

23 marzo 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

INCLUSIONE

Disabilità e progetto di vita al convegno Cei di Bergamo: “Dall’assistenza al protagonismo”

21 Marzo 2026 - Riccardo Benotti

Tre giorni a Bergamo per il 5° Convegno nazionale sulla pastorale delle persone con disabilità, promosso dal Servizio Cei. Al centro il progetto di vita come cambio di paradigma. Locatelli annuncia 257 milioni per i caregiver. Suor Donatello: "La Chiesa può essere il ponte che accompagna a una dignità di vita"

“La sfida grande è stata ritrovarci insieme, realtà civili e realtà ecclesiali. Sempre di più questo ‘noi’ si costruisce se insieme ognuno fa la propria parte”. Suor Veronica Donatello, responsabile del Servizio nazionale Cei per la pastorale delle persone con disabilità, traccia il bilancio del 5° Convegno nazionale svoltosi a Bergamo dal 19 al 21 marzo sul tema “Noi: comunità e progetto di vita”. Tre giorni di lavori densi – tra lectio magistralis, tavole rotonde, percorsi tematici sul territorio e una sessione conclusiva con il ministro per le Disabilità – che hanno messo al centro un cambio di paradigma: dalla logica assistenzialistica alla promozione della persona. Il convegno si è aperto con la visita ai luoghi di San Giovanni XXIII a Sotto il Monte e l’intervento del card. Jean-Paul Vesco, arcivescovo di Algeri, per poi entrare nel vivo con la lectio magistralis del biblista Luciano Manicardi e il confronto su progetto di vita, lavoro, accessibilità e catechesi. “Lo stile è la prossimità, l’esserci”, sottolinea suor Donatello: “La Chiesa ha una grande responsabilità ed è una sfida essere veramente presente nei vari territori”.

Il progetto di vita: fondamento normativo e significato

Il progetto di vita è uno strumento previsto dall’art. 14 della legge 328/2000, oggi rafforzato dal decreto legislativo 62/2024 attuativo della riforma sulla disabilità. Prevede la definizione di un percorso personalizzato e partecipato, costruito insieme alla persona con disabilità, alla famiglia e ai servizi territoriali. Non riguarda solo l’assistenza sanitaria o sociale, ma tutte le dimensioni dell’esistenza: istruzione, lavoro, abitare, relazioni e partecipazione alla vita della comunità. Il modello si ispira alla Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità (2006), che riconosce il diritto di ogni persona a scegliere il proprio percorso di vita e a vivere in modo autonomo e inclusivo.

Una dignità fondata sull’essere, non sul fare

Nella lectio magistralis, Luciano Manicardi, monaco della comunità di Bose, ha invitato a riconoscere nella fragilità e nella limitatezza dimensioni costitutive dell’umano, non anomalie da rimuovere. “Abbiamo bisogno di un umanesimo capace di includere ogni essere umano e riconoscerli uguale dignità, una dignità fondata sull’essere, non sul fare”, ha affermato, mettendo in guardia dalla “tentazione del bene”. Il rischio, infatti, è che la relazione di aiuto diventi esercizio di potere: “Chi agisce la tentazione di fare il bene vede l’altro solo come malato e ne riduce l’identità alla sua mancanza”. Il tema è stato ripreso da Roberto Franchini, docente e pedagogista, che ha denunciato il rischio della “delega alla tecnica” e la necessità di passare “dal fare del bene a loro al

fare del bene con loro”. Francesco Cannella, coordinatore nazionale dell’**Aris** per i disturbi del neurosviluppo, ha ribadito: “La persona non è un posto da collocare, ma una presenza da riconoscere”.

Felice Garzetti, della Fondazione Mamrè, ha ricordato che il progetto di vita è “una scelta culturale prima che organizzativa: senza valori, la risposta è solo organizzazione”. I costi individuali, ha precisato, variano dagli oltre 80mila euro annui per le residenze sanitarie ai 21-28mila per l’alloggio protetto: “Una comunità è davvero generativa quando rende possibile il futuro di chi, da solo, non potrebbe costruirlo”.

Dal progetto di vita ai prossimi appuntamenti

“La Chiesa può essere questo ponte che accompagna a una dignità di vita e al progetto di vita”, afferma suor Donatello, ricordando i modelli di rete emersi durante i lavori: “In questi giorni abbiamo visto modelli possibili di fare rete – a livello di sport, con gli accordi che le diocesi hanno con diverse realtà, a livello di lavoro”. Il ministro Alessandra Locatelli ha annunciato lo stanziamento di 257 milioni di euro per i caregiver e il bando “Vita e opportunità” per il sostegno lavorativo, abitativo e ricreativo.

“Il progetto di vita parte da quello che le persone desiderano. Non più solo risposte socio-assistenziali, ma risposte condivise”.

La sperimentazione è già partita in 60 province. Don Gianluca Marchetti, sottosegretario della Cei, ha indicato due parole: fede e prossimità. “Il progetto di vita non lo costruisci da solo: deve significare che c’è qualcuno accanto a te”, ha osservato. Il cammino prosegue con una serie di appuntamenti: il 9 aprile a Roma un seminario per la Giornata mondiale della consapevolezza sull’autismo, dal 25 al 27 giugno ExpoAid 2026 a Rimini, in dicembre un seminario su disabilità e lavoro. Previsti anche corsi di formazione online in Lis per operatori pastorali e un corso teorico-pratico di Caa.

CONVEGNO NAZIONALE

Disabilità: Cannella (Aris), “la persona non è un posto da collocare, ma una presenza da riconoscere”

21 Marzo 2026 @ 11:47

“La persona non è un posto da collocare, ma una presenza da riconoscere”. È la tesi centrale di Francesco Cannella, coordinatore nazionale dell'**Aris** (Associazione religiosa istituti socio sanitari) per i disturbi del neurosviluppo, nell'approfondimento sul progetto di vita nei servizi per l'abitare al 5° Convegno nazionale del Servizio nazionale Cei per la pastorale delle persone con disabilità, a Bergamo. Cannella ha proposto tre criteri fondamentali su cui costruire i servizi residenziali: essere, appartenere, divenire. Ha distinto autonomia da autosufficienza: “L'autonomia non è autosufficienza. È libertà possibile, scelta, iniziativa e responsabilità dentro una rete di sostegno”. Allo stesso modo, “l'inclusione non è semplice collocazione esterna, ma partecipazione reale a relazioni, luoghi, tempi e scambi sociali non artificiali”. La misura di un servizio, ha concluso, “non è solo quanto protegge, ma quanto rende possibile: essere, appartenere, divenire”.



Cei, disabilità: dall'assistenza al protagonismo

Tre giorni a Bergamo per il 5° Convegno nazionale sulla pastorale delle persone con disabilità, promosso dal Servizio Cei. Al centro il progetto di vita come cambio di paradigma. Locatelli annuncia 257 milioni per i caregiver. Suor Donatello: "La Chiesa può essere il ponte che accompagna a una dignità di vita"

di RICCARDO BENOTTI - 22 mar 2026 01:46

“La sfida grande è stata ritrovarci insieme, realtà civili e realtà ecclesiali. Sempre di più questo ‘noi’ si costruisce se insieme ognuno fa la propria parte”. Suor Veronica Donatello, responsabile del Servizio nazionale Cei per la pastorale delle persone con disabilità, traccia il bilancio del 5° Convegno nazionale svoltosi a Bergamo dal 19 al 21 marzo sul tema “Noi: comunità e progetto di vita”. Tre giorni di lavori densi – tra lectio magistralis, tavole rotonde, percorsi tematici sul territorio e una sessione conclusiva con il ministro per le Disabilità – che hanno messo al centro un cambio di paradigma: dalla logica assistenzialistica alla promozione della persona. Il convegno si è aperto con la visita ai luoghi di San Giovanni XXIII a Sotto il Monte e l'intervento del card. Jean-Paul Vesco, arcivescovo di Algeri, per poi entrare nel vivo con la lectio magistralis del biblista Luciano Manicardi e il confronto su progetto di vita, lavoro, accessibilità e catechesi. “Lo stile è la prossimità, l'esserci”, sottolinea suor Donatello: “La Chiesa ha una grande responsabilità ed è una sfida essere veramente presente nei vari territori”.

Il progetto di vita è uno strumento previsto dall'art. 14 della legge 328/2000, oggi rafforzato dal decreto legislativo 62/2024 attuativo della riforma sulla disabilità. Prevede la definizione di un percorso personalizzato e partecipato, costruito insieme alla persona con disabilità, alla famiglia e ai servizi territoriali. Non riguarda solo l'assistenza sanitaria o sociale, ma tutte le dimensioni dell'esistenza: istruzione, lavoro, abitare, relazioni e partecipazione alla vita della comunità. Il modello si ispira alla Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità (2006), che riconosce il diritto di ogni persona a scegliere il proprio percorso di vita e a vivere in modo autonomo e inclusivo.

Una dignità fondata sull'essere, non sul fare

Nella lectio magistralis, Luciano Manicardi, monaco della comunità di Bose, ha invitato a riconoscere nella fragilità e nella limitatezza dimensioni costitutive dell'umano, non anomalie da rimuovere. “Abbiamo bisogno di un umanesimo capace di includere ogni essere umano e riconoscerli uguale dignità, una dignità fondata sull'essere, non sul fare”, ha affermato, mettendo in guardia dalla “tentazione del bene”. Il rischio, infatti, è che la relazione di aiuto diventi esercizio di potere: “Chi agisce la tentazione di fare il bene vede l'altro solo come malato e ne riduce l'identità alla sua mancanza”. Il tema è stato ripreso da Roberto Franchini, docente e pedagogista, che ha denunciato il rischio della “delega alla tecnica” e la necessità di passare “dal fare del bene a loro al fare del bene con loro”. Francesco Cannella, coordinatore nazionale dell'**Aris** per i disturbi del

neurosviluppo, ha ribadito: “La persona non è un posto da collocare, ma una presenza da riconoscere”.

Felice Garzetti, della Fondazione Mamrè, ha ricordato che il progetto di vita è “una scelta culturale prima che organizzativa: senza valori, la risposta è solo organizzazione”. I costi individuali, ha precisato, variano dagli oltre 80mila euro annui per le residenze sanitarie ai 21-28mila per l'alloggio protetto: “Una comunità è davvero generativa quando rende possibile il futuro di chi, da solo, non potrebbe costruirlo”.

“La Chiesa può essere questo ponte che accompagna a una dignità di vita e al progetto di vita”, afferma suor Donatello, ricordando i modelli di rete emersi durante i lavori: “In questi giorni abbiamo visto modelli possibili di fare rete – a livello di sport, con gli accordi che le diocesi hanno con diverse realtà, a livello di lavoro”. Il ministro Alessandra Locatelli ha annunciato lo stanziamento di 257 milioni di euro per i caregiver e il bando “Vita e opportunità” per il sostegno lavorativo, abitativo e ricreativo.

“Il progetto di vita parte da quello che le persone desiderano. Non più solo risposte socio-assistenziali, ma risposte condivise”.

La sperimentazione è già partita in 60 province. Don Gianluca Marchetti, sottosegretario della Cei, ha indicato due parole: fede e prossimità. “Il progetto di vita non lo costruisci da solo: deve significare che c'è qualcuno accanto a te”, ha osservato. Il cammino prosegue con una serie di appuntamenti: il 9 aprile a Roma un seminario per la Giornata mondiale della consapevolezza sull'autismo, dal 25 al 27 giugno ExpoAid 2026 a Rimini, in dicembre un seminario su disabilità e lavoro. Previsti anche corsi di formazione online in Lis per operatori pastorali e un corso teorico-pratico di Caa.



la Repubblica

Fondatore
EUGENIO SCALFARIDirettore
MARIO ORFEO

R50



R cultura

Mio nonno Dario Fo
merita più di una targadi MATTEA FO
a pagina 26

R sport

Dall'atletica allo sci
avanza l'onda azzurradi AUDISIO, CHIUSANO e CITO
alle pagine 34 e 35Lunedì
23 marzo 2026

Anno 113 - N° 12

Oggi con

Affari&Finanza

In Italia €1,90

Referendum, sorpresa affluenza

Alta partecipazione alla consultazione sulla riforma della giustizia: nel primo giorno ha votato il 46% degli elettori, +7 rispetto al 2020. Molte regioni sopra il 50% ma grande divario tra Nord e Sud. Schieramenti e sondaggi spiazzati. Urne aperte oggi dalle 7 alle 15

di CONCHITA SANNINO

Non se l'aspettavano neanche loro, i sondaggi. Contrordine, il tema della riforma non era (più) così ostile. Ci voleva la sfida all'ultimo voto tra i poli, la premier Meloni in trincea, la società civile in campo: la partecipazione al primo giorno di referendum supera tutte le aspettative.

alle pagine 2, 3 e 4. Servizi di CERAMI e CIRIACO

Contro l'impunità
in nome del potere

di CONCITA DE GREGORIO

Per chiarirsi le idee non c'è niente di meglio che spiegare qualcosa di complesso a un bambino o a uno straniero. Fatene esperienza, se ne avete occasione. Ascoltate con attenzione le loro domande.

a pagina 14

Usa-Iran, su Hormuz
scambio di minacce
Israele sotto attacco

"Blocco totale di Hormuz". Dopo l'ultimatum di 48 ore di Washington, gli ayatollah rilanciano e annunciano che colpiranno gli enti che finanziano il bilancio Usa. Donald Trump ha ottenuto una risposta negativa da Teheran che potrebbe bloccare del tutto lo Stretto, anche per i paesi cosiddetti non ostili. Missili su Tel Aviv.

di BRERA, COLARUSSO, DI FEO e MASTROLILLI

alle pagine 6, 7, 8 e 9

Se Putin ne approfitta

di PAOLO GENTILONI

Sarà Vladimir Putin a uscire vincitore da questa guerra in Iran? Dopo tre settimane, lo shock energetico minaccia una crisi economica globale e il conflitto ha destabilizzato i paesi del Golfo e ha esasperato le divisioni tra gli Stati Uniti e i loro alleati. Ma tra gli effetti collaterali ha anche generato una spinta favorevole per l'economia russa e una minore attenzione internazionale all'urgenza della guerra in Ucraina. Per Mosca, questa boccata d'ossigeno arriva in uno dei momenti più difficili della sua lunga guerra, soprattutto perché sono venuti meno i due obiettivi che il Cremlino si era posto nei mesi scorsi: conquistare nuovi territori nelle porzioni del Donbass sotto controllo ucraino e fiaccare la resistenza della popolazione attraverso la sistematica distruzione degli impianti energetici.

a pagina 14



FUNERALI A PONTIDA

Lacrime e cori anti Salvini
la Padania dice addio a Bossi

dal nostro inviato FRANCESCO BEI

È una macchina del tempo il funerale di Umberto Bossi. Riporta il calendario ai primi anni Novanta, al pratone di Pontida pieno e risuonano gli slogan duri contro «Roma ladrona».

alle pagine 10 e 11. Servizi di BERIZZI e PUCCIARELLI

octopusenergy

RESTARE CON IL SOLITO FORNITORE PUÒ COSTARTI CARO!

Passa a Octopus

Energia pulita a prezzi accessibili

octopusenergy.it

Poste lancia un'opa totale su Tim
lo Stato azionista di maggioranzaPrivatizzazione
e ritorno

di FRANCESCO MANACORDA

Si scrive opas ma si legge nazionalizzazione. E addio alla Borsa. Ma se la mossa che riporta le Tlc italiane in mano pubblica appare come un'onda di risacca, è vero che trent'anni dopo la privatizzazione il bilancio non è positivo.

a pagina 21

A quasi 30 anni di distanza dalla privatizzazione arriva un'offerta pubblica su Telecom Italia, destinata a riportare lo Stato italiano oltre il 50% del capitale. A lanciarla sono le Poste Italiane, partecipate al 35% dalla Cassa di Risparmio di Roma e al 29,3% dal ministero dell'Economia, che mettono sul piatto 10,8 miliardi in parte in azioni e in parte in contanti per rilevare il 100% della società telefonica e portarla fuori dalla Borsa. Nascerebbe un gruppo con oltre 150 mila dipendenti. Oggi il cda.

di CARLOTTA SCOZZARI

a pagina 21

Il socialista Grégoire
è il sindaco di Parigi
"Fedeli alla storia"dalla nostra corrispondente
ANNAIS GINORI

a pagina 17

CORRIERE DELLA SERA

KCS

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02 62821
Roma, Via Campana 59 C - Tel. 06 688281150
S
R
S
DEL LUNEDÌServizio Clienti - Tel. 02 63707310
mail: servizioclienti@corriere.it

A Firenze non basta Pio
Inter, solo un pareggio
Il Milan ora è a meno 6
cronaca, pagelle e commenti
alle pagine 38 e 39



Il più longevo d'Italia
Vitantonio, 112 anni
di amore per la terra
di **Elvira Serra**
a pagina 28



Geografia ed errori

ABBIAMO
UNO STRETTO
ALLA GOLAdi **Ferruccio de Bortoli**

Abbiamo uno Stretto alla gola ed era facile, facilissimo prevederlo. La chiusura dello Stretto di Hormuz (qualche nave di Paesi alleati con l'Iran passa lo stesso) insegna che l'imponderabile domina anche il più tecnologico dei conflitti. E che i danni collaterali, tra cui sono amministrativamente annoverate le vite umane, non sono mai quantificabili in anticipo. Anche se vi è la presunzione di poterlo fare. Ed è questo forse il peccato più grave. La consapevolezza di disporre delle armi più sofisticate alimenta la superbia di chi afferma (il segretario alla Difesa, Pete Hegseth) di essere «in guerra per conto di Dio».

continua a pagina 32

Tra Kiev e Teheran

PUTIN VEDE
LA VITTORIA
(DI PIRO)di **Marco Imarisio**

«**N**on vogliamo, non ci prenderete nella vostra rete. Non stiamo, non staremo mai seduti sul vostro Internet». La canzone è affidata a una vecchia gloria della scena musicale russa, dietro di lei una decina di bambini fanno il coro e ballano felici. Nord Corea, stiamo arrivando. E non soltanto da quando il primo canale di Stato si è messo a trasmettere tre volte al giorno, mattina, pomeriggio e sera, il video estratto da una puntata dell'equivalente del nostro vecchio Zecchino d'oro.

continua a pagina 32

Giustizia La scelta tra il Sì e il No alla riforma della magistratura. Le urne aperte anche oggi dalle 7 fino alle 15

Referendum, affluenza record

Alle 23 ha votato il 46%, oltre 6 punti in più rispetto al 2020. Spinta del Centro-Nord

IN PRIMO PIANO

I DUE FRONTI

Barbera e Grosso
La giornata
dei testimonialdi **Virginia Piccolillo**

a pagina 6

ALFABETO DI UN VOTO

Dagli indecisi
al sorteggio
(più tutti i veleni)di **Tommaso Labate**

a pagina 9

GIANNELLI

di **Simone Canettieri**
e **Adriana Logrosino**

Affluenza record per il referendum sulla Giustizia. Ieri alle 23 il dato definitivo nazionale si è attestato al 46%, sei punti in più rispetto alla consultazione del 2020. Questa votazione non richiede un quorum di partecipazione per essere valida, dunque la grande mobilitazione è di certo un segnale. Per sapere se andrà letto a favore del Sì o del No occorrerà attendere la chiusura dei seggi oggi alle 15. Tra il Nord, e colpiscono i dati di Milano, quasi al 54%, Bologna al 59, Firenze al 58 e Venezia al 51. Non è mancata qualche polemica ai seggi.

da pagina 2 a pagina 5

P. Di Caro, Meli

L'OBIETTIVO DI UN UNICO GRUPPO

L'offerta di Poste
da 10,8 miliardi
per comprare tutta Timdi **Francesco Bertolino** e **Federico De Rosa**

Poste Italiane lancia una Opas totalitaria per l'acquisto di Telecom Italia. Per il gruppo guidato dal CEO Matteo Del Fante (foto) si tratta di una operazione di circa 10,8 miliardi. L'obiettivo, dichiara Poste, è creare la più grande piattaforma di infrastruttura connessa del Paese e «un gruppo strategico leader nei servizi finanziari e assicurativi, nella logistica, nelle telecomunicazioni e nei servizi digitali».

a pagina 21

Pontida L'ultimo saluto. I fischi a Salvini, gli applausi alla premier



I funerali di Bossi a San Giacomo Maggiore di Pontida, con Matteo Salvini tra Manuela e Renzo, la moglie e il figlio di Umberto

Lacrime, cori e contestazioni
La folla dei militanti per Bossidi **Bozza, M. Cremonesi e Zapperi**

Per l'addio a Umberto Bossi, il Capo, il popolo della Lega ha invaso la piazza dell'abbazia di San Giacomo e tutta Pontida. Lacrime, cori, vessilli verdi. E qualche bordata a Salvini. alle pagine 10 e 11

Nel Golfo L'ultimatum Usa scade questa notte
Gli ayatollah sfidano
Trump sull'energia:
blocco totale di Hormuzdi **Davide Frattini**
e **Guido Olimpio**

Mentre Trump torna ad attaccare la Nato «che non sta facendo niente», gli iraniani rispondono all'ultimatum del presidente Usa in scadenza questa notte. «Se le minacce si concretizzano — è la replica degli ayatollah — siamo pronti al blocco totale dello Stretto di Hormuz».

da pagina 12 a pagina 15

PARLA IL LEADER IRACHENO

«Noi, amici di Iran
e Stati Uniti:
fateci mediare»di **Lorenzo Cremonesi**

Gli Usa, dice il premier iracheno Mohammad Shia al-Sudani, «si sono fatti trascinare da Israele in una spirale di violenza da fermare subito, fateci mediare».

a pagina 17

DONALD CONTRO TUTTI
Minacce e sfottò:
in scena Mr Caosdi **Massimo Gaggi**

a pagina 15



in libreria

SOLFERINO

ULTIMO BANCO
di **Alessandro D'Avenia**

In un tema dato ai miei studenti, ispirato al racconto di Platone secondo cui le anime scelgono il proprio destino prima di dimenticare tutto e incarnarsi, ho chiesto loro di immaginare di entrare in un negozio misterioso, dall'insegna «Vite possibili», ingombro di oggetti di tutti i tipi, a ciascuno dei quali corrisponde una vita: pazzia, imprevedibile, tranquilla, appassionata, rischiosa... Avrebbero potuto scegliere un oggetto e provare per qualche minuto quella vita. Mi sono divertito a leggere i loro sogni di futuro incastonati in un simbolo. Uno di loro racconta di aver scelto una riproduzione di *Guernica* di Picasso ed essersi prima ritrovato a vedere e sentire il dolore che la guerra provoca agli innocenti, e poi di aver in-

Signori o figli?



contrato una donna con un bambino in braccio, ignara di che cosa significhi la parola guerra, perché in quella «vita possibile» la guerra non esiste. È solo l'utopia di un quattordicenne bombardato dalla cronaca di un mondo in fiamme a causa dei suoi leader, e di fronte al quale si sente impotente come molti di noi? Mi è allora venuto in mente il libro che darò loro a breve nel percorso di lettura alla scoperta dell'adolescenza: «Il Signore delle Mosche» (1954) del premio Nobel inglese William Golding (trasposto di recente in una bella quanto angosciante serie dallo stesso autore della miniserie *Adolescence*), che narra l'origine di ogni guerra, micro e macro.

continua a pagina 27

Dall'autrice de "Il suicidio di Israele"
PREMIO STREGA SAGGISTICA 2025

Editori Laterza

GLF

L'ECONOMIA
Postelancia l'Opas su Tim
"Offerta da 10,8 miliardi"
CLAUDIA LUISE, GIANLUCA PAOLUCCI — PAGINE 24 E 25



IL COLLOQUIO
Rossi: lo Stato primo socio
Corretto un errore storico
SARA TIRRITO — PAGINA 25



IL LIBRO DELLA REPORTER
Mannocchi, la poesia
è un dovere civile
MARIA GRAZIA CALANDRONE — PAGINE 30 E 31

1.90€ II ANNO 160 II N.79 II IN ITALIA (PREZZI PROMOZIONALI ED ESTERO IN ULTIMA) II SPEDIZIONE ABB. POSTALE II D.L.353/03 (CONV. IN L.27/02/04) II ART. 1 COMMA 1, DCB-TO II WWW.LASTAMPA.IT



LA STAMPA

LUNEDÌ 23 MARZO 2026

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



GNN

TEHERAN RISPINGE L'ULTIMATUM USA: SE ATTACCANO LE CENTRALI SARÀ DISTRUZIONE TOTALE. MA DONALD SI PREPARA AI NEGOZIATI

Iran-Stati Uniti, ora si tratta in segreto

L'INTERVISTA
Kepel: "Il mondo
al bivio Hiroshima"
FRANCESCAPACI

L'islamologo Gilles Kepel ha aspettato, ha analizzato, ha incrociato i dati. Lo studioso vede le contraddizioni nascoste, laddove la strategia militare cerca i target più vulnerabili. — PAGINA 11

AGASSO, DEL GATTO, MAFETANO, SEMPRINI, TURI
Donald Trump ha dato un ultimatum di 48 ore (nel frattempo ridotti a 24) per la riapertura dello Stretto di Hormuz. Ma intanto tratta in segreto con l'Iran. — PAGINE 10-14

Francia, la gauche ferma gli estremisti
ERIC JOZSEF — PAGINA 28

L'ANALISI
Mercati in trappola
tra rincari e paura
MARIO DEAGLIO

Tutto cambia, tutto si sta trasformando a un ritmo vorticoso che ci lascia sbalorditi e sconcertati; le nostre "stelle fisse", i nostri punti di riferimento sono annebbiati o persino cancellati. — PAGINA 14

IL SONDAGGIO
Da 4 italiani su 10
si al gas russo
ALESSANDRA GHISLERI

Il Medio Oriente torna, ancora una volta, a essere il baricentro instabile del mondo. L'Europa si scopre vulnerabile, sul piano geopolitico e anche su quello economico e psicologico. — PAGINA 13

CASO DEL MASTRO, VERSO L'APERTURA DI UN'INCHIESTA PARALLELA A TORINO: AGGRAVANTE MAFIOSA PER CAROCCIA E LA FIGLIA

Referendum, affluenza boom: 46%

Riforma della Giustizia, il Nord traina la partecipazione alle urne. Scontri e veleni ai seggi

BARBERA, CARRATELLI, LEGATO, OLIVA



Molto più alta del previsto. L'affluenza alle 23, alla chiusura dei seggi dopo il primo giorno del referendum, era al 46%. — PAGINE 2-7 E 28

GLI SCENARI

Giorgia si gioca
stabilità e leadership
ALESSANDRO DE ANGELIS — PAGINA 4

Schlein, Conte
la scelta inevitabile
FRANCESCA SCHIANCHI — PAGINA 5

AI FUNERALI DEL SENATÙR FISCHI PER SALVINI IN CAMICIA VERDE



Quel patto tra Big per salvare il Carroccio

FRANCESCO MOSCATELLI

I vertici del centrodestra, quelli della Lega e la famiglia Bossi ieri alle esequie del leader scomparso

PAGINE 9

IL RACCONTO

Il ghiro in solaio
i bimbi di Gaza
e il nostro dolore
davanti all'abisso

MAURIZIO MAGGIANI



Da tempo ha preso dimora in qualche recondita del nostro sottotetto una famiglia di ghiro ora prosperata in vasta dinastia. A noi piacciono i ghiro, sono molto simpatici e di indole gioiosa. Ci è piaciuto sapere che avrebbero dormito beati fino a primavera. — PAGINE 18 E 19

IL REPORTAGE

A casa di Pavese
l'antico ragazzo

NICOLETTA VERNA



A casa natale di Cesare Pavese, a Santo Stefano Belbo, è un bel casolare chiaro, imponente, affacciato sulla strada che porta a Caneli appena fuori dal paese. Espazioso, perché la famiglia era abbiente. Al piano terra si allarga una grande sala, mentre di sopra ci sono le stanze da letto. Al momento non è agibile, ma il Comune l'ha appena acquistata, dopo che per 25 anni l'ha affittata dai proprietari privati. È una bella notizia perché, come dice la sindaca Laura Capra, «significa riconoscere che le origini non sono un fatto privato, ma un bene condiviso». — PAGINA 23

BANCA DI ASTI
bancadiasti.it

LO SCI
Goggia, la coppa e il pianto
"Temevo di non farcela"
DANIELA COTTO

«Avevo paura, paura di non farcela». È una Sofia Goggia che non ti aspetti quella che ha vinto l'ultimo supergigante della stagione. Gara che le consegna anche la coppetta, la prima in questa specialità che unisce le curve da gigante alla capacità di scendere spediti. — PAGINA 38

L'ATLETICA
Iapichino e Furlani
il Mondiale è d'argento
GIULIA ZONCA

Record di tre ori per l'Italia ai Mondiali indoor di atletica, e miglior piazzamento di sempre nel medagliere con il terzo posto. Si è chiusa ieri a Torun, in Polonia, un'edizione memorabile, con due medaglie d'argento nel salto in lungo, per Mattia Furlani e Larissa Iapichino. — PAGINE 34 E 35

BANCA DI ASTI
bancadiasti.it



€ 1,40* ANNO 148* N° 81
Sott. n. 47. 0333/0000 come L. 48/2004 art. 1 (1) 0333/001

Lunedì 23 Marzo 2026 • S. Turibio di M.

Il Messaggero



Fuga di gas: 2 feriti gravi, 70 sfollati. Gualtieri: non vi lasciamo soli Roma, esplode un palazzo «È una strage sfiorata»

Buconi e Iannozzi alle pag. 12 e 13



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

Flaminia Savelli

Il boato e la deflagrazione che ha spazzato via tre villette e distrutto parzialmente altre quattro. Poi una nuvola di fumo nero che ha avvolto tutta la zona: l'allarme per l'esplosione di una bombola Gpl è scattato ieri intorno alle 13 in un comprensorio di Piana del Sole, verso Fiumicino.
Continua a pag. 12

Le idee/1

ALLE IMPRESE SERVE UNA VERA EUROPA

Giuseppe Vegas

Gutta cavat lapidem: la goccia scava la pietra non con un impeto improvviso, ma con la costanza della sua caduta. Già nel 2014 il programma di governo della nuova legislatura europea prevedeva l'istituzione di una Unione dei Capitali, quale naturale corollario dell'Unione Bancaria, per poter mettere gli europei nelle condizioni di poter disporre di un mercato finanziario efficiente, competitivo e soprattutto di ampiezza adeguata rispetto alle loro capacità di investimento.
Continua a pag. 23

Le idee/2

NON BASTA LA POLITICA DEI PICCOLI PASSI

Angelo De Mattia

Non si può ancora dire compiutamente, a proposito dell'Unione, dopo il Consiglio europeo del 19 e 20 marzo, l'«Eppur si muove». Certo, un passo avanti è stato fatto riconoscendo la necessità, per fronteggiare gli inizi di uno shock energetico, con misure temporanee, mirate, proporzionate. Tuttavia, anche per le divisioni interne all'Unione e per una valutazione della crisi che sarebbe solo agli inizi, è stata varata una nuova modalità di interventi.
Continua a pag. 23

Meloni ai funerali



Pontida, la Lega delle origini per l'addio a Bossi

dal nostro inviato a Pontida
Mario Ajello

Una saga del nordismo, dell'indipendentismo e "secessione e secession", e «Roma ladrona il Nord non perdona».
Continua a pag. 7

SI VOTA FINO ALLE 15 PER LA RIFORMA DELLA GIUSTIZIA

Referendum, affluenza record

► Alle 23 alle urne il 46% degli elettori: forte balzo rispetto al 2020, il traino di Roma e Milano. Mattarella ha votato a Palermo, Schlein nella Capitale. Meloni oggi al seggio. L'attesa dei leader

In Emilia-Romagna e Lombardia la partecipazione più alta. Focus sui temi visti dai fronti contrapposti

Ajello, Béchis, Bulleri, Piras e Rossi da pag. 2 a pag. 5

Battuti Lecce (1-0) e Bologna (0-2). E Gasp resta in silenzio

Il commento RISVEGLIO CAPITALE

Andrea Sorrentino

L'equinozio di primavera allunga le giornate e la serie positiva della Lazio.
Continua nello Sport

Vaz riaccende la Roma Lazio, ci pensa Taylor



Le esultanze di Robinho Vaz (sopra) e sotto Taylor dopo i due gol al Bologna. Abbate, Aloisi, Angeloni, Carina, Dalla Palma e Mustica nello Sport

Nasce un gruppo da 27 miliardi di ricavi e 150mila dipendenti

Opas di Poste su Tim, offerta da 10,8 miliardi «Un pilastro per l'Italia»

► Lo Stato resterà azionista con oltre il 50% delle quote

Rosario Dimito a pag. 11

UN CAMPIONE NAZIONALE

Christian Martino

Un senso e un futuro industriale per Telecom. Un salto di qualità per Poste Italiane. E una governance stabile con lo Stato che torna azionista di maggioranza sopra il 50%. Con l'Opas lanciata da Poste Italiane

su Telecom Italia nasce (finalmente) un campione nazionale tanto atteso dal mercato. La più grande infrastruttura connessa d'Italia, con posizioni di leadership nei servizi finanziari e assicurativi, nella logistica, nelle telecomunicazioni e nei servizi digitali.
Continua a pag. 11

Donald: Stretto libero da domani o bombe sulle centrali Hormuz, ultimatum Trump rischio escalation con l'Iran

► Teheran: se attaccano ancora, sarà distruzione totale

Mauro Evangelisti a pag. 8

le analisi di Marco Ventura e Andrew Spannaus alle pag. 8 e 9

MERCATI, LA CRISI SI ALLARGA AI FONDI USA

Angelo Paura e il focus di Francesco Pacifico a pag. 10

SUSTENIUM PLUS 50+
ENERGIA FISICA E MENTALE
15 GASTROCAPSULE
FORMULAZIONE SPECIFICA ADULTI 50+
ALTO CONTENUTO DI VITAMINA B12

L'ENERGIA PER SENTIRSI TOSTI!

gli ingredienti alimentari non vanno intesi come sostituti di una dieta varia, equilibrata e di uno stile di vita sano.

Il Segno di LUCA

ACQUARIO VENTO IN POPPA

La tua settimana comincia con il vento in poppa grazie a una configurazione particolarmente armoniosa ed equilibrata che ti consente di dare il meglio, evitando soluzioni involontariamente brusche dettate dall'impazienza. Una crescente creatività ti consente di trovare anche il modo di divertirti e di mettere in valore il tuo lato più estroso. Anche sul piano economico non senti più il bisogno di mettere un freno alle tue ambizioni.

MANTRA DEL GIORNO
La creatività fiorisce nei problemi.

di interpretazione ingegner V.A.
L'oroscopo a pag. 23

* Tardano con altri quotidiani (non accettabili separatamente): nella provincia di Modena, Lecce, Brindisi e Taranto, il Messaggero • Nuovo Quotidiano di Puglia € 1,30. Lo domenica con l'«Imprimato» € 1,40. In Abruzzo, il Messaggero • Corriere dello Sport-Stadio € 1,40. In Molise, il Messaggero • Prima Pagine Molise € 1,50. In Campania, il Messaggero • Nuovo Quotidiano di Puglia • Corriere dello Sport-Stadio € 1,50. «Le grandi coppie di Roma» • € 7,90 (Roma); «Pasqua a Roma» • € 8,90 (Roma).

I punti

1

Entro il 31 marzo tutte le strutture sanitarie italiane devono adeguarsi ai nuovi standard per il fascicolo sanitario elettronico

2

Bisognerà trasmettere i documenti relativi ai pazienti in un nuovo formato entro cinque giorni dalla prestazione effettuata in ospedale

3

In caso di emergenza ogni Pronto Soccorso potrà consultare il profilo sanitario dei pazienti anche senza il loro consenso

4

Nonostante esista da anni solo il 44% degli italiani ha dato il consenso alla consultazione elettronica da parte dei medici e solo il 27% lo usa

Sanità digitale



Scattano le nuove regole sul fascicolo elettronico, che imporrà obblighi a strutture private e pubbliche. Oggi meno di un italiano su due ha prestato il consenso alla consultazione dei dati. Pesano i divari tra le regioni

IL DOSSIER

ANNA MARIA ANGELONE

Novità in arrivo per il fascicolo sanitario elettronico. Entro il 31 marzo 2026, tutte le strutture sanitarie italiane pubbliche e private, grandi e piccole, ospedali e singoli studi professionali devono allinearsi al nuovo modello ed essere in grado di trasmettere i documenti sanitari nel formato standard comune. Qualsiasi referto, inoltre, dovrà essere inviato entro cinque giorni dall'erogazione della prestazione.

Altro punto riguarda il profilo sanitario sintetico (o "Patient Summary"): una "carta d'identità sanitaria", con le informazioni essenziali sulla salute di ogni cittadino. Ebbene, questa scheda andrà compilata dal medico di famiglia (o dal pediatra nel caso di bambini) e, in caso di emergenze gravi, sarà consultabile dal Pronto soccorso anche senza il consenso dell'interessato.

Insomma, in vista della scadenza di fine giugno fissata dal Pnnr, il fascicolo sanitario elettronico entra nella vita degli italiani. Anche se

non tutti, in realtà, sanno ancora di averne uno.

Stando ai dati del monitoraggio di AgID, fermi al 30 settembre scorso, meno di un italiano su due ha espresso il consenso alla consultazione del suo fascicolo da parte dei medici e meno di 6,5 milioni (ovvero il 27% della popolazione) lo ha effettivamente utilizzato. Eppure, i vantaggi ci sono.

In estrema sintesi, il fascicolo consente di raccogliere tutti i dati sulla salute di un cittadino e di renderli disponibili (previo suo consenso) agli operatori sanitari ai fini di cura, prevenzione e profilassi. Per un medico, si tratta di un archivio fondamentale per valutare la "storia clinica" di un assistito e fare una diagnosi più rapida, evitando inutili duplicazioni di esami (anche con risparmio di spesa). Per un cittadino, è uno strumento utile per conservare informazioni e documenti sulla sua salute, cambiare medico di base, prenotare una prestazione o consultare un referto comodamente da casa. Ma anche fare pagamenti online per un ticket, avendo tutte le ricevute ai fini della detrazione. Non mancano ostacoli.

Nato per superare la storica frammentazione del sistema sanitario italiano, il fascicolo elettronico ha inizial-

mente riprodotto questo stato: ogni Regione aveva una sua versione, spesso con funzioni e tempi di aggiornamento differenti. Ma, soprattutto, documenti difformi che non "si parlavano".

Il nuovo impianto normativo e tecnologico, invece, punta a un unico ecosistema dati sanitari nazionale. «Mancava uniformità fra Regioni e fra strutture» spiega Chiara Sgarbossa, direttrice dell'Osservatorio sanità digitale del Politecnico di Milano. «È stato necessario individuare uno standard e adeguare tutto, in modo da garantire un linguaggio comune per interagire. Mal'interoperabilità non è ancora completa in tutti i punti. Un problema riguarda i privati: adeguarsi comporta un notevole investimento». Finora, l'obbligo coinvolgeva solo i privati convenzionati con il sistema sanitario nazionale. Mentre ora dovranno accre-



ditarsi tutti. Sempre in base al monitoraggio di AgID, oggi sono già disponibili 29 tipi di documenti e 33 servizi. Ma la forbice a livello regionale è molto ampia. Anche per l'utilizzo: il fascicolo digitale è ormai abituale per il 66% dei veneti (primi in classifica) ma solo per il 3% di siciliani. Non solo.

Ogni Regione può integrare il proprio fascicolo con documenti o servizi extra rispetto a quelli "obbligatori". E la differenza nel livello di assistenza si vede. Solo tre Regioni, per esempio, hanno già attivo il "bilancio di salute" per la crescita dei bebè (Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia e Valle d'Aosta) mentre soltanto in Lombardia è operativo il piano assistenziale individualizzato.

Venendo ai servizi, nove Regioni consentono di consultare le liste d'attesa e appena quattro garantiscono la prenotazione di una tele-

visita. La Toscana è l'unica a offrire la richiesta di trasporto per servizio sanitario mentre solo in Liguria si può contattare il servizio "Pronto badante".

Un divario digitale che rischia di aumentare quello reale? «Il fascicolo è la "cellula" della trasformazione digitale. Un utilizzo a macchia di leopardo incide in maniera rilevante perché riflette e amplifica le disuguaglianze già esistenti nell'erogazione dei servizi sanitari» sottolinea Nino Cartabellotta, presidente Fondazione Gimbe. «Un uso completo e diffuso, invece, potrebbe migliorare la continuità assistenziale, facilitare l'accesso alle informazioni cliniche, ridurre sprechi organizzativi e amministrativi. Nelle Regioni in ritardo, si perde uno strumento indispensabile per rendere il sistema più efficiente e centrato sul paziente. Il rischio concreto è quello di una "doppia ve-

locità digitale" che si somma a quella già esistente nei livelli di assistenza, ampliando ulteriormente il divario, in particolare tra Nord e Sud del paese».

Dal Dipartimento per la trasformazione digitale si evidenzia che «i divari regionali sono affrontati con un approccio strutturale che ha già visto investimenti per 300 milioni di euro mentre per i cittadini, oltre alla campagna informativa nazionale lanciata poche settimane fa, l'utilizzo del fascicolo sanitario elettronico è accompagnato in diversi modi: per esempio, con i 4 mila "Punti digitale facile" che offrono supporto e assistenza gratuita sul territorio alle fasce meno digitalizzate e hanno raggiunto già l'obiettivo Pnnr di due milioni di cittadini formati». Oltre al "digital divide", però, pesa anche la sensibilità per la privacy. Basti pensare che, sempre in base

al monitoraggio Fse, in Campania il 29% dei cittadini utilizza il fascicolo ma appena il 3% ha dato il consenso alla consultazione al personale medico. Va detto che la versione assicura oggi una tutela rafforzata. Chi non ha espresso opposizione al pregresso entro dicembre 2024, accedendo al suo fascicolo troverà caricato in automatico ogni documento dal 2012 in poi. Ma, in qualsiasi momento, può decidere se e quali oscurare, modificare il consenso espresso e anche revocarlo. —

LA DIFFUSIONE

Il fascicolo sanitario elettronico in Italia



27%

Gli italiani che usano il fascicolo elettronico



44%

La media nazionale di quanti hanno espresso il consenso alla consultazione dei propri documenti

L'uso nelle principali regioni



Fonte: Monitoraggio Fse su dati regionali al 30 settembre 2025

L'uso da parte degli operatori

95,2%

La percentuale di medici di medicina generale e pediatri che ha effettuato almeno un'operazione sul fascicolo

88%

La media nazionale di medici specialisti delle Asl abilitati a consultare il fascicolo sanitario elettronico al 30 settembre 2025

9

Le regioni (fra cui il Piemonte) che hanno già raggiunto la copertura al 100% dei sanitari abilitati al fascicolo sanitario elettronico

21

I tipi di documenti previsti dalle norme per alimentare il fascicolo sanitario elettronico

7

I tipi di documenti già disponibili ovunque: erogazione farmaci a carico del SSN, prescrizione farmaceutica del SSN, prescrizione della visita specialistica, referto di laboratorio, referto di radiologia, referto specialistico ambulatoriale e verbale di pronto soccorso

8

I documenti ulteriori resi disponibili, due dei quali relativi ai certificati Covid-19

13

I servizi digitali "già disciplinati" resi disponibili nei fascicoli sanitari elettronici delle Regioni al 30 settembre 2025

6

I servizi "già disciplinati" attivi ovunque: dati amministrativi, consultazione registro (accessi e operazioni), gestione consensi, oscuramento dei documenti, prenotazioni SSN, scelta e revoca del medico di base. Eccetto in Sicilia, è operativo anche il pagamento di ticket e prestazioni

610 milioni di euro

La dote del Pnnr per il fascicolo sanitario elettronico

Di questi, 300 milioni servono ad adeguare i sistemi nei territori, il resto vanno per le competenze digitali dei professionisti del sistema sanitario

Withub



IL NUOVO REPORT realizzato da Oms/Europa insieme a Public Health Wales

Sanità digitale, innovazione senza accesso: il divario che esclude i più fragili



L'equità non può essere un'aggiunta finale: deve stare al centro della sanità digitale." Il nuovo report realizzato da Oms/Europa insieme a Public Health Wales riporta al centro una questione troppo spesso rimossa: la trasformazione digitale non coincide automaticamente con inclusione. La revisione, che ha analizzato 154 studi pubblicati tra il 2015 e il 2024, mostra con chiarezza che proprio le persone con maggiori bisogni di salute continuano a incontrare gli ostacoli più seri nell'accesso ai servizi digitali. Tra i fattori ricorrenti emergono connettività insufficiente, bassa alfabetizzazione digitale, barriere linguistiche e strumenti progettati senza tener conto della varietà reale dei bisogni. Il punto decisivo è che il divario non nasce solo dalla tecnologia, ma dal contesto in cui viene introdotta. Se una tele visita resta inutilizzabile per chi vive in un'area rurale senza banda larga, o se una piattaforma sanitaria non è comprensibile per chi ha fragilità

linguistiche o sociali, allora l'innovazione smette di essere una leva di prossimità e diventa un nuovo filtro d'accesso. L'equità digitale, sottolinea il report, non si costruisce con interventi isolati ma con un approccio di sistema, capace di integrare infrastrutture, competenze e governance. Le categorie più penalizzate restano quelle già fragili: persone con patologie croniche o disabilità, anziani, migranti, gruppi socio-economicamente svantaggiati e popolazioni che vivono in territori periferici. In altre parole, chi avrebbe più bisogno di continuità assistenziale è spesso chi riesce meno a beneficiare degli strumenti pensati per semplificarla. Un altro nodo riguarda la regolazione. Le normative attuali si concentrano soprattutto su privacy e sicurezza, ma raramente coinvolgono i gruppi vulnerabili nella progettazione delle tecnologie. Anche i sistemi di valutazione restano frammentati e misurano poco l'impatto reale sulle disuguaglianze. Nel caso dell'intelligenza artificiale, i controlli su bias ed equità non sono ancora sistematici. A que-

sto si aggiunge un tema culturale spesso sottovalutato: la fiducia. Senza un adeguato accompagnamento, molte persone percepiscono gli strumenti digitali come complessi o poco affidabili. La transizione richiede quindi non solo investimenti tecnologici, ma anche percorsi di educazione, supporto e prossimità, in grado di rendere davvero accessibili i servizi, senza lasciare indietro nessuno. Serve inoltre un cambio di paradigma nelle politiche pubbliche: non basta digitalizzare i servizi esistenti, ma ripensarli a partire dai bisogni reali delle persone più vulnerabili, coinvolgendole nei processi decisionali e progettuali. La direzione indicata è chiara: rafforzare la governance, garantire finanziamenti equi, investire nelle competenze e adottare un principio di equità "by design". La salute digitale sarà davvero efficace solo quando riuscirà a raggiungere prima di tutto chi oggi resta ai margini. "L'innovazione ha senso solo se riduce le distanze, non se le amplifica."

Giovanni Ianni



FATTI

Negli ambulatori sociali la sanità diventa un vero bene comune

DIANA LIGORIO a pagina 10

LA RETE DI SOSTEGNO PER CHI SI TROVA IN DIFFICOLTÀ

Gli ambulatori sociali Dove la sanità diventa un vero bene comune

DIANA LIGORIO

In tutta Italia, da Nord a Sud, esiste una vasta costellazione di presidi di cura dal basso dove trovano risposta i diversi bisogni non coperti dal Servizio sanitario. «La nostra costituzione all'art. 32 afferma che la salute è un diritto fondamentale dell'individuo, ma questo diritto nel nostro paese non viene garantito a tutte le persone», Natalia Ciccarello è la direttrice sanitaria di Sokos, associazione che dal 1993 a Bologna si occupa di fornire assistenza socio-sanitaria gratuita ai migranti senza permesso di soggiorno, alle persone senza dimora e a chiunque viva in una condizione di esclusione sociale. Da Milano a Napoli, da Torino a Padova, da Bologna a Roma e alla provincia di Campobasso, esiste una costellazione di ambulatori sanitari e sociali: presidi di cura dal basso dove trovano risposta quei bisogni non coperti dal servizio sanitario nazionale e dove la salute viene concepita in relazione alla questione abitativa, alle condizioni sul lavoro, al contesto urbano, alla presenza di reti sociali.

Esami per tutti

«Noi prendiamo in carico tutte le persone in una situazione di

disagio anche se non hanno tessere e documenti», spiega Ciccarello. «Siamo i loro medici di base». Sokos ha stipulato una convenzione con l'azienda sanitaria locale: «Oltre ad avere una sede, concessa dal Comune di Bologna a uso gratuito, possiamo usare il ricettario per le prescrizioni. Da Sokos è possibile effettuare esami ematici e strumentali e visite specialistiche dalla cardiologia alla gastroenterologia, dall'ortopedia alla psichiatria».

Nella sua esperienza sul campo Ciccarello si è scontrata con le contraddizioni del sistema: «Il cortocircuito è quello che lega residenza, lavoro e medico di base in un sistema sanitario che peggiora ogni anno di più». Dagli accessi all'ambulatorio si è assistito a un aumento degli italiani senza dimora e a un cambiamento di nazionalità per i migranti: «Prima erano moldave arrivate per fare le badanti, oggi vengono soprattutto da Marocco, Bangladesh e Filippine, e la maggioranza non sono più donne ma uomini».

Per Ciccarello è bene ricordare che «dai loro paesi partono le persone giovani e sane, altrimenti non ce la farebbero ad arrivare: è qui che si ammalano perché vivono in condizioni indigenti». Da Sokos i migranti ar-

rivano spesso per un semplice raffreddore: «Vivono con la paura della malattia perché ammalarsi significa non lavorare e quindi non poter mandare soldi alla famiglia nei loro paesi».

«Siamo medici volontari che portano avanti questa missione con tanti sacrifici. Se non siamo noi ad occuparci di queste persone, nessuno se ne fa carico», dice Ciccarello. Nel 2024 Sokos ha registrato quasi 5mila visite e raccolto negli anni più di 26mila cartelle cliniche. «Saremo felici quando Sokos potrà chiudere perché vorrà dire che il diritto alla salute sarà davvero universale».

Un proprio diritto

«Quando c'è tutto, c'è la salute», è lo striscione storico dello sportello socio-sanitario autogestito dal Comitato Mammuto, che offre orientamento e supporto gratuito per l'accesso ai servizi sanitari pubblici nel quartiere Casal de Pazzi, periferia nord est di Roma. «Dopo il



covid è iniziata la nostra battaglia», dice Rita Salerno, operatrice volontaria: «Riaprire villa Tiburtina come presidio sanitario pubblico, chiuso tredici anni fa. Ora con il Pnrr aprirà la casa di comunità».

Lo sportello nasce perché gli abitanti del quartiere si sentivano persi e frustrati nel non veder riconosciuto un loro diritto: essere curati dal sistema sanitario nazionale. Mammut non fa attività di ambulatorio ma si occupa di pratiche burocratiche e rivendicazioni. Il 90 per cento delle loro richieste va in porto. «In tutti i ricorsi non siamo mai arrivati a prenotare una visita intramoenia — spiega Salerno — ma siamo riusciti a fare le visite nel pubblico nei tempi previsti dalla ricetta originaria». «Si dice che nei piccoli comuni si vive bene ma non è così», Antonio Lalli è un assistente sociale che ha deciso di restare a Bonefro, in provincia di Campobasso. «La prossimità non è favorita perché i servizi sono parcellizza-

ti». Nel 2023 gli è venuta un'idea: creare il Piccolo Ambulatorio Sociale di Comunità, un progetto, gestito dalla Coop SIRIO, in cui ha fortemente creduto l'amministrazione comunale. «Siamo un'equipe socio-sanitaria che si inserisce a supporto dei servizi già esistenti».

Bonefro dista una cinquantina di km da Campobasso dove si trova l'ospedale più vicino. Il paese conta 1200 abitanti. Nel 2025 è nato un solo bambino. «Esiste una desertificazione dei servizi. Più decresce la popolazione, più diminuiscono i servizi. Ma meno servizi ci sono, meno la popolazione cresce».

Il piccolo ambulatorio si trova nella piazza centrale di Bonefro, offre un servizio gratuito di ambulatorio infermieristico con prestazioni sanitarie di base, uno sportello sociale di ascolto e uno sportello psicologico. «La parte più importante — racconta Lalli — sono i servizi domiciliari e gli spazi di inclusione». Come la palestra della

mente per gli anziani con declino cognitivo, i laboratori sulla prevenzione del disagio giovanile e sulle competenze emotive, l'orto sociale comunale e il piccolo cinema dove la comunità si riunisce e si incontra.

Nel fenomeno diffuso degli ambulatori sociali la sanità è un bene comune. «Le relazioni si sono contratte», dice Lalli. «Quando per il nostro manifesto del benessere abbiamo chiesto quali fossero i bisogni e i desideri delle persone, le risposte sono state: gentilezza, vicinanza, salutarsi di più».



FOTO ANSA



Le strutture sanitarie attirano 650 milioni in un anno

di Raffaele Crocitti

Nel mercato immobiliare italiano c'è un settore che nel 2025 ha attratto il triplo degli investimenti raccolti nell'anno precedente: si tratta dell'healthcare.

Secondo i dati di Jll, dei 650 milioni investiti durante l'anno scorso su tutta l'asset class, il 70% è andato a al segmento Care, ossia le rsa, la restante parte invece è stata suddivisa tra ospedali e cliniche. Il mercato italiano si dimostra dunque solido, forte di una ritrovata fiducia da parte degli investitori: oltre ai capitali istituzionali infatti aumenta la quota degli stessi operatori sanitari tra gli acquirenti. Come sta avvenendo per altri settori l'Italia risulta sempre più attrattiva per gli investimenti esteri, che coprono il 54% dei volumi del 2025.

L'interesse crescente verso il Paese è dato principalmente da due fattori: fondamentali solidi, come si vedrà di seguito, e rendimenti molto appetibili, soprattutto rispetto agli altri mercati europei.

Per quanto riguarda le rsa, i rendimenti prime si mantengono stabili al 5,75%: 50 punti base in più rispetto alla media europea (5,25%). Se però l'opportunità è ghiotta per chi investe oggi nelle strutture sanitarie italiane, il vantaggio nei rendimenti è «destinato a ridursi con l'intensificarsi della competizione», spiega Alberico Radice Fossati, head of capital markets di Jll. Gli operatori del settore infatti si aspetta-

no un allineamento dei rendimenti ai benchmark europei, visto il consolidamento del mercato, l'aumento della liquidità e la generale fiducia attorno al segmento healthcare.

Per quanto riguarda i fondamentali, i numeri sono quanto mai convincenti: si registra da un lato un crescente invecchiamento demografico e dall'altro una disponibilità di strutture altamente insufficiente.

Il 25% della popolazione italiana, pari a 14 milioni di persone, ha più di 65 anni, una percentuale destinata a raggiungere il 35% entro il 2050.

A fronte di ciò l'Italia dispone di 270 mila posti letto in strutture sanitarie residenziali tra case di cura, alloggi protetti e hospice, l'80% delle quali dedicate agli anziani. L'attuale tasso di copertura è del 2%, calcolato rapportando il numero dei posti letto a quello degli over 65: una quota di gran lunga inferiore rispetto al target generalmente usato del 5%, che si traduce oggi in una mancanza di 440 mila letti. Se poi si considerano le prospettive demografiche italiane, il divario tra domanda e offerta richiederà ulteriori 600 mila posti nel 2035. «Una significativa domanda insoddisfatta che crea un enorme potenziale di crescita a lungo termine», commenta Francesca Fantuzzi, head of research di Jll.

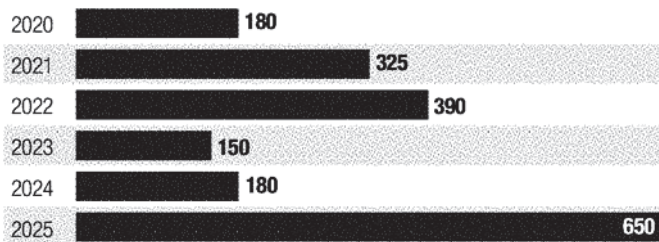
L'healthcare ha poi le sue peculiarità. Un tema centrale per gli investitori è l'adeguamento (dal punto di vista antisismico, igienico, elettronico, antincendio, di accessibilità) delle strutture per ottenere l'accreditamento sanitario, che riconosce la possibilità di erogare prestazioni per conto dell'Ssn. Se da un lato questi elementi a tutela degli ospiti «diventano evidenze anche a tutela dell'accordo tra le parti», fa notare Federica Sacconi, head of building consultancy di Jll, per un altro verso gli adeguamenti, non sempre obbligatori se presi singolarmente ma necessari al fine di otte-

nere l'accreditamento, «sono onerosi» e rischiano «di essere un peso che grava sulla asset class».

Il settore, è il caso di dirlo, è in salute in tutta Europa, con 20,9 miliardi di investimenti nel 2025, in aumento del 142% su base annua e del 75% rispetto alla media quinquennale 2020-24. Il 64% dei volumi ha riguardato entità già esistenti, trainati da acquisizioni di operatori di case di cura, principalmente in Uk. (riproduzione riservata)

INVESTIMENTI NEL SETTORE HEALTHCARE

Milioni di euro



Comprende operazioni dirette, relative a entità già esistenti o in via di sviluppo, di importo superiore a 5 milioni di euro

Fonte: Jll

Withub



Onere della prova

Chi solleva l'eccezione deve dimostrare l'entità della somma già versata

La Cassazione si esprime
sulla possibilità di acquisire
i documenti d'ufficio

Rosa Sciatta

Quando, nel contenzioso per i danni causati da emotrasfusioni con sangue infetto, si pone il tema della compensazione tra l'indennizzo per i danneggiati previsto dalla legge 210/1992 e il risarcimento del danno, l'onere di provare il fatto costitutivo dell'eccezione di compensatio lucri cum damno grava su chi la solleva ed è soggetto alle preclusioni del primo e del secondo grado. Tuttavia, quando è lo stesso attore a dichiarare di aver percepito l'indennizzo, è suo onere provarne l'entità.

Lo ha chiarito la Cassazione che, con l'ordinanza 2052/2026, ha preso posizione sulla distribuzione dell'onere della prova in materia di compensatio lucri cum damno.

Il caso riguardava una paziente che aveva agito contro il ministero della Salute per i danni causati da trasfusioni effettuate negli anni Settanta. La Corte d'appello aveva riconosciuto la condotta colposa e il nesso causale, ma aveva escluso un

danno risarcibile, perché l'indennizzo percepito in base alla legge 210/1992 superava l'ammontare del danno civilistico. Aveva quindi respinto la domanda.

Con il ricorso in Cassazione, la ricorrente ha tra l'altro sostenuto che la Corte d'appello aveva illegittima-

mente consentito al ministero di depositare in appello la prova dell'erogazione dell'indennizzo; ciò perché il ministero non aveva dato la prova in primo grado ed erano quindi maturate le preclusioni istruttorie.

La Suprema corte, che ha dichiarato inammissibile questo motivo di ricorso, ha spiegato che è basato sull'idea che il giudice d'appello non possa d'ufficio chiedere informazioni alla Pasull'entità delle somme pagate per l'indennizzo previsto dalla legge 210/1992. Si tratta di una questione su cui esistono orientamenti diversi in giurisprudenza.

Un primo orientamento riteneva doverosa l'acquisizione d'ufficio, senza preclusioni, qualora fosse certa l'esistenza dell'indennizzo ma non il suo ammontare.

Un indirizzo più recente, invece, ha affermato che la rilevabilità d'ufficio dell'eccezione non consente di eludere il divieto di presentare in appello domande, eccezioni e mezzi di prova nuovi. La Cassazione ha aderito a questo secondo orientamento, chiarendo che l'onere di provare il fatto costitutivo dell'eccezione di compensatio lucri cum damno grava su chi la solleva e soggiace alle preclusioni istruttorie; il giudice può acquisire d'ufficio la prova, con scelta sindacabile in sede di legittimità solo se la questione abbia formato oggetto di dibattito nei gradi di merito. Quando è l'attore a dichiarare di avere già percepito l'indennizzo, diventa suo onere provarne l'entità.

La decisione chiarisce così che la compensatio non permette di aggirare le regole processuali e la distribuzione dell'onere probatorio.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Unirsi contro l'isolamento

È dedicata alla lotta contro solitudine e isolamento sociale l'odierna Giornata mondiale della sindrome di Down. Un tema che, sottolinea Down Syndrome International, è quanto mai rilevante: non solo la solitudine rende ansiosi e depressi, ma causa danni alla salute fisica. Un effetto cascata, e uno stigma, che possono essere gestiti ma soprattutto vanno prevenuti. Il registro delle malformazioni dell'Emilia Romagna segnala un 82% di aborti dopo una diagnosi prenatale.

Negrotti e Pazzaglia a pagina 6

DIRITTI

Oggi la Giornata della sindrome di Down: l'emergenza è la solitudine



Persone Down, "scarto" sistematico

Il registro delle malformazioni dell'Emilia-Romagna conferma una tendenza comune: 82% di aborti dopo una diagnosi prenatale. La Giornata mondiale che si celebra oggi invita a battersi contro solitudine e isolamento sociale che affliggono i soggetti con la sindrome

È dedicata alla lotta contro solitudine e isolamento sociale l'odierna Giornata mondiale della sindrome di Down, data scelta per ricordare il cromosoma 21 presente in tre copie (come marzo è il terzo mese dell'anno). Un tema che, sottolinea Down Syndrome International, il network presente in 113 Paesi che promuove la Giornata (fatta propria dalle Nazioni Unite), è quanto mai rilevante: non solo la solitudine rende ansiosi e depressi, ma causa danni alla salute fisica. E i dati dicono che le persone con sindrome di Down hanno molto maggiori probabilità di vivere isolamento e solitudine, causati anche da stigma e discriminazione, che sono sintomo di una mancata inclusione sociale, a scuola, al lavoro e nella vita comunitaria.

CHIARA PAZZAGLIA
Bologna

La diagnosi prenatale di trisomia 21, in Emilia-Romagna, è una sentenza di morte nell'82% dei casi. Lo attestano i dati del registro Imer (Indagine sulle malformazioni in Emilia-Romagna), istituito nel 1978 per monitorare le anomalie congenite. Il registro racco-

glie informazioni su nati vivi, morti perinatali e interruzioni volontarie di gravidanza (Ivg), aggiornando annualmente la prevalenza regionale delle malformazioni e fungendo da centro di riferimento per formazione e consulenza. Del resto l'ultima Relazione al Parlamento sullo stato della legge 194 (dati 2023) segnala che nel caso di aborti dopo le 12 settimane «si

tratta più verosimilmente di gravidanze desiderate che si decide di interrompere in seguito a esiti sfavorevoli della diagnosi prenatale o per patologie materne». E sono situazioni che «tendono



ad aumentare a seguito dell'aumento dell'età materna al concepimento e del maggior ricorso alla diagnosi prenatale». Si tratta del 6,6% degli aborti a livello nazionale, e l'Emilia-Romagna è sotto la media (5,7%).

Nel rapporto più recente dell'Imer, relativo al periodo 2018-2022, si contano 390 casi di sindrome di Down, di cui 316 diagnosticati in epoca prenatale (81,03%). La maggior parte delle diagnosi avviene tra la 14ª e la 23ª settimana di gestazione (28,07%), mentre il 22,51% viene rilevato prima della 14ª settimana e il 4,97% dopo la 23ª. Per il

26,02% dei casi prenatali, l'età gestazionale non è disponibile. Come riportato nel documento ufficiale della Regione, a pagina 65, «l'esito più frequentemente osservato nei casi diagnosticati nel periodo prenatale è l'interruzione volontaria di gravidanza, che rappresenta il 63,16% (57,93%-68,1%) dei casi. I nati vivi costituiscono il 18,42% (14,67%-22,87%) e non sono stati osservati casi di morte fetale».

Questi dati sono in linea con le medie europee. Per altre sindromi genetiche, secondo i dati ufficiali, le percentuali di Ivg sono ancora più elevate: fino all'85% per la sindrome di Edwards e al 95% per quella di Patau. Si registrano percentuali significative di Ivg anche per anomalie meno gravi. Osserva il professor Guido Cocchi, docente di Pediatria dell'Università di Bologna e da anni membro del coordinamento scientifico del registro Imer: «I dati sono inequivocabili». E aggiunge: «L'obiettivo del Registro è monitorare l'andamento dei casi di anomalie congenite, ma tali evidenze possono risultare preziose per la cura e per le esigenze assistenziali dei bambini che, nonostante la diagnosi prenatale, vengono alla luce». È un

importante ribaltamento di prospettiva: «Dovremmo concentrare gli investimenti sulle necessità terapeutiche di chi nasce, più che sulle diagnosi prenatali. Spesso si preferisce interrompere la gravidanza, invece che intraprendere percorsi di cura» sottolinea Cocchi.

La questione riguarda le risorse: si sostiene che manchino fondi per l'assistenza e i trattamenti, mentre sulla diagnostica precoce – sempre più sofisticata – gli investimenti non mancano e vengono considerati un traguardo scientifico. Questo, però, finisce per penalizzare gli interventi di cura e di sostegno alle persone con disabilità, che potrebbero invece aspirare a una migliore qualità di vita grazie al progresso scientifico.

In un contesto in cui le nascite calano drasticamente e la società invecchia, la selezione prenatale basata su criteri di “normalità” biologica, talvolta probabilistici, solleva interrogativi etici, culturali e sociali. La sfida è duplice: da un lato, sostenere concretamente le famiglie che si aprono alla vita, anche quando ricevono diagnosi difficili; dall'altro, promuovere una cultura che riconosca il valore intrinseco di ogni essere umano.

Un contributo importante arriva dall'articolo pubblicato sull'*Italian Journal of Pediatrics*, con prima firma Caterina Gori, coautore il professor Pierluigi Strippoli: *Down Syndrome: how to communicate the diagnosis*. Strippoli, docente di Biologia applicata all'Università di Bologna, sottolinea l'importanza di una comunicazione rispettosa e consapevole: «Basandoci sulle nostre esperienze personali di medici e sugli studi disponibili, possiamo dire che, di fronte alla diagnosi, non sempre questa viene

riferita in maniera adeguata alle famiglie. Occorre che il medico si ponga in maniera neutrale, cercando di parlare con entrambi i genitori, prendendosi il tempo che serve, senza fretta, con equilibrio, descrivendo anche gli aspetti positivi e non solo quelli negativi della sindrome e senza mai definire il bambino, soprattutto se già nato, solo sulle base della sua caratteristica genetica, ma riferendosi per nome». Indicazioni semplici, ma spesso disattese. «Sarebbe bene – conclude Strippoli – citare quel clima affettivo più intenso della norma che la persona con sindrome di Down crea intorno a sé. Come diceva Jérôme Lejeune, il celebre genetista francese, queste persone sono dotate di un fascino speciale, più facile da sperimentare che da descrivere».

Accanto a una comunicazione rispettosa e completa della diagnosi, alle famiglie dev'essere indicata anche la presenza di percorsi reali e continuativi nel territorio. A Bologna, da sei anni, è attivo un ambulatorio dedicato alla salute funzionale e cognitiva delle persone adulte con sindrome di Down, nato per accompagnare queste persone e i loro caregiver in una fase della vita spesso poco considerata, ma decisiva per la qualità dell'esistenza. «L'obiettivo – spiega Gian Luca Pirazzoli, medico responsabile dell'ambulatorio – è offrire un sostegno concreto e non episodico. Sarebbe importante che le famiglie potessero sapere sin dall'inizio di non essere sole davanti alla diagnosi e di non esserlo neppure negli anni successivi, quando emergono nuovi bisogni, nuove fragilità, ma anche nuove possibilità di crescita e autonomia. La presa in carico non è solo sanitaria, ma anche relazionale, emotiva, sociale: è una presenza che cammina insieme».



Pierluigi Sforza, presidente del Centro emiliano progetti sociali (Ceps) per la trisomia 21 di Bologna spiega: «Dobbiamo rompere il meccanismo per cui, di fronte a una diagnosi, si evidenziano solo gli aspetti negativi. Ma va trasformato anche il modo in cui il mondo accoglie. Chi riceve una diagnosi spesso la vive come una condanna, perché percepisce che la società non è pronta ad accogliere la disabilità con serenità. La cultura dominante tende a vedere solo limiti, difficoltà, ostacoli e questo condiziona profondamente la visione dei genitori, alimentan-

do paure e solitudini. Le associazioni come la nostra, in questo contesto, hanno un ruolo cruciale: devono fare cultura, promuovere una narrazione diversa, più vera, più completa. Occorre sfatare le paure delle famiglie, offrire strumenti, testimonianze, vicinanza. Certo, si tratta di aspetti impegnativi, che richiedono tempo, pazienza, ascolto, ma i frutti si vedono nel cambiamento».

IL TEMA

L'emarginazione
tratto comune
tra gli individui
con sindrome
di Down
e le loro famiglie
E può comportare
danni alla salute
Il rimedio
passa attraverso
il rispetto dei diritti
e la vera inclusione

Un fermo immagine dal video della campagna di CoordDown "Just evolve" che invita a superare nel linguaggio gli stereotipi antiquati e dannosi. L'attore con la sindrome di Down è il giovane britannico Noah Matthews Matofsky



SCIENZIATI AL LAVORO PER OFFRIRE SOLUZIONI INNOVATIVE

Le vie della ricerca: dalla psicologia ai farmaci, alla stimolazione elettrica

Oggi a Padova, a cura dell'associazione Down Dadi, si svolge la seconda parte di un convegno con le più recenti sperimentazioni scientifiche. I relatori del primo appuntamento riferiscono i loro risultati

ENRICO NEGROTTI

Sulla sindrome di Down la ricerca scientifica esplora molteplici piste, come è emerso dalla prima parte del convegno svoltosi a Padova, a cura dell'associazione Down Dadi, dedicato a "Disabilità intellettiva e neurodiversità" e di cui si svolge una seconda parte oggi, in occasione della Giornata mondiale della sindrome di Down. Qui una sintesi dei lavori illustrati nel primo appuntamento.

Esercizi guidati per allenare le funzioni esecutive

Il progetto Expo mira a potenziare le funzioni esecutive (memoria di lavoro, inibizione, flessibilità e pianificazione) di bambini con sindrome di Down in età prescolare (3-6 anni). «Le funzioni esecutive – spiega la referente italiana del progetto, Silvia Lanfranchi, docente di Psicologia dello sviluppo e di Disabilità cognitive presso il Dipartimento di Psicologia dello sviluppo e della socializzazione dell'Università di Padova – sono una parte centrale del funzionamento cognitivo che è correlato a molte competenze, che riguardano le autonomie e gli apprendimenti scolastici. È importante lavorarci quanto prima per avere effetti a cascata su altre competenze della vita quotidiana». Il progetto Expo (*Executive function play opportunities*, Opportunità di gioco per potenziare le funzioni esecutive) ha ricevuto finanziamenti prima dalla Fondazione Jerome Lejeune e ora dagli statunitensi National Institutes of Health (Nih): è svolto infatti in collaborazione con il gruppo di ricerca di Deborah Fidler della Colorado

State University (Stati Uniti). Il percorso dura tra le 12 e le 18 settimane: «Vengono offerte al genitore – racconta Lanfranchi – una serie di attività pensate specificatamente per lavorare a casa sulle funzioni esecutive. Il tutto sotto la supervisione di uno psicologo, che incontra e supporta i genitori una volta alla settimana».

Il primo studio «ha coinvolto 35 famiglie di bambini, per metà in Italia e per metà negli Stati Uniti. Ha dato buoni risultati sia in termini di fattibilità, sia di soddisfazione delle famiglie». È in corso il secondo studio pilota: «Sono coinvolte 10 famiglie in Italia e 10 negli Stati Uniti. Se darà i risultati sperati, da settembre – conclude Lanfranchi – partirà uno studio più ampio, randomizzato e di ampia portata, che coinvolgerà 120 bambini in Italia e 120 bambini in America, per la validazione definitiva di questo trattamento».

Trial europeo su un farmaco per i deficit cognitivi

Il progetto Icod (*Improving cognition in Down syndrome*, Migliorare le capacità cognitive nella sindrome di Down) avanza verso la sperimentazione clinica di fase 2 del farmaco AF0217 prodotto dalla azienda francese Aelis Farma. A Padova ne ha riferito Filippo Caraci, farmacologo dell'Università di Catania, nonché responsabile dell'Unità di Neurofarmacologia dell'Irccs Oasi di Troina (Enna). Si tratta di un farmaco diretto verso il recettore per i cannabinoidi (CB1), la cui

iperattività è stata correlata ai deficit

cognitivi delle persone con sindrome di Down. E il farmaco, nei modelli animali di sindrome di Down, si era dimostrato capace di migliorare il funzionamento della memoria di lavoro e della flessibilità cognitiva.

Dopo i risultati positivi del primo studio clinico, l'Agenzia europea dei medicinali (Ema) ha autorizzato a proseguire la sperimentazione con un trial di fase 2B, per 188 persone con sindrome di Down dai 16 ai 32 anni. Il loro reclutamento avverrà nei prossimi mesi in Spagna, Francia e Italia. «Nel nostro Paese – conclude Caraci – saranno coinvolti, oltre all'Irccs Oasi di Troina, il Policlinico Gemelli di Roma (Antonio Carfi) e l'Istituto delle scienze neurologiche presso l'Ospedale Bellaria di Bologna (Gian Luca Pirazzoli e Luisa Sambati)».

Onde elettriche nel cervello per migliorare il linguaggio

Presso l'Ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma sotto la direzione di



Floriana Costanzo, dirigente psicologa dell'Unità operativa semplice di Psicologia, si sperimenta la stimolazione cerebrale non invasiva per migliorare il linguaggio nella sindrome di Down.

Grazie a elettrodi posti sulla cute della testa, si trasmette un segnale elettrico che interagisce con le cellule del cervello: «Il cervello è costituito proprio – continua Costanzo – da cellule “elettrizzabili”, perché parlano attraverso impulsi elettrici. Noi inviamo una debolissima corrente che viene intercettata dal cervello e che ne modula l'attività in modo mirato».

«Questa tecnica – puntualizza Costanzo – prepara il cervello a recepire meglio le attività di terapia (esercizi, neuroriabilitazione, logopedia), perché ne migliora la plasticità. È il primo trial clinico al mondo di questo tipo nella sindrome di Down». «La nostra sperimentazione è biennale – riferisce Costanzo – su un gruppo di adolescenti e giovani adulti, tra i 12 e i 21 anni, e si concluderà nel prossimo settembre. Il trial si esegue in doppio cieco, con somministrazione randomizzata del trattamento e del placebo a gruppi differenti». I risultati preliminari sembrano incoraggianti: «La stimolazione cerebrale si associa al trattamento di lo-

gopedia, che è intensivo, ma breve: due settimane con sedute di 20 minuti tutti i giorni. Abbiamo riscontrato che anche il gruppo placebo ha mo-

strato miglioramenti, ma quelli sottoposti a stimolazione cerebrale hanno mostrato maggiori benefici e più a lungo nel tempo».

Sperimentare un modulatore dell'attività cerebrale

Ancora una ricerca farmacologica è quella portata avanti da Laura Cancedda all'Istituto italiano di tecnologia (Iit) di Genova sin dal 2015. «Abbiamo scoperto che un trasportatore degli ioni cloro era “disregolato”, cioè espresso in quantità maggiori nei modelli preclinici di sindrome di Down. Quindi con uno studio di “riposizionamento” abbiamo testato in modelli preclinici un vecchio farmaco diuretico, la bumetanide, che agisce sul trasportatore degli ioni cloro». Dopo i test preclinici eseguiti all'Iit «è in corso una sperimentazione presso l'Ospedale pediatrico Bambino Gesù, dove stanno arruolando bambini e adolescenti».

Ma la ricerca non si è fermata: «Nel nostro laboratorio all'Iit, assieme al gruppo di Marco De Vivo, abbiamo sviluppato una nuova molecola che blocca lo stesso trasportatore degli ioni cloro, ma

non è diuretico. Anche in questo caso i primi test su modelli preclinici hanno fornito ottimi risultati. Abbiamo poi brevettato la molecola e licenziata alla start up Iama Therapeutics (di cui sono cofondatrice assieme a De Vivo) per svilupparla: è già stata testata su volontari sani adulti in uno studio clinico di fase 1, dimostrando che il candidato farmaco è sicuro, e modula l'attività cerebrale». Il passo successivo «è fare un trial clinico di fase 2 su pazienti adulti – continua Cancedda –, ma è ancora da decidere da quale indicazione terapeutica si inizierà: infatti oltre alla sindrome di Down lo stesso meccanismo è disregolato in altre condizioni come epilessia, malattie neurodegenerative, autismo».

(La versione completa dell'articolo è reperibile online sul sito Avvenire.it/vita-e-cura)

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Servizio La Giornata mondiale

Oggi la giornata della sindrome di Down, l'AI scende in campo per eliminare le parole usate come insulti

Rivoluzionare il linguaggio per renderlo sempre più inclusivo, al via la campagna "JUST EVOLVE"

21 marzo 2026

La "parola con la R" potrebbe essere un lontano ricordo. Usata per offendere - spesso non intenzionalmente - le persone affette dalla sindrome di Down, l'espressione potrebbe essere presto cancellata dall'intelligenza artificiale.

L'associazione CoorDown ha creato un agente AI - a cura del team di FAIRFLAI - addestrato per guidare gli utenti che navigano sul web a capire qualcosa di più sulla condizione genetica causata dalla presenza di un cromosoma in più. È soltanto una delle tante iniziative organizzate dal coordinamento nazionale e - tra i progetti - c'è anche un film.

L'inventiva nata per sensibilizzare sulla condizione in occasione della Giornata Mondiale, istituita nel 2007 dalle Nazioni Unite, e che quest'anno come tema ha optato sulla solitudine.

Focus sui numeri, oltre 1000 bambini nel mondo nascono con la sindrome di Down

Un'anomalia genetica temuta, ma che è più comune di quel che si pensi. Diagnosticata durante la gravidanza attraverso appositi esami, si stima che a nascere con la sindrome di Down sia un neonato ogni 1.000. Le conseguenze riguardano lo stile di apprendimento, oltre le caratteristiche fisiche e la salute stessa del nascituro.

Secondo i dati dell'Onu, ogni anno la trisomia è diagnosticata a circa 3.000-5.000 bambini, mentre sono oltre 250.000 le famiglie colpite negli Stati Uniti. In Italia sfondato il tetto dei 40.000 casi. Diventa necessario per migliorare la qualità della vita delle persone con sindrome di rispondere alle loro esigenze sanitarie, in particolare attraverso controlli medici regolari per monitorare le loro condizioni fisiche e mentali e per fornire interventi quando necessario. Ma a destare preoccupazione è la loro solitudine, non a caso è il tema scelto per la quasi ventennale edizione della Giornata Mondiale.

La rivoluzione (gentile) della campagna "JUST EVOLVE"

Oltre 10 milioni di persone sono state coinvolte dal film "JUST EVOLVE" sulle diverse piattaforme social. Un movimento globale che sta mobilitando milioni di persone in tutto il mondo per creare una cultura del rispetto e dell'inclusione a partire dal linguaggio.

A dichiararlo è CoorDown che per quest'anno ha lanciato un film, vuole inoltre dare il via ad una vera e propria rivoluzione del linguaggio usato sul web grazie all'intelligenza artificiale.

Protagonista del film è un giovane con sindrome di Down - interpretato dal giovane attore inglese Noah M Matofsky - che dialoga con uomo per convincerlo a non usare più la "parola con la R". Sullo schermo si alternano esempi storici di vecchie abitudini del passato, quali quella di lavare il bucato con l'urina e di vendere la propria moglie al mercato, per sfidare l'antagonista del cortometraggio.

L'intelligenza artificiale scende in campo in un altro progetto per aiutare gli internauti non solo ad eliminare dal proprio vocabolario termini che possono risultare offensivi, ma soprattutto per diffondere consapevolezza.

Presidente di CoorDown: «Le parole che scegliamo modellano la realtà».

Sono le parole di Martina Fuga, Presidente di CoorDown, a lanciare un messaggio di speranza: «Siamo consapevoli che il 90% delle volte che le persone usano queste parole non è per offendere direttamente le persone con disabilità. Ma il loro utilizzo contribuisce a creare un contesto culturale che associa la disabilità a incapacità, fallimento e marginalità. Le parole che scegliamo modellano la realtà sia quella degli altri che la nostra percezione di essa, possono includere o escludere e chiarire o confondere. Vogliamo chiedere - conclude - a ogni persona che ancora oggi pronuncia queste espressioni dannose di smettere. Non perché "non si può più dire niente". Ma perché appartengono al passato».

Stili di vita sani proteggono dal 40% dei tumori

Dal 23 al 29 marzo torna il Festival della Prevenzione, l'iniziativa promossa da Lilt che quest'anno coinvolgerà 12 città. Conversazioni, visite mediche ed esperienze pratiche per investire in salute

di **Chiara Bidoli**

La salute è una conquista quotidiana fatta di semplici gesti ed è «nelle nostre mani» come ricorda il *Festival della Prevenzione*, in programma dal 23 al 29 marzo 2026, in occasione della Settimana Nazionale per la Prevenzione Oncologica (Snpo).

La nuova edizione sarà un evento diffuso che coinvolgerà 12 città italiane (Milano, Padova, Genova, Biella, Frosinone, Ancona, Napoli, Bari, Catanzaro, Catania, Palermo, Cagliari) con programmi che offriranno momenti di approfondimento ma anche esperienze «pratiche», oltre che screening gratuiti. Una manifestazione che vuole ricordare, prima di tutto, che il 40% dei casi di tumore può essere evitato attraverso corretti stili di vita e controlli regolari che il Festival, ispirandosi alle 14 raccomandazioni del Codice europeo contro il cancro, ha tradotto in 5 pilastri fonda-

mentali: alimentazione, movimento, benessere mentale, contrasto alle dipendenze e diagnosi precoce.

«Il Festival della Prevenzione nasce per rafforzare e rendere ancora più capillarmente partecipato il messaggio della Settimana Nazionale per la Prevenzione Oncologica (Snpo) — sottolinea Francesco Schittulli, Presidente della Lilt Nazionale —. La prevenzione è il primo e più efficace strumento per difendere la nostra salute. La Snpo e le iniziative a essa correlate, come il Festival, intendono promuovere una diffusa cultura sui corretti stili di vita e sulla strategica importanza della diagnosi precoce: informazione corretta e consapevolezza sono le nostre armi più forti per vincere i tumori».

Durante il Festival saranno proposte anche attività coinvolgenti, come le esperienze «Hands-on», percorsi guidati di spesa consapevole (Missione spesa sana), degustazioni di olio evo (in collaborazione con EvooSchool), cooking class e show cooking con chef e nutrizionisti (La salute si cucina), sessioni sportive, cam-

minate meditative e laboratori di lettura per bambini (Parole da gustare). Durante la settimana, presso gli ambulatori Lilt, sarà possibile effettuare controlli gratuiti di diagnosi precoce oncologica di varie specialità, dalla senologia alla dermatologia e si potrà partecipare gratuitamente (previa prenotazione) ai numerosi eventi informativi con gli esperti, visibili anche in streaming.

«Non è mai troppo tardi per riscrivere il proprio destino di salute. — aggiunge Marco Alloisio, Presidente di Lilt Milano e coordinatore delle Chirurgie specialistiche di Humanitas — Adottare uno stile di vita sano, a qualsiasi età, agisce come un interruttore biologico capace di migliorare non solo l'aspettativa di vita, ma soprattutto la sua qualità. Questo è il cuore pulsante del nostro Festival: portare la salute fuori dagli ospedali e renderla accessibile a tutti».

Il cuore dei dibattiti sarà Milano che, con 20 talk e oltre 70 relatori, vedrà coinvolti istituzioni ed esperti: dal Ministro della Salute Orazio

Schillaci a ricercatori di fama internazionale come Silvio Garattini, Alberto Mantovani, Paolo Ascierto e Filippo De Braud. Presenti anche i vertici Aiom con Massimo Di Maio e Rossana Berardi, e noti divulgatori scientifici come Beatrice Mautino e Ruggero Rollini.

Al Festival parteciperanno anche numerosi giornalisti e testimonial, tutti uniti dalla missione di ridurre l'impatto delle patologie tumorali attraverso la consapevolezza.

Per il programma completo del Festival e per iscriversi agli eventi si può visitare il sito: festivaldellaprevenzione.it.

Obiettivi

● «Il Festival della Prevenzione nasce per rafforzare e rendere ancora più partecipato il messaggio della Settimana Nazionale per la Prevenzione Oncologica (Snpo)», dice Francesco Schittulli, Presidente della Lilt Nazionale



«Non è mai troppo tardi per riscrivere il proprio destino di salute»
Marco Alloisio,
Presidente
di Lilt Milano



Servizio Ricerca

Cancro, dimezzati in 10 anni gli studi clinici avviati in Europa e la Cina conquista la scena

La crisi dell'Ue è testimoniata anche dal calo dei pazienti arruolati pari a -60mila in 5 anni a causa di tempi di approvazione troppo lunghi che scoraggiano le aziende farmaceutiche, della mancanza di risorse e di personale

di Redazione Salute

20 marzo 2026

In 10 anni, gli studi clinici contro il cancro avviati in Europa sono diminuiti del 50%. Nel 2013 le sperimentazioni europee costituivano il 18% a livello mondiale, per scendere al 9% nel 2023. Una tendenza che accomuna il Vecchio Continente agli Stati Uniti, dove si è registrata una riduzione del 34% (dal 26% al 17%). Nuovi equilibri geopolitici stanno cambiando la geografia della ricerca scientifica contro il cancro e vedono la Cina sempre più protagonista.

Necessario cambiare passo

Dal 2013 al 2023 il Paese asiatico ha mostrato un netto incremento nei trial, dall'8% al 29%. La crisi della ricerca europea è testimoniata anche dal calo dei pazienti arruolati, 60mila in meno in 5 anni (da 286.159 nel 2018 a 226.155 nel 2023). Diversi i motivi: dai tempi di approvazione troppo lunghi, che rendono i Paesi europei poco attrattivi per le aziende farmaceutiche, al declino degli studi di fase I, fino alla mancanza di risorse e personale dedicato. Per invertire questa tendenza negativa, serve un cambio di passo. Non solo più investimenti, ma anche una ridefinizione del disegno delle sperimentazioni. Infatti, meno del 40% degli studi clinici contro il cancro, che hanno portato in 10 anni (2012-2021) all'approvazione di terapie, riporta un miglioramento della qualità di vita dei pazienti. La richiesta di includere questo parametro tra gli esiti principali (endpoint primario o secondario) delle sperimentazioni sui tumori viene dagli esperti riuniti nel "Clinical Research Course", il corso, giunto alla quarta edizione, che si apre oggi a Roma, organizzato dall'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) in collaborazione con l'American Society of Clinical Oncology (Asco).

Italia e Cina allo specchio

«La Cina sta diventando il primo Paese al mondo per numero di studi clinici avviati e per pazienti arruolati – spiega Massimo Di Maio, Presidente Aiom -. In Europa, l'introduzione di norme come il Regolamento sulle sperimentazioni cliniche ha aumentato la complessità regolatoria, rendendo più difficile e lento il processo di approvazione e avvio dei trial. A causa di questi ritardi, i Paesi europei sono diventati meno competitivi a livello globale, senza dimenticare la mancanza di personale. In particolare, in Italia i coordinatori di ricerca clinica sono ancora privi di un reale riconoscimento giuridico. Per dare un nuovo impulso agli studi contro il cancro, è necessario anche garantire più spazio alla qualità di vita. La comunità scientifica la considera un parametro sempre

più importante, ma la sua adozione tra gli esiti principali delle sperimentazioni sui tumori e la comunicazione di questo tipo di risultati non sono ancora sufficienti”.

I 14 principi

In un articolo pubblicato su “Lancet Oncology”, gli scienziati e rappresentanti di pazienti riuniti nell’iniziativa “Common Sense Oncology” e l’Organizzazione europea per la ricerca e la cura del cancro (Eortc) raccomandano 14 principi fondamentali. I più rilevanti: i pazienti devono essere coinvolti nello sviluppo del protocollo dello studio e la valutazione della qualità della vita correlata alla salute deve essere l’esito primario o secondario della ricerca. I questionari utilizzati per valutare la qualità della vita devono essere compilati dai pazienti prima dell’inizio del trattamento, a intervalli di tempo predefiniti (ogni 3-4 settimane) e per un periodo dopo la fine delle cure. Inoltre, i risultati sulla qualità di vita devono essere inclusi nella presentazione principale e nella pubblicazione dello studio.

Focus sulla qualità di vita

«Nel 2025, in Italia, sono state stimate circa 390.000 nuove diagnosi di cancro, negli Stati Uniti nel 2026 oltre 2,1 milioni – continua il Presidente Aiom -. Per le persone colpite da malattia avanzata, la qualità di vita è la misura più tangibile del valore della cura. I Pro, Patient-Reported Outcomes, forniscono la prospettiva del paziente sull’impatto dei sintomi e dei trattamenti oncologici, implementando con un punto di vista soggettivo le misure convenzionali di efficacia e tossicità valutate dai ricercatori. Un aspetto importante evidenziato nello studio pubblicato su ‘Lancet Oncology’ riguarda la definizione preliminare dei sintomi dominanti in ogni tumore. Esempi sono la mancanza di respiro nel carcinoma polmonare, il dolore addominale nei tumori gastrointestinali o ginecologici e il dolore osseo nel cancro della prostata. È necessario anche stabilire in che modo il sollievo dai sintomi influisca sulle attività quotidiane».

Il mantra: semplificare e velocizzare

“La ricerca clinica è anche una questione di politica sanitaria e di competitività del sistema Paese – afferma Rossana Berardi, Presidente eletto Aiom -. Se vogliamo che l’Europa e l’Italia tornino a essere protagoniste nello sviluppo delle terapie oncologiche innovative, è necessario semplificare e velocizzare i processi autorizzativi degli studi clinici, riducendo gli ostacoli burocratici che oggi rallentano l’avvio delle sperimentazioni e rendono i nostri Paesi meno attrattivi per la ricerca internazionale. Allo stesso tempo, è fondamentale investire nelle competenze e nella stabilizzazione delle figure professionali dedicate alla ricerca clinica, come coordinatori di ricerca, data manager e personale di supporto, che rappresentano un elemento essenziale per garantire qualità, efficienza e sostenibilità agli studi. In questo scenario, iniziative come il ‘Clinical Research Course’ promosso da Aiom e Asco sono particolarmente importanti perché formare i professionisti della ricerca significa rafforzare l’intero sistema dell’innovazione in oncologia e assicurare ai pazienti un accesso più rapido e più equo alle nuove opportunità terapeutiche»

Ridefinire gli endpoint

«Definire gli endpoint appropriati per i quesiti di ricerca e i contesti di malattia è un passaggio cruciale nella progettazione degli studi, che porta a una struttura metodologicamente corretta dell’ipotesi primaria e, quindi, a una valutazione adeguata del beneficio della terapia sperimentale – sottolinea Francesco Perrone, Presidente Fondazione Aiom -. La sopravvivenza globale e la qualità della vita sono considerate gli endpoint più rilevanti negli studi clinici oncologici. Nonostante i noti limiti della sopravvivenza libera da progressione, questo parametro viene scelto come obiettivo primario con una frequenza simile alla sopravvivenza globale nelle sperimentazioni che coinvolgono pazienti con malattia avanzata. Vi è, cioè, una tendenza a scegliere la

sopravvivenza libera da progressione come endpoint primario, anche in contesti in cui non è pienamente validata. In questi casi, la disponibilità di dati sulla qualità della vita assume un ruolo complementare e significativo, consentendo una corretta interpretazione della rilevanza clinica del farmaco sperimentale».

«L'assenza di risultati sulla qualità della vita impedisce alla comunità scientifica di effettuare una valutazione completa del valore delle terapie innovative – conclude Massimo Di Maio -. Per questo sono fondamentali la loro inclusione nella presentazione principale e la pubblicazione. È importante che le società scientifiche facciano formazione su questi temi e creino occasioni di discussione, perché aumenti sempre più nei clinici la consapevolezza dell'importanza di adottare questi strumenti».

Servizio Ricerca

Il tumore spinge il sistema immunitario a tradirci: ecco la proteina che può fermarlo

Individuata la Migration and Invasion Inhibitory Protein capace di impedire al tumore di “riprogrammare” le nostre difese e diventare sempre più invasivo

di Maria Rita Montebelli

20 marzo 2026

Il cancro del colon non è solo una questione di cellule impazzite che crescono senza controllo. È, sempre di più, una storia di relazioni sbagliate. E di alleanze pericolose. Quella tra il tumore stesso e il nostro sistema immunitario che, invece di difenderci, finisce per dare una mano al nemico. Ed è proprio nel contesto di questo gioco ambiguo che arriva una scoperta in grado di interrompere questo ‘dirottamento’ e, in prospettiva anche di portare a nuove cure.

Un gruppo di ricercatori cinesi (primo nome Shuai Chen dell'Istituto di Oncologia dell'Università di Tianjin) ha individuato una proteina, la MIIP (Migration and Invasion Inhibitory Protein), che potrebbe avere un ruolo decisivo: agisce infatti come un freno nascosto, capace di impedire al tumore di “riprogrammare” le nostre difese e di dirigerle contro di lui. Quando questo freno funziona, il sistema immunitario resta dalla parte giusta e combatte il tumore. Quando invece viene bloccato, il tumore prende il controllo della situazione, diventando sempre più invasivo.

La biologia dei tumori

Per capire perché MIIP è così importante, bisogna affacciarsi su uno dei meccanismi più affascinanti e inquietanti della biologia dei tumori. I macrofagi sono le cellule del sistema immunitario che dovrebbero trovarsi sempre in prima linea contro le minacce. Ma in presenza di un tumore a volte vengono ‘convinti’ a cambiare schieramento e a diventare complici del nemico. Nella loro versione “M2”, invece di attaccare, ‘proteggono’ le cellule tumorali, ne favoriscono la crescita e soprattutto la diffusione ad altri organi, preparando in pratica il terreno per le metastasi, che sono la vera causa di mortalità oncologica nella maggior parte dei casi.

Ed è qui entra in gioco la proteina MIIP. Lo studio pubblicato su *Cancer Biology & Medicine* dimostra che questa proteina è in grado di bloccare il segnale che trasforma i macrofagi in alleati del tumore. È come se impedisse al cancro di ‘parlare’ con il sistema immunitario e, così facendo, di manipolarlo. Quando la MIIP è presente in quantità adeguata, questo dialogo tossico si interrompe e il tumore perde uno dei suoi alleati principali: un sistema immunitario ‘corrotto’ a suo favore.

Al contrario, quando la proteina MIIP manca o è scarsa, si attiva una complessa catena di segnali (asse STING–NFκB2–IL10) che ribalta completamente la situazione. Le cellule tumorali iniziano a produrre sostanze che ‘addormentano’ la risposta immunitaria e trasformano i macrofagi in alleati potenti della malattia. Da qui, si innesca un circolo vizioso: più il tumore cresce, più rafforza il suo sistema di auto-protezione, diventando così sempre più difficile da colpire.

L'esito dei modelli sperimentali

E non si tratta di sola teoria. Nei modelli sperimentali, aumentare la MIIP significa contenere il volume dei tumori, meno metastasi e un ambiente immunitario meno favorevole allo sviluppo del cancro. E un piccolo dettaglio ha fatto alzare le antenne dei ricercatori: intervenendo su uno dei passaggi chiave di questo circuito, il segnale STING, è possibile addirittura invertire il processo. Tradotto in pratica, questo significa che, almeno in teoria, sarebbe possibile trasformare un tumore 'invisibile' al sistema immunitario in un bersaglio ben evidente e dunque attaccabile.

È questo il passaggio (e la grande speranza) che rende questa scoperta molto più di una bella notizia da laboratorio. Oggi una delle grandi sfide dell'oncologia è proprio questa: molti tumori del colon non rispondono all'immunoterapia, che ha rivoluzionato la storia naturale e la prognosi di altri tipi di tumore. E questo perché molti di questi tumori sono 'freddi' (non riescono ad attivare una risposta immunitaria antitumorale efficace) e quindi non responsivi all'immunoterapia. Riuscire a capire come 'scaldarli' è una delle chiavi del futuro del trattamento.

Nuove prospettive terapeutiche

E la MIIP potrebbe rappresentare un valido strumento in questo senso. Non solo come 'potenziatore' dell'immunoterapia, ma anche come biomarcatore per capire quali pazienti hanno più chance di rispondere a certe terapie. Il che significa, meno tentativi di trattamento a vuoto e terapie più su misura ed efficaci.

Questa scoperta apre insomma a nuove possibilità di immunoterapia di precisione per il tumore del colon retto, ma apre anche nuove più ampie prospettive. È una rivoluzione anche concettuale: non si tratta più soltanto di distruggere il tumore, ma di riscrivere le regole dell'ambiente nel quale si sviluppa (il microambiente tumorale) e di rimodulare il comportamento delle cellule immunitarie.

La MIIP infatti potrebbe privare il cancro dei suoi complici interni, delle cellule del sistema immunitario 'hackerate'. Perché in questo caso il problema non è solo il nemico, ma anche e soprattutto chi lo sta aiutando, pur senza saperlo.

Terapie innovative per i neonati Perché (e quali) sono a rischio

I problemi, ma anche le possibili prospettive
nell'analisi della Lancet Child Health
Commission for the Future of Neonatology

di **Chiara Bidoli**

La neonatologia, la branca specialistica della pediatria che si occupa di neonati (con particolare attenzione a quelli gravemente malati e a rischio vita) è a rischio per mancanza di investimenti e, quindi, di innovazione. «Non abbiamo nuovi farmaci da decenni, solo qualche nuovo *medical device* grazie alla collaborazione con il mondo della terapia intensiva dell'adulto. Se continuiamo così c'è il rischio di trattare i bambini come li trattavamo 20 anni fa», spiega Daniele De Luca, Presidente de *The Lancet Child Health Commission for the Future of Neonatology* e Ordinario di Neonatologia all'Università Paris Saclay.

Occuparsi dei neonati, assi-

curare loro un futuro, dovrebbe essere considerato un investimento umano, etico ed economico. Molte delle patologie croniche dell'età adulta sono, infatti, influenzate da ciò che accade nel periodo prenatale e perinatale. «La Lancet Commission è stata creata tre anni fa sull'onda di un caso che fece scalpore: lo stop di uno studio clinico per la cura della broncodiplasia polmonare, la più grave complicanza respiratoria tra i bambini nati prematuri.

La sperimentazione non fu fermata per motivi di sicurezza, tantomeno per ragioni di efficacia, anzi, era una trial che veniva da 10 anni di lavori clinici incoraggianti. L'azienda che sosteneva la ricerca ha deciso di interrompere lo sviluppo solo per questioni economiche lasciando però, così, medici, famiglie e bambini senza una cura e questo è solo uno dei tanti casi. Talvolta a bloccare le sperimentazioni

sono regolamentazioni troppo burocratiche e "disegnate" per i pazienti adulti», continua De Luca.

Da un anno e mezzo, grazie a uno studio internazionale coordinato dalla Lancet Commission la sperimentazione è ricominciata e, anche se ha maturato dei ritardi, i risultati sono incoraggianti e permetteranno di ottenere diagnosi precoci e interventi sempre più mirati. «Stiamo vivendo un cambiamento radicale e lo stiamo subendo. C'è bisogno di affiancare a leader tecnici e scientifici anche leader politici, comunicativi, organizzativi, in maniera interdisciplinare e transnazionale. E poi, soprattutto, c'è bisogno di nuovi modelli di finanziamento con partecipazione mista pubblico e privato per superare le criticità commerciali dovute alla dimensione troppo piccola del mercato neonatale», dice Walter Ricciardi, Ordinario d'Igiene e Medicina Pre-

ventiva all'Università Cattolica del Sacro Cuore che ha stilato, insieme a un centinaio di esperti di varie discipline, provenienti da tutto il mondo, le linee guida de *The Lancet Child Health Commission for the Future of Neonatology*.

Il libro



● Il racconto del caso di Lisa e della sua prodigiosa guarigione rende tutti noi, come ha scritto il professore Umberto Veronesi che ne ha curato la prefazione: «più fiduciosi in un futuro migliore per i nostri giovani, per i nostri ricercatori, per i nostri pazienti e per la medicina italiana».

Tra gli obiettivi

Riconoscere il ruolo
del neonatologo
in ogni fase
del primo sviluppo



Quattro test per la longevità

► Oltre 10 milioni gli over 65 attivi
Possono dare un contributo al Pil
ma attenzione alla condizione fisica
Ecco le 4 prove per controllarla

Roberto Bernabei*

I "Senior" attivi in questo paese sono tanti, una decina di milioni sul totale di una quindicina di milioni di ultrasessantacinquenni. Su di essi dobbiamo contare perché sono materia prima, minerale raro, petrolio per l'Italia. Se stimolati e facilitati possono produrre Pil perché l'inedito accadimento che stiamo vivendo è quello di avere una trentina di anni supplementari da vivere. E bisognerà pur impiegarli e far qualcosa in questi extra anni. I senior possono fare Pil perché hanno la testa, e molti anche i muscoli, per attività imprenditoriali, di servizio, informatiche che generino ricchezza. Più Pil per tutti... Questo è il leit motiv che anima questi articoli sulla longevità-vita da senior, ed allora partiamo da come autovalutarci per capire quanto possiamo spingere sull'acceleratore della longevità produttiva.

LE PROVE

Vi presento quattro semplici te-

st che inquadrano quanto funzionate, quanto siete longevi, e predicono quanto vi potete aspettare di funzionare nel futuro. Se i test vanno bene non c'è scusa, siete arruolati ad inventare Pil.

Con l'età la massa muscolare diminuisce, per questo i geriatri spingono sull'esercizio fisico come farmaco di longevità. L'esercizio infatti preserva il più possibile il decadimento del muscolo e il conseguente rallentamento e fragilità. Il senior che non funziona è il senior rallentato, con le malattie che contribuiscono insieme alla perdita di muscolo a questa lentezza. Se vedete il vostro amico o familiare che è più lento, più impacciato rispetto all'ultima volta che l'avete osservato, ecco il marchio di vecchiezza. È il momento di fare attenzione!

I TRE SECONDI

I semplici test
che vi propongo

misurano appunto la forza dei muscoli, la loro potenza, la capacità cardiovascolare e l'equilibrio: sono le componenti della auto o non-autosufficienza, ci dicono che senior sei. Il primo test è la velocità del cammino. Misurate quattro metri e percorreteli, cronometrando, al-



la vostra abituale velocità. Se state sui tre secondi ok, ma se cominciate ad andare oltre i quattro secondi...non è ok. Questo banalissimo test è più efficace, nel predire la funzionalità del cuore, dell'ecocardiogramma che lo fa valutando - con costi, cardiologi e tempi - la "frazione di eiezione" cardiaca, cioè la capacità di contrazione del cuore.

Il secondo test è quello della sedia. Bisogna, con le braccia incrociate sul petto, alzarsi e sedersi 5 volte il più velocemente possibile. Se ci si mette meno di 10 secondi si ha una buona forza funzionale, tra 10 e 15 secondi è accettabile, oltre i 15 secondi è indice di debolezza muscolare e prevede un aumentato rischio di cadute.

Il terzo test è quello della forza di presa della mano. Si utilizza un dinamometro, una molla che si comprime con la mano e ne misura la forza. Stare sotto i 27 chili di "stretta" per l'uomo ed i 16 per la donna è indice di debolezza muscolare e predice una precaria salute generale e ridotta capacità funzionale.

Infine, il quarto test, è quello dell'equilibrio. Dovete stare in piedi su una gamba sola per almeno 10 secondi, da ripetere

anche sull'altra gamba. Avere equilibrio, va senza dire, è cruciale ad evitar cadute e la cascata di eventi avversi che son correlati.

Allora questi sono test che possono farsi in casa autovalutandosi e fornendovi notizie su quanto funzionate o non funzionate. Ma l'inedito degli anni supplementari ci suggerisce fortemente che queste valutazioni siano fatte e conosciute anche dal vostro medico di medicina generale. Deve sapere la fotografia dei suoi assistiti per anticipare azioni preventive, educarli verso uno stile di vita congruo, o indirizzare i soccorsi - in caso di pericolo tipo Covid - primariamente verso quelli che sa più fragili. Quando anni fa ci fu un violento terremoto in Nuova Zelanda, dove a tappeto tutti i senior erano stati valutati con i test di cui sopra, i soccorsi andarono subito a quelli che funzionavano meno come da test, lasciando i ben funzionanti in secondo piano. Interventi mirati che salvarono vite.

LO SCENARIO

Apro così uno scenario allargato al Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Il SSN si è riarrangiato con le Case della Comunità, gli Ospedali di Comunità, Le Centrali Operative Territoriali e una più potente Assistenza Domiciliare. Recentemente si

è anche previsto di rafforzare gli Ospedali con grande bacino di utenza. Tutto ciò per mantenere certamente l'ospedale come pilastro necessario dell'assistenza ma vivificare il territorio a dar risposte all'aumentata non autosufficienza. O, ancor meglio, per mantenere l'autosufficienza, e quindi avere persone in grado di fare Pil, è decisivo il contributo dei medici di medicina generale che indirizzino i loro ambulatori e le case della Comunità verso la gestione dei senior. Prima che si ammalino e, con maggior impatto, una volta diventati fragili. Si devono "geriatrizzare". Ne riparleremo.

**: Presidente di Italia Longeva (Agenzia del Ministero della Salute), già direttore del dipartimento di Scienze dell'Invecchiamento, neurologiche, ortopediche e della testa collo del Policlinico Gemelli e membro del CdA della Cattolica, è uno dei massimi promotori della geriatria in Europa.*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**LE PROVE RACCOMANDATE
DAI MEDICI RIGUARDANO
VELOCITÀ DI CAMMINO,
FORZA DELLA MANO,
SOLLEVAMENTO DALLA SEDIA
E TENUTA DELL'EQUILIBRIO**

**I "SENIOR" HANNO TESTA
E MUSCOLI PER ATTIVITÀ
IMPRENDITORIALI,
DI SERVIZIO E
INFORMATICHE CAPACI
DI GENERARE RICCHEZZA**

**DECISIVO IL LAVORO
DEI MEDICI DI BASE CHE
DEVONO INDIRIZZARE
I LORO AMBULATORI
VERSO LA GESTIONE
DELLE PERSONE ANZIANE**



Riconoscere le novità che migliorano la vita
per evitare una corsa senza direzione

SOLO SE CREA PROGRESSO SI PUÒ CHIAMARE «SUPERINNOVAZIONE»

di **GIANMARIO VERONA***

Viviamo nell'epoca della superinnovazione. A una capacità di calcolo esorbitante, oramai giunta alla frontiera dei computer quantistici, associamo piccoli e grandi dati prodotti in questi trent'anni da web e sensori di ogni genere, che possono essere elaborati con l'intelligenza di algoritmi predittivi e generativi di conoscenza. Computer potenti, dati precisi, algoritmi affidabili: un triangolo che alimenta la nostra capacità creativa, computazionale e decisionale.

E così riusciamo a fare cose letteralmente inimmaginabili fino a poco tempo fa. Tipo ottenere il ripiegamento di una proteina con un click di un software chiamato AlphaFold e permettere ai ricercatori dell'industria biomedica di ampliare enormemente la comprensione dei meccanismi di funzionamento di patologie e quindi di accelerare l'identificazione di soluzioni terapeutiche.

Prima della creazione di AlphaFold e dello spinoff prodotto da Google DeepMind che ha permesso di far vincere il premio Nobel per la Chimica 2024 a due computer scientists, un ricercatore di laboratorio impiegava mesi che sfociavano anche nell'intero anno per otte-

nere un ripiegamento proteico.

Gli esperti di settore raccontano che questo tipo di innovazioni impatterà drasticamente sulla riduzione dei tempi della scoperta di farmaci — la prima fase di ricerca di una soluzione terapeutica che andrà dall'intervallo 3-6 anni a soli 24 mesi. Soprattutto aumenterà significativamente la bontà della molecola prima della tortuosa fase clinica, riducendo il rischio di andare a testare composti inutili — si parla di una riduzione fino al 70% dei costi di sviluppo.

La prevenzione

Questa tecnologia si somma a tante altre che stanno dischiudendo le porte non solo alla medicina di precisione — già attiva in alcune specialità della medicina — ma anche alla prevenzione. Pensiamo allo straordinario beneficio per il nostro Sistema sanitario nazionale, in crisi per aver sempre più persone anziane (il 60% dei malati cronici sono persone oltre i 65 anni con un orizzonte di vita di 84 anni) e sempre meno finanziatori (con le spese ferma a un intorno del 6% del Pil da alcuni anni).

Ma quanto vediamo nel campo biomedicale, vale anche nel campo energetico, nel cam-

po dei materiali e in tutti i settori che trovano linfa nella produzione ed elaborazione di dati. Eppure, proprio mentre acceleriamo, rischiamo di perdere la direzione. È il paradosso di questi anni: siamo capaci di fare quasi



tutto, ma non sempre sappiamo perché lo facciamo. Siamo ingranaggi di un sistema complesso.

Prendiamo il recente caso di Anthropic e del governo americano posto all'attenzione in coda alla cattura del presidente Maduro e dell'attacco all'Iran. In estrema sintesi, Dario Amodei, fondatore di Anthropic e creatore di Claude lamenta il non rispetto dei guardrail nell'impiego fatto dal dipartimento di difesa statunitense. Dipartimento che si attribuisce il diritto di impiegarlo per giusta causa una volta che Claude è stata impiegata nel più ampio sistema Palantir di Peter Thiel.

Negli stessi giorni, l'imprenditore Andrea Pignataro, salito alle cronache per essere nella classifica di *Forbes* la persona più facoltosa in Italia, evidenzia che l'impiego estremo dell'intelligenza artificiale metterà a rischio intere fasce di lavoro nei campi di grande elaborazione dei dati: dal coding alla consulenza, dal marketing alla finanza.

Mai come oggi scienza, tecnologia e impresa hanno corso così velocemente. Tecnologie generaliste come quelle citate hanno sempre generato cicli di crescita straordinari. Pensiamo a quanto accaduto con il motore a vapore, con l'elettricità, con Internet. Ma hanno anche richiesto visione. Senza visione restano strumenti potenti, talvolta pericolosi.

Nel nostro tempo il rischio è confondere la novità con l'innovazione. Difatti non tutto ciò che è nuovo migliora davvero la vita delle persone.

Il distinguo

La vera innovazione è quella che aumenta la produttività, amplia le opportunità, crea valore condiviso. In questo nuovo scenario il

termine *purpose* diventa cruciale. *Purpose* non è uno slogan. È la bussola che consente di orientare la superinnovazione. Senza una direzione condivisa, l'intelligenza artificiale può amplificare disuguaglianze; con una direzione chiara può colmare carenze di competenze, aumentare la

produttività, supportare la medicina personalizzata, accelerare la transizione energetica.

Senza *purpose*, la competizione tecnologica diventa mera corsa geopolitica; con *purpose*, diventa leva di progresso umano. Ma che significa *purpose* quando pensiamo all'innovazione?

Dare senso all'innova-

zione significa porre alcune domande semplici e radicali: quale problema stiamo risolvendo? Per chi? Con quali effetti nel lungo periodo? Significa integrare scienza e responsabilità, crescita economica e impatto sociale.

Significa riconoscere che chi innova non è un genio solitario in un garage, ma il risultato di un ecosistema che unisce ricerca, impresa, istituzioni e cultura. Siamo in un passaggio storico segnato da crisi climatiche, tensioni geopolitiche, trasformazioni demografiche. In tempi così, la tentazione è rallentare o chiudersi. Ma l'innovazione non aspetta. L'unica alternativa alla direzione è la deriva. E la deriva, nella competizione globale, si paga.

Occorre allora recuperare un principio essenziale: l'immaginazione deve essere guidata da un metodo e orientata da uno scopo. Solo ciò che ha una direzione può generare futuro. La superinnovazione è una straordinaria opportunità. Sta a noi decidere se sarà soltanto una corsa tecnologica o la leva per costruire un'economia capace di dare senso al domani.

**Professore di Management,
Università Bocconi*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Dalla medicina di precisione all'utilizzo militare dell'AI: viviamo in un'epoca di estreme accelerazioni creative. Ma dobbiamo sapere bene cosa vuol dire



Eli Lilly

“Payback e burocrazia frenano investimenti e ricerca in Italia”

Patrick Jonsson, presidente international della multinazionale americana fa un bilancio dell'attività nel nostro paese

“Negli ultimi dieci anni l'aumento delle spese per molecole innovative è stato scaricato sull'industria”

Elisa Manacorda

L'Italia avrebbe tutto il necessario per competere ai vertici globali del settore farmaceutico: un popolo di ingegneri, tecnici e ricercatori di rango, un'accademia solida e un'eccellenza manifatturiera universalmente riconosciuta. Un patrimonio che rischia però di essere mandato all'aria da una burocrazia soffocante, da un meccanismo (il payback) che scoraggia gli investitori, da un sistema di accesso ai farmaci tra i più lenti d'Europa. Il messaggio di Patrick Jonsson, presidente di Eli Lilly International, è chiaro: a Sesto Fiorentino l'azienda ha uno degli stabilimenti biotech più impor-

tanti al mondo, ma il vostro paese, ci dice, deve decidere da che parte stare.

I numeri sono imponenti: Eli Lilly è la prima azienda farmaceutica al mondo per capitalizzazione di mercato; e nel novembre 2025 è diventata la prima Pharma nella storia a superare la soglia di 1.000 mi-



liardi di dollari di valore in Borsa. Grazie a 65,2 miliardi di dollari di ricavi nel 2025, con una crescita del +45% rispetto al 2024 secondo i risultati finanziari comunicati dall'azienda. Merito anche e soprattutto delle innovazioni portate sul mercato con 13,3 miliardi di dollari investiti globalmente in R&D nel 2025.

In Italia, solo nel sito di produzione di Sesto Fiorentino, negli ultimi vent'anni, Lilly ha investito 1,4 miliardi di euro, 750 milioni nel 2025. Un impegno che si traduce in un contributo stimato di 1,5 miliardi al Pil italiano e in oltre 6.000 posti di lavoro attivati nel paese. «È una storia di successo – dice Jonsson – resa possibile da politiche pro-innovazione e da scelte coraggiose compiute in Italia più di un decennio fa». Che oggi hanno perso smalto. La competizione per attrarre investimenti in ricerca, sviluppo e produzione farmaceutica è intensa, e paesi come il Regno Unito o la Corea del Sud vogliono la leadership del settore. L'Italia, invece, arranca. «Abbiamo accolto con favore la nascita dell'Agenzia Europea dei Medicinali – spiega Jonsson – per accelerare le approvazioni e l'accesso dei pazienti ai nuovi farmaci. Ma questa centralizzazione, anziché snellire le procedure, si è aggiunta ai sistemi nazionali». Il risultato è che l'Italia si trova a gestire tre livelli sovrapposti: Ema, Aifa e una ventina di sistemi regionali. E siamo ben lontani dal target fissato dalla direttiva europea sulla trasparenza, quello di un'attesa non superiore ai 180 giorni dall'approvazione regolatoria alla decisione di rimborso.

L'altra criticità è il payback, quel meccanismo di contenimento della spesa pubblica per i farmaci secondo il quale quando questa supera il tetto fissato dallo Stato, una parte dell'eccedenza deve essere restituita dalle aziende farmaceutiche al sistema sanitario. «Negli ultimi dieci anni, l'aumento della spesa in molecole innovative è stato di fatto scaricato sull'industria», osserva Jonsson. Le conseguenze? Se un paese non è disposto a pagare per le nuove terapie, non può pensare di essere attrattivo. «Se portiamo una nuova cura per l'Alzheimer o per trattare le comorbidità dell'obesità, dobbiamo trovare un siste-

ma che sia disposto a pagarla. Se quella volontà non c'è, smetteremo di investire su quel mercato».

Il punto non è tanto l'ammontare complessivo della spesa sanitaria in Italia, ma come vengono allocate le risorse. Oggi tra l'80 e l'85% di queste è concentrata sull'acuzie: una quota che, dice Jonsson, andrebbe ridistribuita a favore della cronicità, su malattie come il diabete, l'obesità, le malattie neurodegenerative che pesano enormemente sulla sostenibilità del sistema, soprattutto in un'Italia che invecchia.

Quale modello dovrebbe allora seguire il nostro paese? In Germania, dice Jonsson, i pazienti ottengono accesso al farmaco il giorno dopo l'approvazione

regolatoria. Nei dodici mesi successivi si svolge una valutazione del valore incrementale del medicinale, al termine della quale viene negoziato un prezzo con le autorità. «È un modello basato sul valore, e soprattutto garantisce un accesso immediato». Qui invece la nuova molecola di Lilly per l'Alzheimer, già approvata da una ventina di enti regolatori nel mondo, non ha per ora ricevuto la rimborsabilità da parte di Aifa sebbene, aggiunge Jonsson, «gli studi di fase III mostrino che è in grado di rallentare in modo significativo il declino cognitivo e fisico nei pazienti».

In un periodo di incertezza geopolitica e di guerre commerciali (e non), Lilly continua a sostenere che i farmaci non debbano essere soggetti a dazi, ostacolo all'accesso alle cure. Ma il concetto di «nazione più favorita» (MFN) sta sparigliando le carte: il costo dello sviluppo dei farmaci innovativi dovrebbe essere sostenuto equamente tra i paesi sviluppati, ma in pratica, dice Jonsson, finora gli Stati Uniti ne hanno sopportato una parte molto rilevante. Il risultato è che l'Europa, un tempo leader mondiale nello sviluppo di nuovi farmaci, oggi contribuisce solo per circa il 30-31%, anche a causa di politiche meno favorevoli all'innovazione. L'Italia, è la conclusione, rischia quindi di perdere quello che appare come l'ultimo treno.

6.000

OCCUPAZIONE

Eli Lilly, prima azienda farmaceutica al mondo, ha in Italia un organico di oltre seimila persone

① Negli ultimi venti anni Eli Lilly ha investito nell'impianto di Sesto Fiorentino 1,4 miliardi di euro





Servizio La giornata nazionale

Malattie neuromuscolari: la rivoluzione delle terapie grazie a ricerca e medicina di precisione

Si tratta di un gruppo eterogeneo di patologie che colpiscono circa 4 milioni di persone in Italia e coinvolgono il sistema nervoso periferico e i muscoli

di Redazione Salute

21 marzo 2026

Negli ultimi cinque anni, la ricerca e la medicina di precisione hanno rivoluzionato le terapie per le malattie neuromuscolari, un gruppo eterogeneo di patologie che colpiscono circa 4 milioni di persone in Italia e coinvolgono il sistema nervoso periferico e i muscoli causando diversi livelli di gravità e compromissione. Comprendono, tra le altre, la Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), l'Atrofia Muscolare Spinale (SMA), la Miastenia Gravis, la Distrofia Muscolare di Duchenne ed altre tipologie di Miopatie e le Neuropatie Periferiche, incluse quelle associate a patologie croniche come il diabete. Possono essere di origine genetica o acquisita e nel 90% dei casi si tratta di forme rare con conseguenti criticità in termini di tempestività diagnostica, accesso uniforme ai trattamenti e continuità assistenziale.

La giornata mondiale

Il punto sulle nuove opzioni di cura è stato il principale focus della IX Giornata delle Malattie Neuromuscolari, in programma il 21 marzo in 19 città italiane con il coinvolgimento di 30 centri specialistici che operano come punti di riferimento clinico-assistenziali multidisciplinari per la diagnosi, la terapia e il follow-up di queste patologie. L'iniziativa è promossa dall'Associazione Italiana Sistema Nervoso Periferico (ASNP), dall'Associazione Italiana Miologia (AIM) e dalla Società Italiana di Neurologia (SIN). Quello su cui possono contare i pazienti e le loro famiglie è un vero e proprio cambio di paradigma. La speranza di poter trattare una patologia e bloccarne o rallentarne il decorso in molti casi è diventata realtà e ha prodotto una trasformazione epocale nella neurologia pediatrica e dell'adulto. Malattie un tempo considerate incurabili, dunque, oggi beneficiano di terapie che agiscono direttamente sul "difetto di fabbrica" del DNA o del sistema immunitario. "Non siamo più di fronte a farmaci che tentano solo di alleviare i sintomi, ma a terapie "disease-modifying", cioè che modificano la malattia. La capacità di intervenire sul DNA o sull'RNA permette di trasformare alcune patologie un tempo mortali in condizioni gestibili o croniche. Aggiornare la comunità scientifica, le istituzioni sanitarie, le associazioni di pazienti, i medici e i pediatri di famiglia, gli specialisti di varie aree e i pazienti stessi sugli sviluppi in questo settore è uno degli obiettivi della Giornata delle Malattie Neuromuscolari di quest'anno", sottolineano il professor Angelo Schenone e il professor Antonio Toscano, responsabili scientifici della Giornata delle Malattie Neuromuscolari.

Nuove soluzioni che cambiano la prognosi

Un esempio emblematico è quello delle malattie del motoneurone. In particolare, la SMA, in cui gli oligonucleotidi antisenso (ASO) stanno permettendo ai bambini nati con questa patologia di sopravvivere innanzitutto e di raggiungere tappe motorie prima impensabili. In questo caso, è fondamentale lo screening neonatale per individuare precocemente la malattia. Gli ASO funzionano come piccoli “cerotti genetici” che istruiscono le cellule a ignorare un errore nel DNA. Anche la SLA, che nella sua forma sporadica è ancora orfana di terapia, è diventata una malattia trattabile con terapie basate sugli ASO per un gruppo specifico di pazienti portatori di una mutazione nel gene SOD1 (circa il 2-3% dei casi).

Soluzioni per geni difettosi

In questo ambito, anche per la Distrofia di Duchenne ci sono novità. Ci sono farmaci che utilizzano la tecnica dell'exon skipping (salto dell'esone) per “saltare” la parte danneggiata del gene e produrre una proteina, la distrofina, senza la quale i muscoli si indeboliscono progressivamente. La malattia non scompare del tutto, ma si trasforma da una forma grave a una più lieve e più lenta nella sua evoluzione. Grazie alle terapie con RNA e a quelle geniche non si corregge solo il messaggio, ma si interviene alla radice o si silenziano i geni tossici. La SMA è ancora una volta prototipale per le terapie di sostituzione genica. La cura è estremamente costosa, ma rivoluzionaria: una singola infusione sostituisce il gene difettoso. In Italia è già rimborsata dal Servizio Sanitario Nazionale. Per la SMA, inoltre, è stato introdotto anche un farmaco, già esistente nella formulazione in sciroppo, sotto forma di compresse, con il quale sono stati trattati finora 26mila pazienti. La terapia è stata messa a punto per aumentare e sostenere la produzione della proteina SMN in tutto il sistema nervoso centrale (SNC) e nei tessuti periferici. La versione in pastiglia, più pratica e trasportabile perché non richiede la refrigerazione, è adatta a persone dai due anni di età o più, che pesano almeno 20 kg o più e sono in grado di deglutire senza l'uso di un sondino di alimentazione. La ricerca può anche arrivare “a spegnere” la produzione di proteine tossiche nelle neuropatie rare. In questo ambito ci sono risultati promettenti grazie all'RNA per le sarcoglicanopatie, che colpiscono i muscoli del cingolo pelvico e scapolare, con esordio infantile-adolescenziale, progressiva debolezza e possibili coinvolgimenti respiratori e cardiaci.

Uno “scudo” immunitario

Per malattie come la Miastenia Gravis o le neuropatie immunomediata, il problema è il sistema immunitario che attacca l'organismo. I farmaci di ultima generazione, realizzati con anticorpi monoclonali, agiscono come interruttori di precisione: bloccano l'infiammazione o eliminano gli anticorpi “impazziti” senza indebolire l'intero sistema immunitario come facevano i vecchi cortisonici. “Le malattie neuromuscolari rappresentano una sfida clinica e organizzativa complessa. L'efficacia di farmaci così avanzati dipende strettamente dalla qualità dell'assistenza. La rivoluzione terapeutica ha senso solo se accompagnata da una diagnosi tempestiva, come nello screening neonatale, poiché molti di questi farmaci danno il meglio se somministrati prima che il danno muscolare sia irreversibile. Inoltre, è condizione essenziale l'approccio multidisciplinare. Queste terapie richiedono una gestione che coinvolge neurologi, fisiatristi, psicologi e infermieri specializzati, per garantire che il paziente riceva non solo il farmaco, ma un percorso di cura completo, che includa anche la riabilitazione”, concludono Schenone e Toscano.



Servizio Ricerca

24 minuti: ecco la giusta dose di musica «su misura» per affrontare l'ansia

Uno studio rivela gli effetti della musicoterapia abbinata alla stimolazione uditiva ritmica: una cura da assumere in qualsiasi momento indossando le cuffie

di Federico Mereta

20 marzo 2026

La musica diventa ancor più terapia, per chi soffre di disturbi d'ansia. Come una cura farmacologica, occorre scegliere il trattamento, quindi occorre puntare su sonorità mirate. Poi, bisogna che la posologia sia corretta. E se con la pastiglia prendiamo i milligrammi di principio attivo che il medico ritiene possano curarci, con l'esposizione alle sette note dobbiamo fare altrettanto, in termini di durata dello stimolo. 24 minuti al giorno, chi affronta l'ansia, pare essere il dosaggio ottimale. Benvenuti nell'epoca delle terapie digitali, veri e propri trattamenti con una base scientifica, anche quando si parla di condizione di sofferenza psicologica. A dimostrare, come se si trattasse di un farmaco, l'efficacia e il dosaggio di questa cura fatta di note ed accordi è una ricerca coordinata da Danielle K. Mullen e Frank A. Russo della Toronto Metropolitan University (TMU) in collaborazione con un'azienda di terapie digitali nata nell'ecosistema dello stesso ateneo. La musica è stata abbinata alla stimolazione uditiva ritmica, tecnica che impiega schemi sonori ritmici per agire direttamente sull'attività cerebrale. Lo studio apre la strada ad un trattamento non farmacologico per l'ansia, offrendo informazioni importanti per un impiego futuro di questo approccio, ed è apparso su PLOS Mental Health.

Come funziona la terapia digitale

Sul fronte dei trattamenti, oggi l'approccio alle forme serie di ansia passa attraverso i farmaci e la terapia cognitivo-comportamentale. Le terapie digitali impostate sulla musica potrebbero quindi offrire un'alternativa a minor costo e sicuramente semplice da seguire per chi deve gestire i sintomi, visto che l'ascolto può essere realizzato in qualsiasi momento. La ricerca è andata proprio ad analizzare quanto avvenuto in 144 adulti con ansia moderata già in trattamento farmacologico per gestire i sintomi, suddivisi in modo casuale in quattro gruppi. Nel primo è stato proposto un rumore rosa come controllo per 24 minuti, negli altri tre si è ascoltata musica con stimolazione uditiva ritmica per tempi diversi, rispettivamente 12, 24 e 36 minuti. Prima e dopo le sessioni di ascolto, i partecipanti hanno completato valutazioni standardizzate che misuravano i livelli di ansia e l'umore. Dall'indagine è emerso un buon rapporto "costo-beneficio" con effetti particolarmente significativi, in chiave positiva, nei soggetti esposti alla modalità avanzata di musicoterapia di 24 minuti. In particolare l'ascolto di musica con stimolazione uditiva ritmica ha ridotto significativamente sia i sintomi cognitivi che somatici dell'ansia rispetto al gruppo di controllo con rumore rosa, con miglioramenti dell'umore.

Come agisce il "trattamento"

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA

“Questo studio è interessante perché introduce un concetto molto familiare alla medicina, quello della “dose”, applicato a un intervento non farmacologico – spiega Claudio Mencacci, co presidente della Società Italiana di NeuroPsicoFarmacologia –. L’idea che anche uno stimolo come la musica possa avere un tempo ottimale di esposizione, capace di modulare i sintomi ansiosi, è coerente con ciò che sappiamo sul funzionamento dei circuiti cerebrali coinvolti nell’ansia. La stimolazione uditiva ritmica, in particolare, sembra agire su meccanismi di regolazione emotiva e attentiva, favorendo una riduzione sia dei sintomi cognitivi, come la preoccupazione eccessiva, sia di quelli somatici. Naturalmente, non si tratta di un’alternativa ai trattamenti validati, ma di uno strumento complementare che, se confermato da ulteriori studi, potrebbe entrare a far parte di un approccio integrato alla cura”.

La durata ideale

Dall’indagine, peraltro, emergono anche ulteriori dati interessanti. Tra le durate di ascolto testate, la sessione di 24 minuti ha prodotto la maggiore riduzione complessiva dell’ansia, con effetti simili a quelli osservati nella sessione più lunga ma nettamente superiori a quelli della sessione di 12 minuti. In pratica, quindi, come avviene per i farmaci si è osservata una relazione dose-risposta in cui circa 24 minuti di musica con stimolazione uditiva ritmica sembrano rappresentare la durata ottimale. E soprattutto, a detta degli esperti, è la “praticità” nell’assunzione delle cure che potrebbe aiutare. Si chiede infatti meno di mezz’ora di tempo, senza dover modificare l’attività quotidiana. e questo potrebbe aiutare, se si andrà avanti con questa terapia digitale, l’aderenza alle cure. “Il dato dei 24 minuti è particolarmente rilevante perché suggerisce una soglia di efficacia concreta e facilmente applicabile nella vita quotidiana – conclude Mencacci –. In un ambito come quello dei disturbi d’ansia, dove l’aderenza alle cure rappresenta spesso una criticità, la possibilità di affiancare interventi semplici, accessibili e a basso costo può fare la differenza. Le terapie digitali, se supportate da evidenze solide, possono ampliare gli strumenti a disposizione dei clinici e delle persone, rendendo la gestione dell’ansia più personalizzata e sostenibile nel tempo. Il punto, però, resta sempre lo stesso: integrare, non sostituire, all’interno di un percorso di cura strutturato”.

Carezze di poesie: per incoraggiare le pazienti alla clinica oncologica dell'ospedale di Bologna

DI CARLO VALENTINI

Alleviare il dolore, dare speranza. Con la poesia. Al padiglione 2 (oncologico femminile) del Policlinico Sant'Orsola di Bologna ci provano, ricordando quanto scrisse il poeta libanese **Kahlil Gibran**: «La poesia è il salvagente cui mi aggrappo/ quando tutto sembra svanire». L'iniziativa si chiama *Carezze di poesie*. Le pazienti, affette da tumore, si incontrano con poetesse e poeti, che recitano e dialogano con loro. **Cinzia Demi**, autrice di numerosi libri e presidente di *Extroversi*, associazione che promuove la cultura poetica, spiega: «La poesia non può certo sostituirsi alle terapie mediche ma può supportare il carico emotivo, contribuire ad alleviare la pena, emozionare parlando al cuore insinuandosi in quei meandri di vuoto tra i sentimenti, gli accadimenti e le dure prove che a volte si devono affrontare».

I risultati di questo volontariato poetico sono positivi a giudizio di Loto, associazione nazionale che sostiene le donne con tumori ginecologici e le loro famiglie, presieduta da **Sandra Balboni**, che racconta: «Nel 2011 ho avuto la diagnosi di tumore ovarico, durante un controllo di routine. Avevo avuto cisti ovariche, trattate anche con intervento. Però una di queste si era riformata. Nel controllo si è visto che c'era qualcosa e il mio mondo ha cambiato colore: si era avvolto in una nebbia che rendeva tutto incerto ed indefinito. Ho quindi affrontato con grande determinazione intervento, chemio e tutto il percorso, decidendo poi di dare voce alle donne colpite da tumori ginecologici ed essere al loro fianco durante il percorso di malattia e anche successivamente nei follow up,

oltre a diffondere consapevolezza e conoscenza quale prima vera arma di prevenzione e battere i pugni sui tavoli istituzionali per far sì che non ci si dimentichi delle esigenze di tante donne».

Il carcinoma dell'ovaio è uno dei tumori a prognosi più severa e colpisce ogni anno oltre 5.200 donne in Italia. Ma la casistica è purtroppo ampia: 53mila donne l'anno sono colpite dal tumore al seno, 8.300 da quello all'utero. Circa 2 milioni di donne (6,8% della popolazione femminile) stanno vivendo in Italia dopo una diagnosi di tumore. La medicina ha fatto molti passi avanti ma va affrontato anche l'aspetto psicologico ed è su questo versante che può venire in aiuto la poesia. «Vado in reparto» aggiunge Demi «per condividere la magia delle parole e per riscoprire insieme alle pazienti la forza della poesia come fonte di serenità e cura».

Per riuscire anche a dare un contributo economico alla ricerca medica è stata ideata la rassegna *Un thè con la poesia*. Un modo per celebrare al meglio il 21 marzo, Giornata mondiale della poesia, istituita dall'Unesco nel 1999. Quello realizzato a Bologna è un esempio di poesia che aiuta chi soffre. Scrisse **Emily Dickinson**: «Accendere una lampada e sparire/ questo fanno i poeti/ ma le scintille che hanno ravvivate/ se vivida è la luce durano come i soli».

—© Riproduzione riservata—



Terapie, medicine, operazioni La rete con la “storia” dei pazienti

► I dati condivisi dagli ospedali grazie a un nuovo software studiato per gli infermieri

La Regione Lazio è la prima in Italia a introdurre nel Fascicolo sanitario elettronico il risultato delle attività assistenziali svolte dagli infermieri per una valutazione dei pazienti più completa.

Piras a pag. 30

L'innovazione nella sanità



Dai farmaci alle terapie la “storia” dei pazienti condivisa dagli ospedali

► Un nuovo software supporterà gli infermieri nella definizione dei piani assistenziali
Il report di tutte le cure e attività domiciliari entra nel Fascicolo sanitario elettronico

LA NOVITÀ

Nel Fascicolo sanitario elettronico anche le procedure infermieristiche che compongono la storia sanitaria del paziente. Dai Picc (gli accessi vascolari a lungo termine) e le stomie (le aperture artificiali create chirurgicamente) fino ai drenaggi (processi di rimozione o smaltimento di liquidi) o la RCP (Rianimazione Cardio-Polmonare). Tutte queste attività complesse compariranno nella Cartella clinica elettronica. La Regione Lazio sta introducendo questa novità nel suo sistema sanitario ed è la prima Regione in Italia a farlo. Introdurrà il modello Pai per il personale infermieristico, grazie a un accordo siglato con l'Ordine delle Professioni

Infermieristiche. Si tratta di un modello evoluto basato sul sistema internazionale Pai Ccc (Professional Assessment Instrument - Clinical Care Classification), sviluppato dal Centro di Ricerca dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Roma che attraverso punteggi e algoritmi di computazione supporta l'identificazione delle diagnosi infermieristiche e le conseguenti decisioni su trat-

tamenti e percorsi assistenziali favorendone l'omogeneità e la tracciabilità. La novità è contenuta in una delibera regionale ed è stata annunciata dal presidente della Regione Lazio Francesco Rocca durante l'ultima Assemblea degli infermieri romani.

L'arrivo del Pai dentro la cartella elettronica fa parte del programma di digitalizzazione della sanità finanziato dal Pnrr. Da un lato, si avrà una Cartella Clinica Elettronica più ricca

di informazioni, dall'altro si introducono modalità strutturate e standardizzate per le valutazioni e gli accertamenti degli infermieri. Ma cos'è questo Pai e perché rappresenta una svolta? Sarà messo a disposizione del Servizio Sanitario Regionale gratuitamente dall'Ordine degli infermieri romani che lo ha già impiegato in alcune aziende sanitarie come il Policlinico Gemelli, Gemelli Isola e Campus Biomedico (e altre come il



gruppo San Donato Italia). E un sistema che, attraverso specifici algoritmi e parametri consente agli infermieri di identificare in modo oggettivo le diagnosi assistenziali. Il sistema usa la classificazione internazionale denominata Nanda, cioè un riferimento scientifico consolidato a livello globale (oltre il 90% degli studi sulla prevalenza delle diagnosi infermieristiche fa riferimento a questa classificazione).

COSA CAMBIA

Nel Fascicolo sanitario elettronico sarà finalmente presente e consultabile il risultato delle attività assistenziali svolte consentendo a chiunque prenda in carico il paziente una più completa valutazione della situazione sanitaria.

Particolare rilievo avranno le attività territoriali - in Italia, riporta Agenas, il 95% delle attività di cura domiciliare è svolta dagli infermieri - in quanto ad oggi non c'è nessun sistema di reporting che possa monitorare le attività infermieristiche svolte sul paziente. Con il Pai, invece, ci sarà un quadro analitico e puntuale

per ogni paziente preso in carico.

Ad esempio, se il paziente arriva in un pronto soccorso nuovo o inizia un ricovero in un qualsiasi ospedale regionale non sarà più lui a dover fare da tramite fra le diverse strutture sanitarie: sarà scritto tutto nella sua cartella. Ipotesi: un paziente di cui già si sa che è affetto da insufficienza cardiaca, e con diagnosi infermieristica risulta essere a "rischio di lesione da pressione" (decubito) potrà misurare il risultato degli interventi infermieristici con una valutazione a trenta giorni che vede l'assenza della lesione. Per Maurizio Zega, presidente dell'Ordine degli infermieri di Roma, questa è «una risposta efficace del bisogno di salute pubblica che si manifesta oggi sempre più evidente».

Per le aziende sanitarie del Lazio è una svolta anche perché supera la mentalità che lascia solo al clinico la cura della persona. L'utilizzo di questo modello contribuisce alla riduzione del contenzioso e a rafforzare la tutela dell'infermiere anche sotto il profilo medico-legale, riducendo i margini di discrezionalità non sup-

portata e favorendo la tracciabilità delle decisioni assistenziali.

E infine, è il segno di una sanità che cambia in positivo perché avere tutti quei dati strutturati e digitali consente di operare raccolte sistematiche e omogenee, utili a definire i piani sanitari regionali. Permette un'analisi oggettiva dei modelli assistenziali adottati e ciò che può essere misurato si può migliorare in modo più semplice.

Stefania Piras

© RIPRODUZIONE RISERVATA © RIPRODUZIONE RISERVATA

**IL GESTIONALE
SFRUTTA PUNTEGGI
E ALGORITMI ED
È STATO SVILUPPATO
DALL'ORDINE DEI
PROFESSIONISTI**

34.568

Gli infermieri e gli infermieri pediatrici complessivi iscritti all'albo Professioni infermieristiche della Capitale

95%

In Italia, secondo Agenas, la percentuale delle attività di cura domiciliare svolta dagli infermieri e che ad oggi non viene registrata

Al lato, due infermieri all'interno di un'ambulanza a Roma



L'intervista al governatore Rocca

«Più facile decidere e taglio degli errori Miglioriamo la qualità dell'assistenza»

La nuova tecnologia messa in campo dalla Regione Lazio aiuterà a «ridurre gli errori», soprattutto quelli legati «alla mancanza di informazioni» in momenti delicati, come l'arrivo di un paziente al pronto soccorso. È il pensiero del governatore

Francesco Rocca (foto), che spiega i vantaggi per cittadini e sanitari.

Perino a pag. 31



L'innovazione nella sanità



«L'intervista Francesco Rocca»

«Decisioni più rapide e meno errori Così migliora la qualità dell'assistenza»

► Il presidente della Regione Lazio: «La Cartella clinica elettronica supporta gli infermieri nella fase dell'emergenza e in altri ambiti. Grazie a questo sistema evitiamo di perdere informazioni importanti»

La nuova tecnologia messa in campo dalla Regione Lazio aiuterà a «ridurre gli errori», soprattutto quelli legati «alla mancanza di informazioni» in momenti delicati, come l'arrivo di un paziente al pronto soccorso. Non solo. Secondo il governatore Francesco Rocca, questo nuovo modello pensato per gli infermieri aiuterà i sanitari «a inquadrare meglio il paziente e a pianificare gli interventi, riducendo la variabilità nelle decisioni».

Presidente, siete i primi in Italia a introdurre questo sistema. Cosa cambia in concreto per il cittadino-paziente?

«Questa iniziativa si inserisce in una visione più ampia e in un'operazione culturale alla

quale crediamo molto e che stiamo portando avanti: restituire piena dignità, importanza e riconoscimento alla figura professionale dell'infermiere. Parliamo di professionisti che oggi si formano attraverso percorsi universitari di eccellenza e percorsi post-universitari, e ai quali va riconosciuto un ruolo sempre più centrale, anche con maggiori responsabilità nella presa in carico dei cittadini. Lo stiamo facendo anche investendo sulla figura dell'infermiere di famiglia e di comunità, che sarà centrale quando saranno pienamente operative le Case della Comunità, gli Ospedali di Comunità e le Centrali Operative Territoriali, cioè dentro un nuovo modo di intendere la sanità del territorio. In questo modello l'infer-

miere è centrale perché, accanto a un'altissima competenza tecnica, svolge anche un ruolo insostituibile sul piano umano, relazionale e di accompagnamento delle persone. In questo quadro si inserisce l'introduzione del Pai, che rappresenta uno strumento concreto per rafforzare ulteriormente il ruolo degli infermieri nella presa in carico dei pazienti, mi-



gliorando la qualità dell'assistenza e garantendo maggiore uniformità negli interventi».

Quindi se entro in pronto soccorso e non ricordo le terapie che sto facendo o le medicine che sto prendendo, ai sanitari basterà leggere la cartella clinica elettronica?

«L'obiettivo è proprio questo: avere informazioni sempre disponibili, aggiornate e condivise per garantire realmente la "continuità assistenziale". La Cartella Clinica Elettronica regionale è pensata come una piattaforma che integra i dati assistenziali e li rende accessibili ai professionisti. Questo consente di evitare che informazioni importanti vadano perse, soprattutto nei momenti più critici come l'emergenza. Avere dati strutturati permette decisioni più rapide, più appropriate e più sicure per il paziente».

Quali sono i vantaggi per il personale sanitario?

«I vantaggi sono molto concreti. Il modello Pai supporta gli infermieri a inquadrare meglio il paziente e a pianificare gli interventi, riducendo la variabilità nelle decisioni. Introduce un linguaggio comune e rende il lavoro più coordinato tra professionisti e strutture diverse. Inoltre, rafforza la tutela del personale: le decisioni sono tracciate e basate su evidenze scientifiche e standard internazionali, come la classificazione Nanda, con benefici anche sotto il profilo medico-legale. Un elemento fondamentale sarà la formazione: questa introduzione sarà infatti accompagnata da un percorso formativo, che verrà garantito sia dalla Regione Lazio sia dall'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Roma, per assicurare un utilizzo corretto e uniforme del sistema».

Aiuterà anche a ridurre il numero degli errori? Avete un'idea sulla possibile percentuale di abbattimento delle scelte sbagliate?

«Sì, il sistema nasce anche per ridurre gli errori, soprattutto quelli legati alla mancanza di informazioni o alla variabilità nelle decisioni. L'utilizzo di algoritmi e criteri oggettivi aiuta a rendere le scelte più coerenti e basate su dati. Oggi non esiste una percentuale precisa di riduzione degli errori, ma proprio la digitalizzazione e la raccolta sistematica dei dati permetteranno di misurare questi aspetti nel tempo e di migliorare progressivamente la qualità dell'assistenza».

Questo nuovo modello porterà anche a un risparmio di costi per il sistema sanitario? E in che modo?

«I benefici economici ci sono, anche se indiretti. Il modello consente una migliore e corretta allocazione dei pazienti e delle risorse per l'assistenza infermieristica grazie a una lettura più chiara dei bisogni assistenziali. Garantendo ai cittadini una corretta presa in carico e gestione al domicilio, o in altri setting intermedi, consente oltre ad offrire una assistenza appropriata nel luogo più appropriato, anche di ridurre il ricorso alla struttura ospedaliera. Migliora l'efficienza dei processi, riduce duplicazioni e contribuisce alla diminuzione del contenzioso, perché aumenta la tracciabilità e la coerenza delle decisioni. Tutto questo, nel medio periodo, si traduce in meno sprechi e in un utilizzo più efficace delle risorse professionali, strutturali e di processo».

Avete visto come funziona in altri Paesi o è un'innovazione tutta italiana?

«È un'innovazione sviluppata in Italia, ma fondata su basi scientifiche internazionali. Il modello Pai si integra con la classificazione Nanda, che è il principale riferimento a livello globale per le diagnosi infermieristiche. Questo significa che l'innovazione organizzata nasce da un lavoro italiano, ma utilizza standard già vali-

dati e ampiamente diffusi nella comunità scientifica internazionale».

Un'ultima cosa. Nel Lazio, ma anche nelle altre regioni, mancano medici, soprattutto quelli della medicina d'urgenza. Quali interventi bisogna mettere in campo per evitare che il sistema arrivi a un punto di rottura?

«Noi siamo intervenuti su due fronti molto chiari. Il primo è quello delle assunzioni. Abbiamo varato il più grande piano degli ultimi vent'anni: 14 mila nuovi professionisti sanitari, con un investimento complessivo di oltre 660 milioni di euro. È un intervento strutturale, che serve a rafforzare il sistema e a dare risposte concrete alla carenza di personale, in particolare nei settori più critici. Accanto a questo, abbiamo stanziato risorse aggiuntive per riconoscere indennità specifiche ai professionisti dell'emergenza-urgenza, proprio per valorizzare chi lavora nelle condizioni più complesse e rendere questi ambiti più attrattivi».

E il secondo fronte?

«Il secondo fronte è quello dell'organizzazione. Strumenti come la Cartella Clinica Elettronica e il modello Pai ci permettono di utilizzare meglio le risorse disponibili, ridurre i carichi impropri e migliorare l'efficienza del lavoro quotidiano. L'obiettivo è duplice: aumentare il personale, ma anche mettere i professionisti nelle condizioni di lavorare meglio, con strumenti adeguati e processi più semplici e strutturati».

Gianluca Perino

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La Regione cerca infermieri anche in Cile

di **CLEMENTE PISTILLI**

Sono settimila gli infermieri che, in base alle ultime stime, mancano nel Lazio. Sono difficili da trovare. E il governatore Francesco Rocca ha deciso di provare ad andarli a cercare in Cile. Il prossimo

autunno, nell'ambito delle missioni all'estero previste dalla Regione, ce n'è una nella regione di di Ñuble, al confine con l'Argentina. Un'iniziativa che potrebbe portare alla sottoscrizione di un protocollo di collaborazione.

➔ a pagina 7



Mancano settemila infermieri Rocca: "Li prendiamo in Cile"

di **CLEMENTE PISTILLI**

Sono settimila gli infermieri che, in base alle ultime stime, mancano nel Lazio. Sono difficili da trovare. E il governatore Francesco Rocca ha deciso di provare ad andarli a cercare in Cile.

Il prossimo autunno, nell'ambito delle missioni all'estero previste dalla Regione, ce n'è una nella regione di di Ñuble, al confine con l'Argentina. Un'iniziativa che potrebbe portare alla sottoscrizione di un protocollo di collaborazione in ambito sanitario, finalizzato «sia allo scambio di competenze e buone pratiche che all'avvio di un progetto pilota tra università e istituzioni sanitarie», per la formazione e il successivo inseri-

mento professionale di personale infermieristico cileno presso strutture sanitarie del Lazio. Professionisti dunque da formare in America latina e poi da ingaggiare a Roma. Gli infermieri cileni andrebbero inoltre ad aggiungersi agli oltre quattromila colleghi stranieri che già lavorano nelle strutture laziali.

Quella in Cile non è però l'unica missione messa a punto dalla giunta regionale. Per collaborare da un punto di vista sanitario, l'esecutivo di centrodestra ha deciso di volare anche in Azerbaijan e in Arabia Saudita. Gli azeri sarebbero tra l'altro interessati alle «buone pratiche della Regione Lazio in materia di agriturismo». Previste poi missioni in California, per far partecipare le start up innovative laziali, selezionate tramite avviso pubblico, a un programma di accelerazione dedicato, con l'obiettivo di favorire l'accesso a in-

vestitori, partner industriali e mercati della Silicon Valley, in Giappone, per consultazioni bilaterali in materia di aerospazio, a New York, sempre per aiutare le start up, a Madrid e in Galizia, per la promozione dei cammini di Santiago de Compostela e della via Francigena, e all'Expo Belgrado 2027, in Serbia, per promuovere il territorio, le eccellenze produttive, culturali e scientifiche regionali, e rafforzare le relazioni istituzionali ed economiche.



Napoli, epatite A: casi in aumento, vaccini rafforzati

■ Il focolaio di Epatite A in Campania diventa sempre più ampio. A Salerno si contano già 7 casi e a Napoli la situazione inizia a preoccupare: 53 i ricoverati all'ospedale Cotugno, 9 le persone in pronto soccorso e, si sospetta, un centinaio i casi ancora latenti. Potenziate le forniture di vaccino.

A fornire i dati è Raffaele Di Sarno, responsabile del pronto soccorso infettivologico e pneumologico dell'ospedale napoletano specializzato nel trattamento delle malattie infettive. I pazienti, assicura il medico, «stanno tutti bene, sono

epatiti al momento non complicate e quindi non destano preoccupazioni». L'età media dei pazienti è tra i 30 e i 40 anni. Tutti hanno riferito ai medici di aver mangiato frutti di mare crudi. I casi sono diffusi «in tutta la provincia di Napoli e anche nel Casertano - ha aggiunto Di Sarno - ci giungono notizie anche dagli altri ospedali che in questo momento accolgono anche loro pazienti di questo tipo». Secondo Di Sarno «non si può definire un'epidemia, nel senso che noi ci aspettiamo sempre un'impennata di casi dopo Natale, per il consumo di mitili e per le con-

suetudini alimentari che abbiamo. Questa volta però ci ha sorpresi, siamo arrivati ad avere dei numeri che sono superiori alla norma, ma non parliamo assolutamente di epidemia». Ovviamente il dilagare dell'infezione, dovuta a alimenti infetti e a scarse condizioni igieniche, ha fatto precipitare la frequentazione di pescherie e ristoranti, del 30% e del 60%.

