competenza dello Stato. Vaste programmate, direbbe De Gaulle.**

«Nessun governatore, di qualsiasi coalizione, tenderà mai a lasciare l'osso della Sanità, che riguarda l'80% del bilancio, ma il tema cruciale resta sempre la cura della salute nel migliore dei modi».

**Il 27 per cento dei pugliesi pagherà il 70 per cento dei conti in rosso.**

«Come sempre, pagheranno i soliti noti. Ci vorrebbe una petizione per chiedere se i cittadini sono soddisfatti dei servizi sanitari. Se rispondono sì, non c'è problema; se i no saranno la maggioranza, bisognerebbe chiedere a tutti di ricentralizzare».

**I limiti della gestione sanitaria regionale?**

«Noi pecciamo per la disorganizzazione e l'eccesso di burocrazia, due elementi nefasti per avere la garanzia di una sanità degna di questo nome. L'organizzazione deve essere gestita da un punto di vista pratico».

**Un esempio?**

«Confrontiamo l'accoglienza in un ospedale del Nord con quella in un nosocomio pugliese. Confrontiamo un Cup del Settentrione con uno nostro. Mi fermo qui».

**Il caso della mobilità**

**extra regione dei malati.**

«Ci vuole una Commissione centrale regionale che ascolti, non attraverso le carte, i pazienti che vanno fuori. È necessario conoscere le ragioni per cui vanno fuori. Questo significa prendersi cura delle persone. Ci sono eccellenze sanitarie in Puglia che vanno valorizzate. Io sarò a Milano a introdurre un congresso internazionale sui tumori polmonari, sabato sarò a Torino a relazionare sul fine vita. Ci chiamano fuori... Il nostro lavoro però non incide abbastanza in Puglia, perché va valorizzata davvero la meritocrazia».

**Un consiglio non richiesto per il governatore Decaro.**

«Il presidente deve essere determinato in questa fase di rimodulazione, senza cedere a giochi di potere o di influenze. Deve agire nel nome e per conto dei pugliesi. Nessuno lo metterà in discussione. I politici, infine, si riducano di un dieci per cento l'indennità, un segnale di cura per la comunità pugliese».

## GLI SPRECHI E LE PROPOSTE

«Poca valorizzazione del merito, troppi amministrativi. Sulla mobilità bisognerebbe ascoltare le ragioni di chi va fuori Puglia»



LILT Francesco Schittulli

## L'INVITO A DECARO

«Sia determinato nella rimodulazione, non ceda ai giochi di potere»

