

26 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

Fondatore
EUGENIO SCALFARIDirettore
MARIO ORFEO

la Repubblica



VALLEVERDE

il venerdì

DOMANI IN EDICOLA

il venerdì
Nuova luce
su Caravaggio

Report

Mondiali, primo round
per l'Italia di Gattusodi CURRÒ, SERENI e VANNI
alle pagine 38 e 39Giovedì
26 marzo 2026

Anno 51 - N° 70

Oggi con

Salute e U

In Italia € 2,50

Santanchè, addio al veleno

La resistenza della ministra dura meno di un giorno, lascia con una lettera polemica a Meloni: "Pago i conti, anche quelli degli altri". Le opposizioni: "Dimissioni tardive". La premier terrà l'interim al turismo. Terremoto in Forza Italia, raccolta firme anti-Gasparri

Il capolinea della propaganda

di LUIGI MANCONI

Questa volta, a volare, non sono gli stracci, bensì i tailleur pantalone indossati da Daniela Santanchè. Risulta davvero difficile simpatizzare per la ministra del Turismo: e non perché rappresenti «plasticamente» - come sostiene la diretta interessata - «tutto ciò che la sinistra detesta», ma per l'esatto contrario.

a pagina 15



Daniela Santanchè

Daniela Santanchè si dimette con una lettera inviata alla premier Meloni. «Obbedisco, sono abituata a pagare i miei conti e anche quelli degli altri», scrive. «Il mio certificato penale è immacolato». Le opposizioni attaccano: «Passo indietro tardivo». Nordio resta al ministero della Giustizia.

di CIRIACO, DE CICCO, FOSCHINI, OSSINO, PUCCIARELLI, RIFORMATO, SANNINO, VECCHIO e VITALE

da pagina 2 a pagina 13

Marina chiama i ministri di FI
"Subito una svolta"

di GABRIELLA CERAMI

alle pagine 10 e 11

Il no della gen Z che crede ai simboli più che ai partiti

di MASSIMO ADINOLFI

a pagina 13

Borse e dito medio vita da Pitonessa

di FILIPPO CECCARELLI

Se davvero è questo il tempo selvaggio del ferro e del fuoco, della regressione civile e del tribalismo di giornata, non è poi così azzardato pensare che nel governo Meloni è giunto il momento dei sacrifici umani e che sull'altare è stata trascinata la Pitonessa.

alle pagine 4 e 5



LA PRESSA



Chiara Mocchi, la professoressa aggredita. A sinistra, la scuola

IL CASO

A 13 anni accoltella la professoressa
l'agguato a scuola in diretta social

di BERGAMONTI, BERIZZI, DE LUCA, GIANNOLI e PISA

alle pagine 20, 21 e 22

ITALPREZIOSI®
Investi oggi sul tuo domani
WWW.ITALPREZIOSI.IT

Iran, le condizioni della tregua
Trump: "Intesa o sarà l'inferno"

La stretta via per la pace

di MAURIZIO MOLINARI

Il negoziato atteso a Islamabad tra Usa e Iran vede sovrapporsi strategia ed economia perché in palio non c'è solo la sorte del nucleare di Teheran ma anche dello Stretto di Hormuz.

a pagina 18

L'Iran respinge il piano di Donald Trump in quindici punti e pone cinque condizioni per la tregua: dalla fine degli attacchi di Stati Uniti e Israele al controllo dello Stretto di Hormuz. La Casa Bianca avverte: «Il negoziato continua. Il presidente non bluffa ed è pronto a scatenare l'inferno se Teheran non accetta». Intanto i mediatori lavorano per organizzare un incontro ad alto livello già nel fine settimana. Possibile vertice in Pakistan o in Turchia.

di COLARUSSO, COLOMBO, DI FEO, MANACORDA, MASTROLILLI e SANTELLI da pagina 16 a 19

Condanna negli Usa per Meta e Google: creano dipendenza

di MASSIMO BASILE

Meta e Google sono responsabili della dipendenza dai social nei giovani americani e non hanno fatto abbastanza per evitare che corressero il rischio. Lo ha stabilito, con un verdetto storico, una giuria di dodici membri della Corte Superiore della California, a Los Angeles, chiamata a decidere se le due piattaforme avevano causato la depressione di una ragazza di 20 anni.

a pagina 23

IL CASO

Libera, il suicidio assistito con il puntatore oculare

PINO DI BLASIO - PAGINA 13



ISOCIAL E LA SENTENZA USA

Meta stangata dai giudici "Minori prede sessuali"

GIANLUCA NICOLETTI - PAGINA 22



LA CULTURA

Io, Lansdale, vi racconto i miei incubi sull'Ai

JOER LANSDALE - PAGINE 24 E 25

2,50 € (CON SALUTE IN ABBINAMENTO OBBLIGATORIO) // ANNO 160 // N. 82 // IN ITALIA // SPEDIZIONE ABB. POSTALE // D.L. 353/03 (CONV. IN L. 27/02/04) // ART. 1, COMMA 1, DCB - TO // WWW.LASTAMPA.IT



LA STAMPA

GIOVEDÌ 26 MARZO 2026

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



GNN

L'OPPOSIZIONE: DIMISSIONI SEMPRE TROPPO IN RITARDO. PIEMONTE, CHIORINO LASCIA LA VICE PRESIDENZA MA RESTA ASSESSORE

Santanchè, via con rabbia

La ministra a Meloni: "Obbedisco, pago colpe non mie". Telefonata premier-Marina Berlusconi

IL COMMENTO

Il più grande show dopo il Big Bang

ALESSANDRO DE ANGELIS

Sono il più grande spettacolo dopo il big bang referendario queste dimissioni di Daniela Santanchè, dopo ventiquattrore di passione, in cui il governo è rimasto appeso alle sue tribolazioni. E il Paese incollato alla vicenda, pur non decisi-
va per i destini del mondo. - PAGINA 23

IL PERSONAGGIO

Il lungo tramonto della Pitonessa

ALBERTO MATTIOLI

«Obbedisco». Come Garibaldi, che però si limitò a una parola, forse perché si trattava di un telegramma. Lei invece per arrivarci ha scritto una lunga missiva, stilisticamente un po' sgangherata. Però il succo è tutto in quel verbo: non me ne vado perché penso di doverlo fare, ma perché lo pensi tu, Giorgia, trattata più da amica, o forse ex, e da leader di partito che da presidente del Consiglio. Lei non capisce ma obbedisce, da brava soldatina. E dire che Daniela Santanchè non ha fatto il militare a Cuneo. Si è limitata a nascerci, nel '61, come Daniela Camero (Santanchè è il primo marito). - PAGINA 4

LE IDEE

Quel No dei giovani trascurati da tutti

VERONICA DEROMANIS - PAGINA 23

Se la società civile scavalca la politica

FABRIZIA GIULIANI - PAGINA 23

LA TITOLARE DELLA BISTECCHERIA

Caroccia inguaia Delmastro e soci

FAMÀ, PAOLUCCI



“Mi sono ritrovata unica titolare delle “5 Forchette” ma non ho pagato le quote. Non ho mai consegnato denaro a nessuno. Lo accerteranno anche i giudici”

BRAVETTI, CAPURSO, DIMATTEO, GRIGNETTI, LOMBARDO, RICCI
«Cara Giorgia ti rassegnò, come hai ufficialmente auspicato, le mie dimissioni dal ruolo di ministro che avevi voluto affidarmi e che credo di avere svolto al meglio». Sono le 18,08 quando l'ufficio stampa di Daniela Santanchè diffonde la nota d'addio. - PAGINE 2-7

Salis: I leader?

Parliamo di progetti

FRANCESCA SCHIANCHI - PAGINA 9

ISRAELE SI ALLARGA, BOMBARDAMENTI A BEIRUT E NEL RESTO DEL PAESE: ANCHE I MEDICI SONO NEL MIRINO



Gas, il patto Algeria-Italia

FRANCESCO MALFETANO - PAGINE 14 E 15

Iran, i negoziati senza uscita

ALESSIA MELCANGI - PAGINA 17

Il dolore dei familiari ai funerali dei due giovani paramedici uccisi da un drone israeliano a Nabatieh, in Libano - PAGINE 18 E 19

BERGAMO

A 13 anni accoltella la professoressa e filma col cellulare l'agguato in classe

SIRAVO, ZANCAN



Tredici anni. Pantaloni militari. Un coltellaccio da cacciatore per colpire l'insegnante, ma anche una pistola scaccia cani nello zaino. E quella maglietta con la scritta: «Vendetta». - PAGINE 10 E 11

L'ANALISI

Non lasciamo sole le scuole

CHIARA SARACENO

La scuola è diventata sempre più un luogo di scontri e conflitti: tra studenti, tra questi e gli insegnanti, tra questi ultimi e i genitori. Non deve sorprendere, perché è diventato nel bene e nel male quasi l'unico spazio in cui si incontrano e confrontano non solo ceti sociali diversi e spesso fortemente diseguali, ma stili di vita, di educazione familiare, vissuti della propria collocazione nel mondo anche molto differenti, che non possono essere ordinati, e censurati, in una facile e comoda gerarchia data per scontata. - PAGINA 22

L'INTERVISTA

Lancini: inutile aumentare le pene

FRANCO GIUBILEI

«Le emozioni che non trovano parole per essere espresse possono diventare violenza» spiega Matteo Lancini. FORTE - PAGINA 12

Buongiorno

Presi dal referendum, si è un po' trascurato il suggestivo sbarco a Cuba di Ilaria Salis, a sfidare l'embargo infame, criminale eccetera degli Stati Uniti, e a portare un po' d'aiuto a un'isola ridotta alla fame. Oltre a biasimare l'embargo americano, l'europarlamentare di Verdi e Sinistra avrebbe potuto biasimare quella carcassa di totalitarismo comunista ancora imbullonato all'Avana, ma le parole le sono rimaste in gola. Appunto, suggestivo, poiché non finiremo mai di elogiare Nicola Fratoianni e Angelo Bonelli, che hanno candidato Salis, gli elettori che l'hanno votata, e soprattutto il sistema democratico e delle sue garanzie che l'hanno sottratta alle carceri e ai tribunali senza garanzie dell'illiberal Ungheria di Viktor Orbán. Si vede però che Salis non ha ben compreso, visto il tra-

Vecchie carcasse

MATTIA FELTRI

sporto per una dittatura scalagnata ma ben più antica e compiuta di quella ungherese, e che, per aiutare il suo popolo, avrebbe dovuto farsi da parte l'istri fa. Viene in mente la visita di Pietro Spina al compagno Uliva, in *Vino e Pane* di Ignazio Silone. Uliva è disilluso: è vero c'è il fascismo, ma alla rivoluzione comunista non ci crede più. Se voi vincerete, dice Uliva a Pietro, noi passeremo da una tirannia all'altra. *Vino e Pane* è un libro del 1936. Come stavano le cose, lo si poteva capire già allora, novant'anni fa. Ma sto tirando fuori paralleli ridicolmente esorbitanti, considerato quel vecchio adagio sulla tragedia (di novant'anni fa) e sulla farsa (di oggi). Sempre viva la democrazia, che salva l'onorevole Salis e le permette di giocare alla piccola Che Guevara fuori tempo massimo. —

BANCA DI ASTI

bancadiasti.it

BANCA DI ASTI

bancadiasti.it



€ 1,40* ANNO 148 - N° 84
Settimanale di politica, cultura, sport e cronaca
Sped. in A.P. 03/33/010 come L. 480/709 art. 1 (03/33/01)

Giovedì 26 Marzo 2026 • S. Emanuele

Il Messaggero

NAZIONALE

DEL MATTINO

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



VALLEVERDE



Antichità classica tra ricerca e turismo La Sapienza e il doppio primato di Roma

Buconi e Paura alle pagine 14 e 15

Il focus
Se la storia diventa spinta per il futuro
Laura Larcari

Impegnata delle iscrizioni, attivazione (...) Continua a pag. 15



Oggi Molto Donna
Jasmine Trinca:
vi mostro cos'è un corpo (il mio)
Un inserto di 24 pagine

L'editoriale GUARDARE AVANTI

Roberto Napolitano

Non blocciamo le macchine. Facciamo camminare il Paese. Devono farlo il governo e le opposizioni nell'ambito dei loro rispettivi ruoli. Tutto ci possiamo permettere meno che lo stallo per la evidente complicazione del quadro internazionale geopolitico e le conseguenze dirette che determinano sulla nostra economia e la vita stessa delle persone in un circolo di aspettative e di comportamenti che si autoalimentano vicendevolmente. La stabilità che si nutre di decisioni e di dialogo oggi più che mai è la base di tutto. Abbiamo detto con chiarezza che il giudizio del popolo è sovrano e che la grande partecipazione al referendum sulla giustizia indica che la democrazia in questo Paese è viva e respira a polmoni pieni. La proposta di riforma è stata bocciata. L'indipendenza dell'azione inquirente e di quella giudicante come equilibrio generale dei poteri sono valori fondanti comuni. Abbiamo anche detto, e lo vogliamo ripetere ora, che le riforme di struttura di segno istituzionale hanno bisogno di un percorso di condivisione nel Parlamento, altrimenti non si arriva in porto e si specca il Paese. È successo in passato e si è ripetuto con il referendum sulla giustizia anche perché l'anima profonda italiana resta ancorata ai valori di una Costituzione frutto di un lavoro lungo dove forze contrapposte nelle ideologie e nelle alleanze internazionali seppero mettere al centro l'interesse nazionale.

Vogliamo ribadire tutto ciò nel giorno delle dimissioni della ministra del turismo, Daniela Santanchè, che fanno seguito a quelle del sottosegretario alla giustizia, Andrea Delmastro, e del capo di gabinetto del ministro Nordio, Giusi Bartolozzi. Lasciamo ad altri la sottovalutazione e il distinguo sulla gravità dei singoli fatti, sulle singole parole e sulle singole modalità dei passi indietro con cui in giorni diversi tutti e tre compiono un atto dovuto. La chiave di lettura di ciò che è accaduto ieri e il giorno prima non è nelle divisioni interne del partito. È quella di una premier, che prende atto del giudizio sovrano del popolo che becca la proposta referendaria del governo, e vuole guardare avanti nelle sue iniziative. Non è la punizione nei confronti di chi ha perso il referendum, ma il proposito fermo di liberarsi di inciampi e compromessi per rilanciare in modo netto l'identità legalitaria del governo, fare camminare la macchina esecutiva in casa, presidiare e consolidare il posizionamento internazionale. Sarebbe bene che il dialogo con tutte le opposizioni segnasse questa nuova fase del governo e venisse ricambiato nel segno della responsabilità e della chiarezza di posizioni e ruoli. Questo tipo di processi è l'unico possibile per consolidare la forza di un Paese.

TSUNAMI REFERENDUM/LA MINISTRA CEDE A MELONI

Santanchè lascia

► La titolare del Turismo prova a resistere, poi dice: «Obbedisco, pago sempre i conti anche degli altri»
La premier terrà la delega. Nordio: io non mi dimetto, piena fiducia. Schlein: noi pronti al voto subito

ROMA La ministra del Turismo Daniela Santanchè si è dimessa: «Pago per tutti».

Bechis, Marani, Pigliatelli e Pozzi da pag. 2 a pag. 7

Playoff Mondiali, Nord Irlanda da battere



Il Ct Gattuso con Dimarco. Dal nostro inviato a Bergamo Alessandro Angeloni, Carina, Riggio e il commento di Ernesto Menicucci nello Sport

Italia niente scherzi

Andrea Sorrentino

Quei due clamorosi sotto tiro l'Irlanda del Nord, testimoniano l'angoscia del calcio italiano. Continua nello Sport

Il retroscena

Giorgia decisa a evitare la crisi

dalla nostra inviata Ileana Sciarra

La determinazione di Giorgia Meloni, decisa a ripartire con l'azione di governo. Dunque da oggi fuori chi sbaglia. E la volontà di non aprire una crisi.

A pag. 3

Dal Twiga al tacco 12

«Rappresento ciò che la sinistra odia»
Mario Ajello

La resa della Pitonessa. «Ma io non sparisco». Quando sfido la sinistra: «Rappresento ciò che detestate». Poi il Twiga e il tacco 12, una vita politica sempre in trincea.

A pag. 4

Assegnata a Lille

Un torto a Roma sull'Agenzia delle Dogane

Andrea Basso

Ci sono gare in cui l'avversario è più preparato. Ma ci sono gare che si perdono anche quando i valori in campo tra gli avversari sono completamente sbilanciati, e in cui non vince il più bravo, ma chi ottiene punti a tavolino con logiche complacenti. È quello che è accaduto nella competizione tra Roma e la città francese di Lille per ospitare la sede della nuova Agenzia doganale europea.

A pag. 11

Confindustria rivede il Pil per la guerra

L'Iran respinge il piano Usa e detta cinque condizioni
Ma le Borse fiutano l'intesa

Andreoli, Pira, Vita e l'analisi di Antonino Pane alle pag. 8 e 9, il commento di Paolo Balduzzi a pag. 22

I fondi di coesione

Stop agli aiuti a pioggia risorse a casa e acqua

Rosana e l'analisi di Nando Santonastaso a pag. 15

Trovato anche materiale esplosivo. Valditaro: subito le norme anti violenza Bergamo, aggressione choc a scuola A 13 anni ferisce gravemente la prof

► Il ragazzino, con un telefonino al collo, filma la scena in diretta sui social

TRESCORE BALNEARIO (Bg) Accoltella la prof in diretta social. Dalla nostra inviata Claudia Guasco e Pace a pag. 13

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

L'ENERGIA PER SENTIRSI TOSTI!

Il Segno di LUCA

BILANCIA, GIORNO DI SUCCESSO

Oggi la configurazione ha qualcosa di nettamente più mite e favorevole da portarti in dono e te ne accorgi nel lavoro, scoprendo le opportunità che si presentano e che ti permettono forse addirittura di sanare un conflitto che era stato causa di dolore e incomprensione. La fortuna ti viene incontro ma anche gli ostacoli sono ben presenti. Ti sarà d'aiuto metterti a fuoco il meglio possibile per poterne sfruttare i lati positivi. MANTRA DEL GIORNO: Piacere e paura camminano insieme.

L'oroscopo a pag. 22

SOLO 66 CASE DI COMUNITÀ SU 1715 CORRISPONDONO AL PIANO

Flop Pnrr, sanità territoriale al palo Mancano medici di base e strutture

ANDREA CAPOCCI

■ Alla chiusura del Pnrr mancano tre mesi ma la riforma della sanità territoriale è ancora al punto di partenza. I finanziamenti di Bruxelles hanno permesso di realizzare molte infrastrutture. Trovare medici di famiglia, pediatri, specialisti, infermieri e assistenti sociali per farle funzionare invece era compito di governo e regioni e qui il ritardo è pesante. Le nuove case di comunità rischiano di rimanere semivuote. Dopo l'orgia di retorica post-Covid, il miraggio di una sanità territoriale accessibile e efficiente pare lontano.

Lo certifica il rapporto semestrale dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) che monitora lo stato di avanzamento del Pnrr pubblicato ieri. Alla fine del 2025, solo 66 case di comunità sulle 1715 previste dal piano (meno del 4%) offrivano tutti i servizi previsti per la legge. La lentezza con cui viene attuato il piano è evidente: a fine 2024, quelle pienamente a regime erano 46, solo venti in meno. Eppure gli standard sono stati definiti

ormai quattro anni fa dall'ambizioso «dm 77», il decreto ministeriale che negli uffici regionali è diventato sinonimo di «incubo». Dopo il Covid che aveva mandato in tilt gli studi privati dei medici di famiglia, 1700 nuove case di comunità aperte 24/7 avrebbero dovuto riunire cure primarie, diagnostica fondamentale e servizi sociali in modo da prendere in carico i pazienti nel loro contesto sociale e scongiurare l'abuso del pronto soccorso. Ma la carenza di personale e le resistenze corporative hanno ostacolato l'applicazione della riforma sul territorio.

Le strutture che rispettano le regole si concentrano in Emilia-Romagna e Lombardia. Nelle altre si contano sulle dita di una mano e in ben otto regioni – quasi tutte al sud – nemmeno una casa di comunità garantisce tutti i servizi standard fissati dalla norma.

In buona parte delle regioni il collo di bottiglia riguarda i medici di base. Secondo il dm 77 devono essere presenti 24 ore al giorno domenica compresa. Ma ciò avviene solo in 204 case di comunità, meno del 12% del totale. Trovare me-

dici disposti a lavorarci sembra difficile. Quelli con anzianità di servizio sono restii a ridurre l'attività libero-professionale. In più, l'assenza di una specializzazione in medicina generale – promessa e mai realizzata – ha reso poco attrattiva la professione per quelli giovani.

Contesta questa lettura catastrofista Silvestro Scotti, segretario nazionale del principale sindacato dei medici di base Fimmg. «Le case di comunità non saranno delle scatole vuote – spiega – se verrà data piena e corretta applicazione dell'Accordo collettivo nazionale della medicina generale entrato in vigore il 15 gennaio scorso». Ma la sanità è competenza regionale e per applicare l'accordo servono intese locali. «In otto regioni non abbiamo ancora un accordo – ammette Scotti con il manifesto – e alcune di quelle che lo hanno firmato non ne hanno definito l'applicazione». Al momento dunque vige il far west. In qualche Asl si ricorre ai gettonisti: è del 18 marzo il bando con cui l'azienda sanitaria di Verona reperirà dottori – anche neolaureati – che per un compenso compre-

so tra i 40 e i 60 euro l'ora sostituiranno i medici di medicina generale previsti dalla legge.

In confronto si è rivelato relativamente più facile realizzare le strutture fisiche, anche perché spesso è bastato ristrutturare poliambulatori esistenti. Ma c'è poco da festeggiare perché le case completate e inaugurate al 31 dicembre scorso si fermano a 781, meno della metà di quelle programmate. Le altre sono ancora cantieri e la scadenza del Pnrr è vicina.

**In qualche Asl
si ricorre
ai gettonisti per un
compenso tra i 40
e i 60 euro l'ora**



Tutti i punti irrisolti sui livelli essenziali delle prestazioni

Autonomia differenziata

Floriana Cerniglia

Dopo la sentenza della Corte costituzionale (n. 192 del 2024), che ha dichiarato illegittima una parte rilevante della Legge Calderoli sull'autonomia differenziata, il Governo è tornato sul tema con due distinti interventi normativi. Da un lato, il disegno di legge delega n. 1623 – all'esame del Senato – volto alla determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni (Lep), indicati dalla Corte come condizione preliminare per il trasferimento di materie alle Regioni ai sensi dell'art. 116, terzo comma, della Costituzione e alla stipula delle intese. Dall'altro, l'approvazione nel Consiglio dei ministri del 18 febbraio di schemi di pre-intese su materie non riconducibili ai Lep, con l'avvio del confronto con Lombardia, Veneto, Piemonte e Liguria.

È lecito domandarsi se entrambi gli interventi, al termine di un iter prevedibilmente lungo, possano superare un nuovo vaglio di costituzionalità. La questione dei Lep resta sostanzialmente irrisolta. Conviene ricordare che i Lep, introdotti con la Riforma del Titolo V del 2001, sono stati concepiti come una «rete di protezione» – secondo l'espressione utilizzata dalla Corte – dei diritti civili e sociali essenziali, da garantire uniformemente a tutti i cittadini, a prescindere dal luogo di residenza, nel nuovo assetto di competenze regionali delineato dal Titolo V. La loro determinazione, riservata allo Stato perché attiene alla garanzia dell'eguaglianza sostanziale e all'equilibrio complessivo del regionalismo, non è tuttavia mai stata compiutamente realizzata: né nell'ambito del cosiddetto federalismo «simmetrico», che riguarda le materie di cui all'art. 117 della Costituzione, né nel quadro di quello «asimmetrico» previsto dall'art. 116, terzo comma. È in questo vuoto normativo che si collocano i recenti interventi del Governo, i quali rischiano di configurarsi come meri adempimenti formali, funzionali ad aggirare i rilievi della Corte più che a offrire una risposta sostanziale: la garanzia effettiva e uniforme dei diritti.

Il disegno di legge delega e gli schemi di intesa sono complessi; qui qualche rilievo essenziale. Appare discutibile la scelta – maturata in sede tecnica nella Commissione presieduta da Sabino Cassese e poi recepita dal Governo – di escludere la tutela della salute dal disegno di legge delega sui Lep e, al contempo, di aprire fin da subito alla possibilità di inserirla nelle pre-intese



con le Regioni richiedenti. Si tratta di una decisione con effetti dirompenti sul nostro Servizio sanitario nazionale. I Lea sanitari (introdotti nel 1999) consistono in un elenco di prestazioni e svolgono prevalentemente una funzione di monitoraggio; non essendo mai stati accompagnati da una determinazione dei costi standard, non orientano l'allocazione delle risorse in funzione dei bisogni effettivi, che restano differenziati tra le Regioni. Il finanziamento sanitario è definito annualmente nella legge di bilancio sulla base dei vincoli di finanza pubblica e ripartito secondo un criterio pro capite ponderato soprattutto per età, mentre solo in misura marginale si considerano indicatori di deprivazione. Se si desse seguito agli schemi di pre-intesa delle Regioni richiedenti – tra le più ricche per capacità fiscale – queste potrebbero destinare risorse proprie aggiuntive a personale, servizi, fondi integrativi, ampliando ulteriormente i divari territoriali. Un altro punto critico riguarda l'impianto del disegno di legge delega n. 1623 che procede sulla scorta delle indicazioni della Commissione Cassese sui Lep che si è limitata a una ricognizione dei Lep sulla base della normativa vigente nelle sole materie potenzialmente oggetto di differenziazione; la legge delega rinvia a successive fasi la definizione dei parametri finanziari e dei criteri di stima del Lep, affidandola in larga misura a organismi tecnici. Ma la misurabilità dei Lep – per tutte le materie, comprese quelle già attribuite alle Regioni – come dei Lea, non è una questione meramente tecnica. Significa stabilire quali diritti sociali debbano essere garantiti e con quali risorse. Se tali scelte non sono assunte esplicitamente dal legislatore, attraverso una chiara e responsabile determinazione dei LEP, la sola quantificazione finanziaria, fondata su una mera ricognizione della normativa vigente e vincolata all'invarianza delle risorse, diventa il luogo in cui si determinano implicitamente i contenuti dei diritti. Ed è qui che si misura la responsabilità politica del Parlamento.

*Direttore del Centro di ricerche in Analisi economica
e sviluppo economico internazionale, Università Cattolica*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**DAL GOVERNO
SONO ARRIVATI
DUE INTERVENTI
CHE DOVRANNO
SUPERARE
IL VAGLIO DELLA
COSTITUZIONALITÀ**



NUOVE LAUREE***Infermieri,
magistrali
in arrivo***

Un altro passo avanti per le tre nuove lauree magistrali specialistiche dedicate agli infermieri. Ieri, infatti, sono stati registrati i decreti ministeriali che istituiscono i tre nuovi percorsi universitari in «Cure primarie e infermieristica di famiglia e comunità», «Cure neonatali e pediatriche» e «Cure intensive e nell'emergenza». Si tratta di due decreti legislativi, passati dal vaglio delle commissioni parlamentari nelle ultime settimane (si veda *ItaliaOggi* del 24 febbraio).

La notizia è stata accolta con favore dalla Fnopi, la Federazione degli infermieri. Di parere opposto, invece, la Federazione medici, chirurghi e odontoiatri (Fnomceo) che il 20 febbraio aveva approvato all'unanimità una mozione per chiedere una modifica ai decreti. Contestata, in particolare, la possibilità garantita ai laureati in questi percorsi di «prescrivere trattamenti assistenziali quali presidi sanitari, ausili, tecnologie specifiche o altro, necessari a garan-

tire continuità e sicurezza delle cure», ritenuta un'invasione di campo nelle competenze proprie dei medici.



DOCUMENTO DELLA PONTIFICIA ACCADEMIA PER LA VITA (PAV)

Xenotrapianti, prospettiva da percorrere con responsabilità e prudenza

ENRICO NEGROTTI

Deriva dalla carenza di organi umani da trapiantare per i malati che sono in lista d'attesa la prospettiva, che gli scienziati stanno esplorando da alcuni decenni, di utilizzare organi degli animali per i trapianti. Sugli xenotrapianti le ricerche biotecnologiche e gli approfondimenti etici sono avanzati in parallelo: di entrambi si occupa il recente documento della Pontificia Accademia Pro Vita (Pav), *Prospettive per lo xenotrapianto. Aspetti scientifici e considerazioni etiche*, presentato due giorni fa, che aggiorna un testo risalente al 2001. «Quel lavoro era stato accompagnato - ha ricordato monsignor Renzo Pegoraro, presidente della Pav - da un messaggio di papa Giovanni Paolo II, che richiama la necessità di continuare a studiare, a fare ricerca in questo campo». Dopo quasi 25 anni «siamo stati sollecitati a riprendere quel documento - ha aggiunto Pegoraro - e a sviluppare la parte scientifica aggiornata. Oggi abbiamo risultati molto rilevanti su come gestire l'ani-

male con l'ingegneria genetica, però garantendo il rispetto del suo benessere, e d'altra parte su come gestire il rigetto, grazie all'avanzamento scientifico sull'immunologia. E come affrontare di nuovo in maniera approfondita gli aspetti etici dello xenotrapianto». L'entità della carenza di organi è stata precisata da Emanuele Cozzi, docente del Dipartimento di scienze cardiovascolari e sanità pubblica e responsabile dell'Unità di Immunologia dell'azienda Ospedale-Università di Padova: «I dati del 2024 indicano che sono stati effettuati 170 mila trapianti nel mondo, ma questi rappresentano meno del 10% delle persone che ne avrebbero bisogno. Nella sola Unione Europea si stima che circa 8 persone muoiano ogni giorno in attesa di un organo». Un numero che negli Stati Uniti, ha aggiunto l'eticista dell'Università di Stratford, Daniel J. Hurst, sale a 13 persone, mentre circa 100 mila pazienti sono in lista d'attesa, l'80% dei quali di un rene per il quale aspettano mediamente 5 anni, restando sottoposti a dialisi.

Il documento della Pav, frutto del lavoro di un gruppo internazionale di medici, scienziati, bioeticisti e teologi, affronta analiticamente sia le tematiche scientifiche (prevenzione e trattamento del rigetto, rischi di trasmissione di virus animali nel paziente e nella popolazione, progressi ottenuti dall'ingegneria genetica, trial preclinici su primati non umani e poi su cadaveri umani), sia quelle etiche e antropologiche (gestione del paziente, riflessione sulla responsabilità umana nei confronti degli animali e dell'ambiente, consenso informato, allocazione delle risorse, comitati etici, brevetti).

Negli Stati Uniti, dopo decenni di attività precliniche si è giunti a sperimentare xenotrapianti di organi di maiale su primati non umani (scimmie), che sono sopravvissuti anche più di un anno, ha puntualizzato Cozzi, eliminando con l'ingegneria genetica i rischi infettivi noti. Sempre negli Stati Uniti, ha riferito Hurst, dal 2021 si è entrati in una fase di sperimentazione di xenotrapianti in persone in stato di morte cerebrale e dal 2022 so-

no stati autorizzati usi compassionevoli su persone in imminente pericolo di vita e che non potevano ricevere un trapianto di organi umani, peraltro durati poche decine di giorni. Ora, ha aggiunto Cozzi, negli Stati Uniti sono stati autorizzati tre trial clinici, che coinvolgeranno circa 30 pazienti. Tuttavia le prospettive di un uso clinico sono premature: «I risultati preliminari ci permettono di sperare - ha detto Cozzi - ma per almeno 5 anni in Italia potremo contare solo sulla donazione di organi umani, che dobbiamo continuare a promuovere».

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Servizio Malattie rare

Fenilchetonuria (Pku): la qualità di vita passa per i percorsi di cura integrati

Superare le criticità su continuità assistenziale, equità territoriale e accesso a percorsi multidisciplinari, soprattutto nella transizione all'età adulta

di Ernesto Diffidenti

25 marzo 2026

Le malattie rare rappresentano una delle sfide più complesse e attuali per il sistema sanitario italiano. Con oltre 6mila patologie identificate e un numero di persone coinvolte, compreso tra 2 e 3,5 milioni, richiedono interventi altamente specializzati, capaci di garantire diagnosi tempestive, accesso equo alle terapie e percorsi assistenziali personalizzati. La Fenilchetonuria (PKU) è un esempio emblematico di malattia rara che si manifesta in età pediatrica, accompagnando il paziente per tutta la vita con un rilevante impatto economico e sociale.

Un caso stimato ogni 4mila nati

La PKU ha un'incidenza stimata di 1 caso ogni 4mila nati e richiede una presa in carico continua ma per la quale persistono ancora importanti criticità in termini di continuità assistenziale, equità territoriale e accesso a percorsi multidisciplinari, soprattutto nella transizione all'età adulta. Per individuare possibili soluzioni e garantire percorsi di cura più omogenei, sostenibili ed equi su tutto il territorio nazionale, Apco ha promosso un health talks riunendo rappresentanti delle istituzioni, clinici ed esperti del settore. Al centro del dibattito, la necessità di superare le disuguaglianze regionali, rafforzare la continuità assistenziale e promuovere modelli di presa in carico realmente multidisciplinari, capaci di integrare aspetti clinici, nutrizionali e psicosociali.

L'impegno dell'Intergruppo parlamentare

“La PKU rappresenta un esempio emblematico delle sfide che il nostro sistema sanitario è chiamato ad affrontare nell'ambito delle malattie rare - ha dichiarato il senatore Orfeo Mazzella (M5S), vicepresidente della Commissione Affari Sociali del Senato e promotore dell'Intergruppo parlamentare malattie rare. - Come Intergruppo parlamentare, il nostro impegno è quello di mantenere alta l'attenzione istituzionale su queste patologie, favorendo un dialogo costante con tutti gli attori coinvolti e lavorando affinché i modelli di presa in carico siano sempre più omogenei, continuativi ed equi, indipendentemente dal territorio di residenza”.

Nel corso dell'evento è emerso come, nonostante la disponibilità di strumenti fondamentali quali lo screening neonatale e i centri di riferimento, persistano criticità rilevanti nella fase di transizione dall'età pediatrica a quella adulta, nell'aderenza terapeutica e nell'accesso a servizi di supporto adeguati, con un impatto diretto sulla qualità di vita delle persone con PKU e delle loro famiglie.

L'importanza di dati aggiornati

POLITICA SANITARIA, BIOETICA

“Disporre di dati affidabili e aggiornati è un elemento essenziale per programmare in modo efficace la presa in carico delle malattie rare - ha evidenziato Paola Torreri, Primo Ricercatore del Centro nazionale malattie rare e responsabile del Registro nazionale malattie rare dell'Istituto superiore di sanità (Iss) -. I registri rappresentano uno strumento chiave per comprendere i bisogni reali dei pazienti, monitorare i percorsi di cura e supportare decisioni di governance orientate all'equità, alla continuità assistenziale e al miglioramento degli esiti nel lungo periodo”.

Accanto alla necessità di strumenti solidi di programmazione e monitoraggio, diventa centrale una visione della presa in carico che sappia integrare le dimensioni cliniche, organizzative e sociali della malattia. Garantire percorsi realmente efficaci significa infatti considerare l'impatto complessivo della PKU sulla vita delle persone, lungo tutto l'arco dell'esistenza, e assicurare che le politiche sanitarie siano in grado di rispondere in modo sostenibile e continuativo ai bisogni di pazienti e caregiver.

I percorsi di cura devono essere sostenibili

“Per chi vive con una malattia rara, la qualità della presa in carico incide profondamente sulla vita quotidiana - ha sottolineato Ilaria Ciancaleoni Bartoli, direttrice dell'Osservatorio Malattie Rare (OMAR) -. È fondamentale che le politiche sanitarie tengano conto non solo degli aspetti clinici, ma anche della sostenibilità dei percorsi di cura, del carico sui caregiver e della possibilità per i pazienti di partecipare pienamente alla vita sociale, scolastica e lavorativa. Mettere al centro la voce dei pazienti significa costruire risposte più efficaci e realmente aderenti ai bisogni”.

L'health talks, promosso con il supporto non condizionato di PTC Therapeutics, è il primo di una serie di appuntamenti pensati per dare continuità all'impegno congiunto che istituzioni e associazioni stanno portando avanti su questa patologia, favorendo un dialogo costante e contribuendo alla definizione di soluzioni concrete. Perché convivere con la PKU non significa semplicemente “evitare alcune proteine” ma garantire continuità terapeutica, competenze pratiche e un percorso di cura sostenibile.



Servizio Il Data Summit

Da Parigi a Barcellona col pass sanitario: così l'Italia prepara lo Spazio Ue della salute

Prossimo step per il nostro Paese il 31 marzo con il primo lancio dell'Ecosistema dati sanitari: tappe serrate per la costruzione della "piattaforma" comunitaria che consentirà di curare meglio, prevenire le malattie e fare ricerca all'avanguardia a partire da informazioni tutelate dalla privacy

di Barbara Gobbi

25 marzo 2026

Entrare in una farmacia a Parigi con la ricetta elettronica alla mano per acquistare un antibiotico, la cui dispensazione sarà automaticamente registrata sul nostro dossier farmaceutico. Consultare uno specialista a Barcellona senza portare documenti cartacei, perché quel medico potrà avere accesso diretto alla nostra storia clinica e ai nostri dati sanitari. Essere certi che per un approdo improvviso in un Pronto soccorso della Germania, l'infermiere del triage potrà consultare rapidamente il nostro profilo sanitario sintetico - patologie, allergie, terapie in corso - e agire in modo sicuro e tempestivo. Questi i vantaggi a disposizione dei 450 milioni di cittadini della Ue, una volta che sarà operativo lo Spazio europeo dei dati digitali (European Data Space o Ehds), entrato in vigore il 26 marzo 2025 e in via di progressiva implementazione entro il 2028 per arrivare, a marzo 2029, alla condivisione dei primi dati sanitari in tutti gli Stati membri.

Le priorità

Una rivoluzione cruciale: significa tenere insieme ottimizzazione e interoperabilità dei dati - che per l'Italia sono di ottima qualità - ma anche la tutela della privacy e l'impiego "sicuro" di strumenti di Intelligenza artificiale, in un contesto di "guardia alta" che ogni Paese dovrà garantire attivando le proprie agenzie per la cybersicurezza. La scommessa è costruire un sistema sanitario che sappia usare i dati per curare meglio, prevenire le malattie e fare ricerca all'avanguardia. Una partita da far tremare i polsi ma ormai l'Europa «è in marcia», come ha sottolineato la Direttrice generale della Dg Sante della Commissione europea, Sandra Gallina, intervenuta a Roma al secondo Data Summit in cui si è fatto il punto della situazione, con focus sul percorso italiano e un occhio alle best practice di Belgio e Finlandia. «In questo anno che ci separa dallo Spazio europeo dei dati sanitari - ha spiegato Gallina - come Ue dobbiamo cercare di stabilire l'interoperabilità e l'interconnettività definendo un formato europeo; l'altro step è affidato agli Stati membri, chiamati a dotarsi di una Autorità competente sia dal punto di vista tecnico che politico». Un'autorità che il ministro della Salute Orazio Schillaci ha indicato per l'Italia nell'Agenas, l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, «in qualità di agenzia di sanità digitale, fermo restando - ha avvisato - che in un contesto così articolato la regia sull'uso dei dati sanitari e la conseguente funzione di indirizzo è in capo al ministero».

«L'appuntamento è cruciale: con la vera e propria tempesta in atto, esterna all'Unione europea, poter sfruttare il dato in tutta sicurezza e a tutela dell'individuo ci consentirà di mantenerci competitivi, scongiurando la fuga di cervelli», ha avvisato Sandra Gallina.

Due le infrastrutture cardine dello Spazio europeo Ehds: MyHealth@Eu per l'uso primario dei dati - già operativo su alcune funzionalità come ePrescription e Patient Summary - ed HealthData@Eu per l'uso secondario dei dati anonimizzati. Quest'ultimo, sul fronte della ricerca, renderà possibile la messa a fattor comune, su scala europea, delle evidenze cliniche di milioni di pazienti per accelerare la lotta contro il cancro, sconfiggere l'antibioticoresistenza e sviluppare terapie personalizzate grazie a modelli di intelligenza artificiale addestrati su dati reali. L'Europa - spiegano insomma gli esperti - si prepara con lo European Health Data Space al "roaming dei dati sanitari", con un impatto diretto su prevenzione, cura e ricerca.

Intanto, questi tre anni vanno "gestiti": nasce dall'esigenza di accompagnare la transizione a livello nazionale ed europeo la proposta di un "Data Pact" formulata da Felicia Pelagalli, direttrice scientifica del Data Summit. «Primo punto - ha spiegato - è facilitare l'attuazione dell'Ecosistema dati sanitari entro giugno 2026 e l'adesione dell'Italia a MyHealth@Eu e HealthData@Eu». Tra le altre priorità, il coinvolgimento pieno di tutte le parti coinvolte, dalle strutture sanitarie all'università, dalle imprese alle associazioni di pazienti fino alle autorità. E ancora, la promozione di partenariati pubblico-privati per la condivisione di dati anonimizzati e lo sviluppo di strumenti predittivi e generativi.

Italia: prima deadline al 31 marzo

In Italia spetta all'Ecosistema dei dati sanitari (Eds) fungere da cerniera con lo spazio europeo: la grande infrastruttura nazionale che - partendo dal Fascicolo sanitario elettronico 2.0 rifinanziato dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr) - trasformerà i documenti clinici in dati strutturati e interrogabili per 59 milioni di cittadini, adotta un modello "federato". Tradotto: i dati restano nei sistemi regionali dove vengono prodotti, ma diventano interoperabili attraverso un'infrastruttura nazionale sicura.

Le prime due "demo" dei servizi di consultazione dell'Eds, sviluppate dal Dipartimento per la Trasformazione digitale, saranno presentate all'Europa tra una manciata di giorni, il 31 marzo 2026. Mentre entro marzo 2027 l'Italia dovrà designare - come annunciato dal ministro Schillaci dovrebbe essere Agenas - l'Health Data Access Body (Hdab), l'Organismo di accesso ai dati sanitari per finalità secondarie previsto dall'Ehds.

No al saccheggio dei dati

Non siamo quindi all'anno zero, soprattutto grazie alla forte spinta impressa dal Pnrr: «In questi anni abbiamo dato grande impulso allo sviluppo delle funzionalità del Fascicolo sanitario elettronico e oggi questo strumento avanzato è attivo per oltre 57 milioni di cittadini», ha ricordato sempre Schillaci. Resta il fatto che ancora molti di loro si oppongono alla consultazione del fascicolo, pur rendendo noti spesso inconsapevolmente i propri dati sanitari, che vanno ad alimentare i supporti di intelligenza artificiale delle grandi companies. I dati della sanità «non possono diventare una miniera a cielo aperto da saccheggiare - ha sottolineato però Alessio Butti, sottosegretario alla presidenza del Consiglio con delega all'Innovazione e alla trasformazione digitale -. Vorremmo comportassero ricchezza in ambito sanitario e non solo per chi sviluppa algoritmi e piattaforme. I dati sanitari sono strategici per definizione, vanno garantiti, e dobbiamo garantire gli italiani da questo punto di vista».

Intanto, guarda a nuove possibili applicazioni il sottosegretario alla Salute Marcello Gemmato: «Il fascicolo sanitario elettronico, l'intelligenza artificiale, l'Ecosistema dei dati sanitari, possono

servire a migliorare le performance del nostro sistema sanitario anche in riferimento alla farmaceutica - propone -. All'atto dell'immissione in commercio dei farmaci e della loro negoziazione, si potrebbe tenere conto dei dati real world di efficacia del medicinale, per definire la remunerazione del farmaco stesso. Se a esempio un anti tumorale riesce ad aumentare la vita media di un paziente, il rimborso da parte del Ssn viene parametrato alla capacità di curare il paziente - spiega -. Questo significa ancorare la performance del farmaco al suo prezzo, ottimizzando nel complesso la spesa farmaceutica e migliorando la sostenibilità del Servizio sanitario nazionale», ha chiarito Gemmato, precisando che «la proposta andrebbe in ogni caso valutata con Aifa, l'Agenzia italiana del farmaco».

Cittadini e manager da “educare”

«Dobbiamo fare bene e in fretta - ha concluso Franco Zaffini, presidente della commissione Affari sociali, Sanità, lavoro pubblico e privato del Senato- : il 2029 si avvicina e i cittadini hanno il diritto di avere un sistema sanitario in grado di mantenerli in salute anche grazie alla piena integrazione dei dati che sarà resa possibile dallo Spazio europeo dei dati sanitari. Perché questo avvenga però servono competenze e cioè non basta predisporre il sistema dell'offerta, come l'Italia sta facendo a partire dal Fascicolo sanitario elettronico, ma occorre anche potenziare la platea della domanda che è costituita dagli utenti e dalle strutture sanitarie e va normata e organizzata. Dobbiamo educare gli italiani all'utilizzo dei dati sanitari - ha precisato -. Del resto, in linea con il principio dell'interesse primario collettivo, con il Sistema europeo dei dati sanitari non servirà più il consenso ma sarà sufficiente il “mancato dissenso” che darà modo al sistema di acquisire tutti i dati autonomamente. E in vista delle novità introdotte dallo Spazio europeo dei dati sanitari vanno formati anche i manager delle aziende ospedaliere, chiamati ad avere contezza del bacino a cui attingere elementi conoscitivi della popolazione, delle patologie e del loro andamento».

Dalle scelte sui vaccini, resi implicitamente opzionali, alla riduzione di vincoli e costi per il sistema produttivo in materie ambientali, il principio di precauzione tende a essere sostituito da una linea non priva di rischi

Salute e prevenzione, Usa più “fragili”

La Casa Bianca privilegia libertà individuale e crescita economica a scapito della protezione dello Stato. Un messaggio (pericoloso) al mondo

ANDREA LAVAZZA

C'è un cambio in atto nelle politiche sanitarie e ambientali americane, da osservare con attenzione perché si presenta come un riferimento per le società occidentali e, soprattutto, per chi guarda con interesse all'esperimento del trumpismo in tutte le sue sfaccettature. La parte centrale di tale trasformazione riguarda la politica vaccinale e l'organizzazione della salute pubblica federale. Prese singolarmente, le decisioni possono apparire tecniche o circoscritte; considerate insieme, delineano uno spostamento di paradigma. A questo ha contribuito l'orientamento del ministro Robert F. Kennedy, ma vi si rispecchia la filosofia dell'intera Amministrazione repubblicana, che valorizza libertà individuale e crescita economica a scapito di regole comuni e protezione condivisa garantita dallo Stato.

Uno degli esempi più chiari è la riduzione o riclassificazione delle raccomandazioni vaccinali infantili, ancora oggetto di contenziosi giudiziari aperti. La limitazione del numero di misure di profilassi proposte universalmente e il passaggio, per diverse di esse, a forme di “decisione condivisa” tra medico e famiglia segnano una rottura rispetto alla tradizione consolidata. Per decenni, la vaccinazione è stata trattata come un tipico caso di bene pubblico: la sua efficacia dipende dalla copertura collettiva. Il nuovo modello, invece, riporta la decisione al livello del singolo, con il rischio – sottolineato da molti epidemiologi – di frammentare quella soglia di immunità su cui si regge l'intero sistema.

Un secondo passaggio significativo è stato la fine della raccomandazione universale per il vaccino COVID-19 in alcune categorie, come bambini sani e donne in gravidanza. Il segnale è che la prevenzione non risulta più un obbligo implicito o una forte sollecitazione dello Stato, ma una possibilità tra altre. Questa linea trova la sua espressione più radicale nell'adozio-

ne estesa del citato shared decision-making. Si tratta di uno strumento valorizzato nella medicina contemporanea, perché rafforza l'autonomia del paziente riducendo il paternalismo. Ma applicato a interventi di salute pubblica trasforma una pratica collettiva in una scelta individuale e così ne modifica anche la percezione sociale. Ciò che prima appariva doveroso per tutti, con benefici personali e collettivi, diventa implicitamente “opzionale”.

Ancora più delicata, sul piano istituzionale, è stata la rimozione e ricostituzione del comitato scientifico che guida le politiche vaccinali. Se gli organi tecnici vengono percepiti come indirizzabili politicamente, l'intero sistema rischia di perdere l'autorità scientifica su cui si fonda, lasciando il campo alla discrezionalità ideologica (presentata da Kennedy come una “democratizzazione” degli esperti contro la burocrazia non eletta). Tutto ciò sembra legato a una visione individualistica, che privilegia la libertà di scelta del cittadino, anche se in questo modo lo si priva di tutele e di misure che in realtà possono aumentare la sua autonomia anziché ridurla.

In generale, non viene negato il valore della prevenzione né essa viene abbandonata, tuttavia se ne modifica la forma. Da modello centralizzato, standardizzato e orientato alla popolazione, si passa progressivamente a un modello più flessibile, decentralizzato e mirato sulla scelta personale, in cui il rischio sanitario tende a essere redistribuito – o, meglio, spostato – dal livello collettivo a quello individuale. La trasformazione che ne deriva non è neutra. Molte misure preventive funzionano perché sono adottate su larga scala. Da qui emergono alcuni dilemmi filosofici e politici. Il primo riguarda il rapporto tra autonomia e protezione. Fino a che punto è legittimo che lo Stato orienti o vincoli le scelte sanitarie individuali per proteggere la collettività? Il

modello emergente sembra inclinare verso un intervento il più possibile limitato. Ma questa risposta implica accettare anche un certo rischio condiviso.

Il secondo concerne la natura della conoscenza scientifica nella sfera pubblica. Se raccomandazioni basate su ampio consenso vengono trasformate in opzioni tra altre, che cosa resta dell'autorità di medici e ricercatori nelle politiche sanitarie? E, soprattutto, come viene percepita dai cittadini? Il terzo, più propriamente politico, riguarda la distribuzione delle conseguenze negative. Un sistema più individualizzato tende a produrre maggiore disuguaglianza negli esiti sanitari, perché le informazioni e le risorse non sono ripartite in modo uniforme. La libertà di scelta può quindi tradursi in una maggiore esposizione per i gruppi più vulnerabili. In modo speculare alla svolta in sanità, si registra un nuovo atteggiamento regolatorio in materia ambientale (a opera di diverse Agenzie e dello stesso presidente Donald Trump), in cui l'obiettivo è ridurre vincoli e costi per il sistema produttivo, anche al prezzo di abbassare alcune soglie di protezione della salute pubblica. Un caso emblematico è quello dell'ossido di etilene, gas utilizzato per sterilizzare dispositivi medici. La decisione di indebolire i limiti alle emissioni è stata giustificata con la necessità di evitare strozzature nella catena di approvvigionamento. Si tratta però di una sostanza classificata come canceroge-

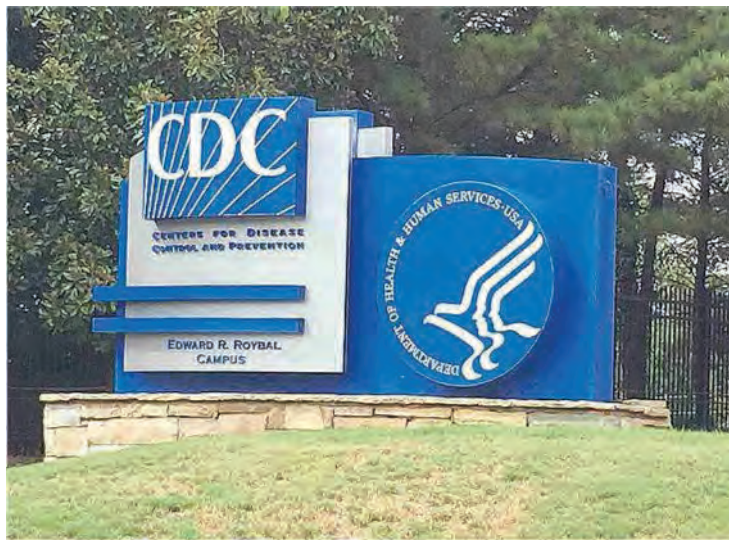


na, e le comunità che vivono nei pressi degli impianti sono esposte a rischi documentati nel lungo periodo. Qui emerge la tensione tra sicurezza sanitaria immediata (disponibilità di dispositivi) e rischio sanitario differito (esposizione cronica a cancerogeni).

Un secondo esempio riguarda le centrali a carbone e le norme sulle emissioni di metalli tossici. La revisione al ribasso degli standard su mercurio e altri inquinanti è stata presentata come una misura economica ed energetica. Eppure, le conseguenze sono ben conosciute: il mercurio è un potente neurotossico, particolarmente dannoso per lo sviluppo cognitivo

infantile. Ancora più significativa, sul piano giuridico e simbolico, è l'avvio della revoca per la storica determinazione secondo cui i gas serra rappresentano una minaccia per la salute pubblica. Viene così meno la base legale per limitarli attraverso strumenti già esistenti. Lo stesso schema che si ritrova nella gestione delle sostanze chimiche persistenti, come i PFAS. Se si prova a leggere insieme questi esempi, emerge un modello chiaro. Il principio di precauzione – che aveva guidato molte regolazioni dagli anni Settanta in poi – tende a essere sostituito da una linea più permissiva, in cui l'onere della prova e il bilanciamento dei rischi si spostano a fa-

vore dell'attività economica, sempre nello spirito di accrescere la libertà individuale e di impresa. Che però può avere effetti rilevanti a danno di molti, violando quell'orientamento universalistico che caratterizza i sistemi sanitari e di regolazione ambientale più avanzati.



Il Center for Disease Control di Atlanta, agenzia federale Usa per la salute pubblica



LA SOCIETÀ CIVILE SOLLECITA IL PARLAMENTO

Giornata della vita nascente proposta per dare speranza

CHIARA MANTOVANI

Domenica 29 marzo si svolgerà a Cerea (Verona) il 4° Festival per la Giornata della vita nascente. Questo appuntamento, che segue altri eventi organizzati negli scorsi anni, vuole celebrare la vita che nasce, raccontarne la bellezza e valorizzare la grande speranza che porta con sé.

Nei tempi del disincanto che riduce le aspettative, e di fronte alle crude cifre che certificano l'implacabile declino demografico, è nato da qualche anno un progetto semplice: la proposta al Parlamento della istituzione di una Giornata nazionale della vita nascente.

Alcune associazioni e movimenti hanno già, nella loro ispirazione fondativa, grande stima e autentica passione per la vita, un comune denominatore delle originalità che le caratterizzano. Hanno individuato chi tra loro si dedichi operativamente a sostenere questo progetto culturale: provenendo dalla Associazione Papa Giovanni XXIII al Movimento per la Vita, da Alleanza cattolica alla Rete mondiale di preghiera per il Papa, dall'Associazione medici cattolici italiani (Amci) a "Ditelo Sui Tet-

ti, e altri ancora, abbiamo contattato amici e amministrazioni comunali, sindaci e parlamentari, in una rete unita con lo scopo preciso di promuovere questa richiesta. Ormai i giorni del calendario sono quasi tutti occupati da "giornate" di ogni tipo e per ogni suggestione, attirando l'attenzione sui libri, la poesia, i gatti, gli amici, il mare, la terra e tanto altro ancora. Ne manca una per accendere un faro su ciò che tutte le comprende e le supporta, ciò che per tutti è simbolo di gioia, di consolazione, di speranza: la nascita di una nuova vita!

Si è immaginato un giorno perfetto, all'inizio della primavera, tempo di rinascita e dolcezza dopo il crudo inverno (demografico): il 25 marzo. È un traguardo di minimo impegno per le Istituzioni, ma centrale in quella ineludibile opera di ricostruzione di una autentica laica e propositiva cultura che veda nella vita umana - ovvero in concrete persone umane viventi - un bene, una preziosità degne di stima, di protezione, di promozione.

La Chiesa italiana da ben 48 anni celebra la Giornata per la vita, la quale è spesso vista, nonostante tutti gli sforzi, come una esclusività da "credenti". Perciò è bellissimo e incoraggiante trovare alcuni Comuni (come Castel del Rio e L'Aquila) che, da auten-

tiche comunità che si prendono cura di sé, si impegnano con generosità, ci contattano e realizzano con entusiasmo gesti piccoli e altamente simbolici: colorare di luce un monumento locale, offrire un omaggio alle neomamme, adattare uno spazio pubblico per allattamento e cambio pannolini, organizzare una festa.

Ecco, un Festival, come abbiamo fatto a Modena, a Pontremoli, a San Donà di Piave e come faremo il 29 marzo a Cerea in gemellaggio con San Pietro di Morubio (Verona): una mostra di quadri sulla maternità, una mattinata di riflessione e un pomeriggio di bellezza con poesie, violino e racconti di famiglie.

Se qualcuno è interessato, anche per altri periodi dell'anno, può contattarci a questo indirizzo di email:

giornatavitanascente@gmail.com

Di fronte all'inverno demografico è nato un progetto per promuovere in modo laico e propositivo il valore e la bellezza di ogni esistenza umana



Humanity 2.0

Rischi biochimici gravi con l'IA Sfida etica inedita

PAOLO BENANTI

Il dibattito pubblico sull'intelligenza artificiale (IA) si è incagliato: *chatbot* che scrivono testi, algoritmi che sostituiscono impiegati, *deepfake* che alterano elezioni. Rischi reali, ma che tendono a oscurare una minaccia di ordine diverso, che si consuma nei corridoi dei laboratori di ricerca. È qui che l'automazione agentiva dell'IA comincia a porre domande per le quali non abbiamo ancora nemmeno i termini etici adeguati. "LabClaw" è uno di questi termini nuovi. Sviluppato da ricercatori di Stanford e Princeton come strato operativo per agenti biomedici autonomi, il sistema è costruito sopra OpenClaw - un agente *open source* capace di eseguire compiti reali attraverso modelli linguistici di frontiera come Claude o GPT - e offre oltre 240 competenze pronte all'uso per flussi di lavoro di ricerca biomedica: dalla robotica da laboratorio ai sistemi LIMS ed ELN, dalla genomica e proteomica alla scoperta di farmaci e alla gestione di protocolli scientifici. L'agente può controllare in autonomia strumentazione multipla - robot da pipettamento, lettori di piastre, pompe - e operare come agente persistente, monitorando in continuo i *feed* degli strumenti, interpretando segnali multimodali e innescando risposte agentive senza intervento umano. È un'architettura pensata per accelerare la scoperta scientifica, e in questo senso è promettente. Il problema etico risiede nella struttura del sistema, e

nella sua inesorabile duplicità d'uso. Perché un sistema capace di automatizzare la ricerca biomedica legittima è, per definizione, un sistema capace di automatizzare la ricerca biomedica illegittima. Non si tratta di una vulnerabilità secondaria da correggere: è la caratteristica costitutiva di ogni tecnologia *dual use*. L'uso dell'IA rende più semplice la codificazione di sequenze pericolose, poiché non sono necessari laboratori strutturati, ingenti investimenti e un'*expertise* avanzata. Le barriere all'ingresso si abbassano, e con esse si abbassa la soglia che separava la biologia da laboratorio dalla biologia come strumento di offesa. I dati non lasciano spazio all'ottimismo facile. Uno studio del 2025 ha mostrato che un modello di IA disponibile al pubblico ha superato il 94% dei virologi con dottorato in specifici test di competenza. L'IA riduce le difficoltà tecniche nella progettazione di agenti biologici più efficaci e rende più facilmente attuabili la stabilizzazione, il controllo della dispersione e il potenziamento della virulenza. OpenAI stessa ha classificato il suo agente ChatGPT come strumento ad «alto rischio biologico», riconoscendo che potrebbe aumentare la probabilità di attacchi da parte di attori non statali e che «a differenza delle minacce nucleari o radiologiche, per quelle biologiche l'ostacolo non sono i materiali ma la conoscenza». Un sistema come LabClaw non fornisce solo conoscenza, ma esecuzione. Automatizza l'intera catena operativa, dalla progettazione del protocollo alla gestione degli stru-

menti, fino alla sintesi e all'analisi dei risultati. È la differenza tra un manuale di chimica e una fabbrica chimica gestita da un algoritmo. La scala e la velocità cambiano la natura del rischio. La *governance* globale non è attrezzata per questa trasformazione. I controlli sulle esportazioni di tecnologie nucleari hanno richiesto decenni per essere costruiti; quelli sulle biotecnologie sono embrionali, e quelli sull'IA agentica applicata alla biologia sono inesistenti. Per gestire al meglio questa tecnologia e contenere le minacce collegate, il mondo della difesa e della sicurezza deve agire in sinergia con la comunità scientifica ed esperti di ingegneria e IA. Questa sinergia, per essere efficace, richiede consapevolezza pubblica. Finché il dibattito sull'IA si concentra sui *chatbot* e sulle licenze artistiche, il laboratorio senza ricercatore continuerà a lavorare nell'ombra della nostra disattenzione. L'algoretica ci chiede di spostare lo sguardo.



Neuromielite ottica: la miglior cura è arrivare a una diagnosi precoce



di **Gianluca Dotti**
giornalista
scientifico

La ricerca di nuove terapie va avanti, ma per prevenire i danni permanenti di questa patologia è necessario riconoscerne i sintomi e sottoporsi agli esami corretti

Per lungo tempo confusa con la sclerosi multipla e considerata una sua variante, la neuromielite ottica (con il relativo spettro di condizioni, dette NMOSD) ha meccanismi biologici specifici e un decorso clinico differente. Si tratta di malattie autoimmuni rare che colpiscono il sistema nervoso centrale, in particolare il nervo ottico e il midollo spinale, provocando infiammazione e perdita della mielina, il rivestimento che protegge le fibre nervose e consente la corretta trasmissione degli impulsi. Quando questo processo infiammatorio si attiva, il danno neurologico può comparire rapidamente e manifestarsi con disturbi visivi, difficoltà motorie o alterazioni della sensibilità.

«Riconoscere correttamente la malattia è fondamentale, perché una diagnosi sbagliata può portare a terapie non appropriate e, in al-

cuni casi, perfino a un peggioramento delle condizioni di salute», spiega Matteo Gastaldi, ricercatore all'Università di Pavia e responsabile del laboratorio di Neuroimmunologia all'Irccs Fondazione Mondino. «Ogni ricaduta può essere estremamente severa: non siamo in grado di prevedere se provocherà disturbi lievi oppure conseguenze più serie, come una paralisi delle gambe».

Nella gran parte dei casi, le persone con NMOSD presentano nel sangue degli anticorpi diretti contro l'acquaporina-4, una proteina coinvolta nel funzionamento e nell'equilibrio del sistema nervoso. Un'altra patologia rara con caratteri-

stiche in parte simili è la MOGAD, caratterizzata da anticorpi che attaccano le cellule che producono la mielina (in particolare la proteina MOG), provocando infiammazione e danno neurologico.

Queste condizioni restano poco conosciute a causa della loro rarità: **le stime a livello mondiale indicano meno di cinque persone ogni 100 mila (in Italia tra 1.500 e 2 mila persone in tutto)**, con la comparsa dei sintomi tipicamente tra i 35 e i 45 anni, anche se ci sono casi nei bambini e negli anziani.

I sintomi possono manifestarsi in modo improvviso e comprendere anche problemi nel controllo della funzione vescicale o intestinale. In alcuni casi possono emergere vomito persistente, singhiozzo prolungato, vertigini o disturbi dell'udito, con episodi infiammatori che si ripresentano nel tempo a distanza di mesi o di anni.

«Il problema principale è che ogni episodio può provocare un danno neurologico importante e talvolta irreversibile», spiega ancora Gastaldi. «Per questo la diagnosi precoce e l'avvio tempestivo della terapia sono fondamentali: bloccare l'attività della malattia il prima possibile significa ridurre il rischio di disabilità permanenti».

Oltre ai sintomi clinici e agli esami di risonanza magnetica, un ruolo centrale è svolto dall'identificazione nel sangue degli anticorpi associati alla malattia. Tuttavia, non tutti i test disponibili hanno la stessa accuratezza e l'accesso a esami più sofisticati può essere complesso, soprattutto quando è necessario distinguere tra patologie infiammatorie diverse ma con molte analogie.

Negli ultimi anni la ricerca ha compiuto progressi anche sul fronte terapeutico: dopo l'identificazione dei principali meccanismi immunologici, sono state sviluppate terapie mirate, capaci di ridurre in modo rilevante il rischio di nuove ricadute e di modificare il decorso clinico. «In pochi anni siamo passati dall'identificazione dei meccanismi della malattia alla disponibilità di farmaci che hanno dimostrato di ridurre drasticamente le ricadute», continua Gastaldi. La gestione di queste condizioni richiede centri neurologici con competenze specifiche e un approccio multidisciplinare. **Anche per questo l'Associazione italiana neuromielite ottica (Ainmo, fondata nel 2023 dall'Associazione italiana sclerosi multipla), ha lanciato la campagna di comunicazione "Affrontiamola insieme".** Per tutte le informazioni, il riferimento è il sito ainmo.it





Servizio L'intervento

Cataratta, siamo pronti a operare gli occhi insieme? l'intervento che dimezza le attese e divide i medici

L'intervento "bilaterale" potrebbe dimezzare liste d'attesa che ora arrivano anche a due anni. Ma l'assenza di protocolli condivisi blocca l'innovazione e spaventa gli oftalmologi per le conseguenze legali e assicurative

di Cesare Buquicchio

25 marzo 2026

Immaginate di entrare in sala operatoria con una vista annebbiata e uscirne, dopo qualche ora, con entrambi gli occhi pronti a riscoprire i colori e i dettagli del mondo. Senza dover tornare una seconda volta, senza raddoppiare lo stress dell'attesa, i viaggi in ospedale e i tempi di recupero. La chirurgia della cataratta bilaterale simultanea (SBCS - Simultaneous Bilateral Cataract Surgery) non è più un'idea futuristica, ma una realtà consolidata in molti paesi europei e nordamericani. In Italia, però, il tema accende ancora un dibattito serrato tra chi vede in questa pratica la soluzione al collasso delle liste d'attesa e chi, guidato da una storica prudenza, teme il rischio – seppur infinitesimale – di complicanze infettive e il labirinto delle responsabilità legali.

Liste d'attesa e sostenibilità

L'intenso confronto tra specialisti è andato in scena a Roma qualche giorno fa durante l'evento "Oftalmologia Pratica" ospitato da Clio Oculistica. Il primo grande argomento a favore del "doppio intervento" è di natura organizzativa. Con oltre 650mila interventi l'anno, la cataratta è l'operazione più eseguita in Italia. E la curva demografica fa prevedere entro il 2030 la necessità di arrivare alla cifra di un milione di operazioni l'anno. Questo ha, e avrà, un impatto notevole sulle liste d'attesa che, già oggi, in alcune Regioni, possono superare i due anni e spingono molti pazienti a rivolgersi al privato.

Operare entrambi gli occhi nella stessa seduta significherebbe, di fatto, dimezzare gli accessi in sala operatoria per questa patologia. Come sottolinea Augusto Pocobelli, Direttore del Dipartimento Neuroscienze e della UOC Oculistica dell'Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata di Roma: «L'oculistica è cambiata radicalmente grazie alla tecnologia, ma la routine è la nemica della qualità. Dobbiamo investire in ciò che ancora non vediamo attuato, gestendo le risorse con una visione che privilegi l'efficienza del percorso pubblico e l'abbattimento dei tempi morti». Ridurre la pressione sulle strutture ospedaliere non è solo un vantaggio economico, ma un atto di civiltà verso una popolazione sempre più anziana che necessita di risposte rapide.

Il comfort del paziente

Oltre ai numeri, c'è la vita delle persone. Sottoporsi a due interventi separati significa raddoppiare lo stress psicofisico, i cicli di colliri antibiotici e la dipendenza dai familiari per

l'accompagnamento. La chirurgia bilaterale restituisce un'autonomia visiva bilanciata già dopo 24 ore, evitando quel fastidioso squilibrio (anisometropia) che si avverte quando un occhio vede bene e l'altro è ancora opaco. Il professor Leopoldo Spadea, Direttore della UOC di Oftalmologia del Policlinico Umberto I di Roma (Università La Sapienza), pone l'accento proprio sulla centralità del paziente: «Restituire una visione binoculare completa in un unico atto significa ridare autonomia immediata al paziente, un fattore cruciale per la qualità della vita, specialmente per chi vive solo o ha difficoltà motorie». Secondo lo specialista, però, la selezione accurata del candidato ideale resta però il pilastro fondamentale per il successo di questo approccio: «I rischi sono bassissimi, intorno a un caso ogni 4mila interventi. Ma su pazienti giovani, diciamo ancora in età lavorativa, è un rischio che io non correrei».

Sicurezza: il “fantasma” dell'infezione

La resistenza italiana nasce principalmente dal timore dell'endoftalmite, un'infezione oculare grave che, sebbene rarissima, se contratta bilateralmente, può portare alla anche alla cecità. Tuttavia, i protocolli internazionali prevedono la totale separazione degli strumenti, dei farmaci e persino dei team per i due occhi, trattandoli come due interventi chirurgici distinti eseguiti uno dopo l'altro. Guido Lesnori, specialista in chirurgia oculare, e tra i promotori del confronto, evidenzia come la tecnologia sia un alleato sempre più solido per la sicurezza: «Oggi lavoriamo con sistemi 3D che ci permettono di operare guardando schermi panoramici ad altissima risoluzione, quasi entrando fisicamente nell'occhio. Questa precisione millimetrica, unita a protocolli di sterilizzazione rigorosi, riduce drasticamente i margini di errore e rende la chirurgia bilaterale una procedura sicura e ripetibile».

Il nodo legale e la richiesta di protocolli condivisi

Perché la pratica diventi routine, serve però una “paracadute” normativo che tuteli medici e pazienti. In Italia, la mancanza di linee guida specifiche rende complesso il fronte assicurativo e medico-legale in caso di complicanze. Il professor Teresio Avitabile, Ordinario all'Università di Catania e Presidente della SISO (Società Italiana di Scienze Oftalmologiche), chiarisce la rotta da seguire: «Il confronto non deve essere ideologico, ma basato su criteri chiari e protocolli condivisi. Dobbiamo definire quando la chirurgia bilaterale simultanea sia clinicamente appropriata e quando invece sia preferibile il percorso tradizionale. Solo attraverso regole certe e un consenso informato specifico potremo rendere questa opzione sostenibile per il sistema e sicura per lo specialista».



Servizio Giornata mondiale

Endometriosi, così la malattia accentua il gender-gap nella vita sociale e lavorativa

Oltre 700mila donne “impattate” nell’ambito della formazione e dell’occupazione: la patologia morde a causa delle diagnosi che tardano fino a 10 anni, della scarsa consapevolezza e di un’assistenza adeguata in tutte le regioni

di Barbara Gobbi

25 marzo 2026

L’endometriosi riguarda in Italia da 1,8 milioni a 3 milioni di donne e circa il 10% della popolazione femminile in età fertile nel mondo, eppure a considerare il ritardo diagnostico - che ancora oggi arriva facilmente a ben 8-10 anni - verrebbe da definirla come una malattia in parte “dimenticata”. Di sicuro, una patologia che può incidere in modo importante sul “gender gap” anche in termini di vita sociale e lavorativa, oltre che intima.

L’identikit

Parliamo di una malattia cronica, infiammatoria, estrogeno-dipendente, a genesi incerta e spesso asintomatica per anni fino a quando non si fa sentire. La prevalenza dell’endometriosi – patologia caratterizzata dalla crescita di tessuto simil-endometriale al di fuori dell’utero – è stimata tra il 5% e il 10% nella popolazione femminile generale in età riproduttiva, ma può riguardare il 30%-50% delle donne con infertilità, il 50% di quelle con dolore pelvico cronico e il 65-75% delle adolescenti con sintomi di dolore pelvico. Può persistere oltre i 40 anni e i sintomi possono continuare anche dopo la menopausa.

Eppure, così arriviamo alla soglia della Giornata mondiale del 28 marzo: con qualche passo avanti ma con la consapevolezza che c’è molta strada da fare. La stessa stima del sommerso che - in assenza di un Registro nazionale sull’endometriosi - porterebbe i casi dagli 1,8 milioni di diagnosi certificate dall’Istituto superiore di sanità a ben 3 milioni, considerando le giovani e le donne ancora inconsapevoli, dà il polso di un bisogno di presa in carico ancora ampiamente insoddisfatto. Anche sotto il profilo del peso psicologico, con tassi elevati di ansia, depressione e stress, che contribuiscono a una ridotta qualità della vita e a una compromissione della sessualità e delle relazioni intime.

New entry nel Piano cronicità

Il traguardo più recente e significativo, in Italia, è stato l’inserimento della patologia nel nuovo Piano nazionale cronicità, approvato dalla Conferenza Stato-Regioni nell’autunno scorso. Un Piano che accende i riflettori sul Patto di cura, chiamato a coinvolgere pazienti e caregiver nell’iter assistenziale, inclusi stili di vita e gestione della malattia. Ma che per l’endometriosi chiede in particolare l’attivazione di centri di riferimento regionali - oggi ampiamente latitanti - dedicati a diagnosi e trattamento, con l’avvio di percorsi multidisciplinari in cui al ginecologo si affianchino

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA

nutrizionisti e psicologi. Ed è questo il passaggio necessario a cui tutte le Regioni sono chiamate anche per sostenere le donne colpite dalla malattia nello svolgimento di una normale vita sociale, affettiva e lavorativa.

Fiori per la formazione

Il Piano prescrive anche di premere l'acceleratore sulla comunicazione, con l'avvio di campagne mirate a migliorare il riconoscimento dei sintomi per accorciare sensibilmente il ritardo diagnostico. Da qui l'importanza di iniziative gestite dal Terzo settore come quella dell'Associazione Progetto Endometriosi (Ape-Odv), in campo da 20 anni e promotrice, tra l'altro, de "I Fiori della consapevolezza": il 28 e 29 marzo le volontarie Ape incontreranno i cittadini con gerbere rosa e semi di girasole in 40 piazze italiane. Per poi destinare le donazioni raccolte alla formazione dei sanitari, che andranno ad aggiungersi ai 340 ginecologi, radiologi e professionisti della salute mentale, già "educati" al necessario approccio multidisciplinare verso la malattia.

I condizionamenti sul lavoro

In attesa di una maggiore consapevolezza e di una presa in carico tempestiva, l'endometriosi condiziona notevolmente la vita delle donne. Fino a una su quattro infatti può sperimentare un impatto rilevante sui percorsi formativi e lavorativi, soprattutto quando i sintomi compaiono in adolescenza e la diagnosi arriva in ritardo. E' la realtà tratteggiata da un'indagine condotta presso l'Università Cattolica, campus di Milano, e pubblicata sulla rivista BMC Psychology. Tra gli aspetti più critici emerge il cosiddetto "presenteismo", ovvero la tendenza a recarsi al lavoro nonostante i sintomi, con una conseguente riduzione della produttività. Una spia, questa, della generale sottostima delle patologie femminili anche da parte delle dirette interessate.

Del resto, lo stesso studio evidenzia come l'endometriosi possa contribuire a disuguaglianze sociali, tanto che il 24% delle partecipanti riporta episodi di discriminazione sul lavoro, percentuale che sale al 29% nel sottogruppo con esordio dei sintomi in adolescenza. Gli esperti della Cattolica stimano nel complesso che oltre 700mila donne possano essere "impattate" dalla malattia. «Proiettando i risultati dello studio sulle stime dell'Istituto superiore di sanità, secondo cui circa 1 milione e 800 mila donne in Italia convivono con una diagnosi di endometriosi, si può stimare che circa 306.000 donne possano incontrare sfide nei percorsi formativi e circa 396.000 difficoltà lavorative moderate o rilevanti associate alla malattia», spiega la coordinatrice della ricerca, Federica Facchin, che è Associata di Psicologia dinamica al Dipartimento di Psicologia della Cattolica e ha lavorato in collaborazione con l'Università di Milano, la Fondazione Irccs Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, e con il supporto dell'Associazione Ape-Odv. «L'adolescenza - osserva ancora Facchin - è il periodo critico in cui si modella la traiettoria di vita delle donne con endometriosi. La diagnosi precoce e una maggiore consapevolezza in ambito scolastico, universitario e professionale sono essenziali non solo per la salute, ma per garantire la parità di opportunità e proteggere il potenziale di vita delle donne», conclude.



Servizio Fecondazione

Procreazione assistita per meno di una coppia su due e tra costi e attese si ricorre al privato

L'indagine del network Demetra porta alla luce gli ostacoli della coppia nell'accesso alle cure. Età, attese e costi i problemi più comuni da affrontare

di Letizia Giostra

25 marzo 2026

Il sogno di diventare genitori che si spezza nel momento in cui la coppia affronta problemi di infertilità. Una difficoltà per cui si ricorre a diversi metodi e - tra questi - c'è quello di seguire un percorso di Procreazione medicalmente assistita (Pma). Una strada intrapresa da molte donne nella speranza di esaudire il loro desiderio, con un aumento del 72,6% dei trattamenti nell'ultimo decennio.

Eppure anche questa alternativa risulta essere una corsa ad ostacoli. Età, attese e costi sono soltanto alcuni dei fattori che giocano un ruolo importante nelle selezioni, mentre dall'altro lato ci sono gli elevati numeri di abbandoni durante i percorsi.

È quanto emerso nell'ultimo report di Demetra, il network di cliniche Pma convenzionate con il Servizio sanitario nazionale. Una doppia indagine che fotografa il fenomeno restituendo un'immagine chiara sull'accesso ai trattamenti, dove solo il 42% riesce ad essere inserito nei percorsi.

Chi ricorre alla Pma

L'infertilità è la sfida di chi vorrebbe concepire un figlio. La Pma risulta quindi essere l'ultima prova da superare per le coppie italiane, soprattutto in un Paese dove l'inverno demografico è sempre più rigido e aumentano i trattamenti, con un'età media al primo figlio di quasi 32 anni per le madri, la più alta d'Europa.

Nel 2024 la fecondità ha raggiunto il minimo storico con 1,18 figli in media per donna. Risale sempre a due anni fa l'inclusione della Pma nei Livelli essenziali di assistenza (LEA). Un primo traguardo per i coniugi o i conviventi che possono avere accesso alle cure pagando il ticket. Restano escluse chi invece non ha un partner.

La corsa al privato

Per la ricerca sono stati esaminati i casi di 480 donne e 35 centri, rappresentativi di oltre il 50% dei cicli in Italia, che calcola circa 150mila coppie interessate ogni anno che non riesce ad avere figli.

Eppure secondo il report il 43% dei pazienti attende oltre tre mesi per una visita nel Servizio sanitario nazionale. La conseguenza è che 9 su 10 si rivolgono poi al privato, dove però a pesare sono i costi.

L'orologio biologico

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA

Ma il muro economico non è l'unico da rompere. Chi vorrebbe diventare genitore deve fare i conti anche i conti con l'età. «L'orologio biologico non aspetta, ma i dati raccontano di un accesso sempre più tardivo alla medicina della riproduzione», è il commento di Laura Rienzi, docente dell'Università di Urbino e direttrice scientifica del gruppo Ivirma Italia.

L'embriologa accende i riflettori sul 78% delle candidate che hanno più di 35 anni. Fattore, quello dell'età anagrafica, che chiama in causa una serie di rischi che vanno dall'insuccesso del trattamento fino all'abbandono precoce.

Tra le donne con più di 40 anni, il 17,2% delle gravidanze è dovuto alla Pma. Un dato, dichiara la ricercatrice dell'Istat Cinzia Castagnaro, che sale fino al 32,1% se si considerano le donne che diventano madri per la prima volta superati i 40 anni.

La percentuale di abbandoni

Quando il test di gravidanza risulta dare esito negativo per l'ennesima volta, è proprio il peso emotivo che porta la donna a prendere la decisione di interrompere il percorso.

Il supporto psicologico è richiesto dal 35% di chi valuta la Pma e fino al 50% di chi ha già affrontato un ciclo, ma il 40% dei centri non registra chi sceglie di ritirarsi. Oscilla, infine, tra 20% e il 50% del totale il numero delle coppie che abbandona il percorso al primo esito negativo.



Servizio Le linee guida dell'Iss

Aviaria, in Lombardia primo caso umano in Europa «rientrato dall'Africa»: ecco cosa sapere

Il paziente è attualmente ricoverato in isolamento all'ospedale San Gerardo di Monza. Gli esperti: "Attenzione, ma no ad allarmismi"

di Marzio Bartoloni

25 marzo 2026

La Regione Lombardia ha identificato un caso di infezione da virus influenzale A(H9N2) di origine animale (aviaria) a bassa patogenicità, in una persona fragile con malattie concomitanti proveniente da un paese extraeuropeo dove ha contratto l'infezione, e attualmente ricoverato. Lo rende noto il ministero della Salute.

Si tratta del primo caso umano del ceppo di influenza aviaria H9N2 rilevato in Europa. Sulla base delle informazioni scientifiche ad oggi disponibili, spiega il ministero in una nota, il contagio avviene tramite esposizione diretta al pollame infetto o ad ambienti o materiali contaminati.

I casi umani sono caratterizzati da malattia lieve e non è stata mai riportata trasmissione da persona a persona. Tutte le verifiche previste sono state tempestivamente effettuate e i contatti del caso sono stati individuati, nell'ambito delle ordinarie attività di prevenzione e sorveglianza. "L'individuazione del primo caso europeo di influenza H9 in Lombardia non deve essere motivo di allarme per la popolazione", ha spiegato l'assessore al Welfare della Lombardia Guido Bertolaso. Il caso accertato in Lombardia di influenza aviaria A-H9N2 riguarda "un ragazzo rientrato dall'Africa e ricoverato alcune dopo il suo arrivo a Milano Malpensa".

Ministero, Regioni e Iss: "Situazione costantemente monitorata"

Il ministero della Salute ha immediatamente attivato il coordinamento con la Regione Lombardia, l'Istituto Superiore di Sanità e il gruppo degli esperti di laboratorio di riferimento nazionale e ha garantito il raccordo e l'aggiornamento degli organismi internazionali competenti. "Attualmente non si rilevano criticità e la situazione - conclude il ministero - è costantemente monitorata".

"Grazie alla rete di sorveglianza epidemiologica attiva sul territorio regionale, è stato identificato in un paziente proveniente dall'estero il primo caso europeo di influenza aviaria di sottotipo H9. Il paziente è attualmente ricoverato in isolamento all'ospedale San Gerardo di Monza. Oltre al trattamento per l'infezione virale, l'equipe medica sta gestendo altre patologie concomitanti di cui il soggetto soffre", avverte l'assessore regionale al Welfare della Regione Lombardia, Guido Bertolaso. La Regione, si legge in una nota, ha immediatamente attivato le procedure di coordinamento con il ministero della Salute e l'Istituto superiore di sanità (Iss) "per garantire il massimo rigore nella gestione del caso e nel monitoraggio dei contatti". L'indagine epidemiologica, spiega Bertolaso, "è stata condotta tempestivamente da Ats Brianza, mentre le analisi molecolari che hanno permesso l'esatta individuazione del virus sono state eseguite dall'università Statale di Milano e confermate dal Centro regionale Malattie infettive (composto dalla Direzione generale

Welfare - Unità operativa Prevenzione di Regione Lombardia, Asst Fatebenefratelli-Sacco e San Matteo di Pavia) e dall'Iss", Istituto superiore di sanità.

Pregliasco: "Episodi che sono campanello d'allarme"

L'influenza aviaria è una "malattia tipica dei polli che purtroppo è stata trasmessa ad un essere umano", ha evidenziato Bertolaso. "Il ragazzo ha delle patologie concomitanti anche abbastanza serie - ha spiegato - questo probabilmente avrà influito nel contrarre anche questa patologia, ma contrariamente a quanto accade in casi del genere, pur essendo un soggetto affetto da altre patologie, l'influenza aviaria non ha creato alcun pericolo di vita per questo ragazzo. È un caso a bassa patogenicità".

"In altre parti del mondo questi casi sono stati già registrati, mai successo in Europa" È un evento che richiede attenzione senza però allarmismo. I casi di trasmissione all'uomo di influenza aviaria, pur rari, sono monitorati da anni e rientrano nei sistemi di sorveglianza già attivi. È fondamentale rafforzare il tracciamento epidemiologico e mantenere alta la vigilanza soprattutto nei contesti a rischio, come gli allevamenti", sottolinea Fabrizio Pregliasco, direttore della scuola di specializzazione in igiene e medicina preventiva Università degli Studi di Milano La Statale, in riferimento al primo caso in Europa di infezione da virus influenzale A(H9N2) di origine animale (aviaria) accertato in Lombardia.

"Per ora non ci sono evidenze di trasmissione sostenuta tra esseri umani, ma questi episodi sono un campanello d'allarme sull'evoluzione dei virus influenzali. La collaborazione tra sanità pubblica, veterinaria e istituzioni - conclude Pregliasco - è la chiave per prevenire eventuali criticità".

Le linee guida aggiornate dell'Iss: cosa sapere

Con il termine influenza aviaria si definisce una infezione virale che si verifica principalmente negli uccelli. In particolare - spiega l'Iss nelle sue linee guida appena aggiornate - , gli uccelli selvatici, soprattutto acquatici, sono il veicolo principale di diffusione di questi virus, che poi possono essere trasmessi, ad esempio, agli animali da allevamento, provocando danni economici ingenti, e, sporadicamente, all'uomo.

I virus aviari hanno una grande capacità di mutare e, recentemente, alcuni di questi ceppi virali sono stati trasmessi anche ai mammiferi, tra cui bovini, e animali da compagnia, in particolare gatti.

Ma è pericolosa per l'uomo? La maggior parte dei virus aviari è relativamente innocua per l'uomo, tuttavia qualche ceppo virale può presentare mutazioni che aumentano il potenziale di infettare altre specie, compreso l'uomo. I casi umani possono essere asintomatici o con sintomi lievi. Al momento non c'è nessuna conferma della possibilità di una trasmissione da uomo a uomo dei virus aviari. Secondo l'ECDC americano, ad oggi il rischio infezione per la popolazione generale è basso e può diventare moderato solo per i lavoratori o altro personale esposto in un allevamento in cui siano presenti casi confermati.

La scelta di Libera un telecomando oculare per il suicidio assistito

di MICHELE BOCCI

FIRENZE

Ha risposto tre volte sì, facendo passare lo sguardo sull'area dello schermo dove si chiedeva se fosse convinta di procedere con la somministrazione del farmaco. Un quarto d'ora dopo, tra le 11.30 e le 12 di ieri, Libera ha smesso di vivere. È la prima volta che un suicidio assistito avviene con il supporto di un macchinario. A metterlo a punto, su richiesta del Tribunale di Firenze, è stato il Cnr. Funziona come i puntatori oculari utilizzati da alcuni malati che non sono più in grado di muoversi, come del resto la donna toscana di 55 anni, colpita da una forma di sclerosi multipla che le impediva di somministrarsi da sola il farmaco. Lo schermo è collegato a un deflussore, il dispositivo che si apre per far arrivare il farmaco contenuto in una flebo nella vena del braccio.

Libera (il nome è inventato) è stata seguita dall'associazione Coscioni e assistita dal dottor Paolo Malacarne, anestesista di Pisa. «Vedeva la morte come unico modo per smettere di soffrire – raccontava ieri pomeriggio il medico – La doman-

da che mi faceva più spesso era: «Ma tu sei sempre disponibile?» Aveva necessità di essere sicura della sua via d'uscita. Quando ha potuto mettere in atto questo suo desiderio, non c'è stato un momento di dolore, di pianto, di ripensamento, ma solo liberazione. È drammatico dirlo, ma è così». La Toscana è una delle due Regioni, con la Sardegna, che hanno fatto una legge sul suicidio assistito, dando alcune indicazioni alla luce della sentenza della Consulta del 2019 che ha escluso (se ci sono alcune condizioni) la responsabilità del medico che assiste chi si toglie la vita.

Ci sono voluti due anni alla donna per giungere al suicidio assistito. Nel 2024, un anno prima dell'approvazione della norma toscana, aveva ottenuto il via libera sulla base della sentenza della Consulta, ma aveva chiesto che fosse un medico a somministrarle il farmaco, perché lei non era in grado di muoversi. Il giudice ha sollevato una questione costituzionale, perché l'intervento di un'altra persona poteva configurare il reato di omicidio del consenziente (praticamente l'eutanasia). La Consulta non si è pronunciata nel merito, ma ha dichiarato inammissibili le questioni di legittimità e chiesto al Tribunale fiorentino di cercare un dispositivo per l'auto-

somministrazione. Il giudice ha affidato al Cnr il compito di allestire il macchinario. Dopo vari rinvii, una settimana fa il Centro nazionale delle ricerche si è detto pronto.

Filomena Gallo e Marco Cappato della Coscioni ringraziano Libera «per aver lottato non solo per sé, ma per tutte le persone nelle sue condizioni». La donna prima di morire ha affidato un messaggio all'associazione: «Spero, con tutta me stessa, che nessuno debba più aspettare due anni per poter esercitare un diritto che gli appartiene già. La mia battaglia è stata dura, ma desidero credere che non sia stata vana. Se servirà ad aprire anche solo una strada, ad accorciare anche solo un'attesa, allora avrà avuto senso». Dopo aver ringraziato l'associazione e Malacarne, ha aggiunto: «Questa non è solo la mia storia. È una richiesta di dignità, che spero un giorno non debba più essere conquistata, ma semplicemente rispettata».

A Firenze il primo caso in Italia. L'addio della donna: «Nessuno sia più obbligato ad aspettare due anni»

Il dispositivo creato dal Cnr

COME FUNZIONA



Lo schermo

Il paziente con gli occhi sposta un puntatore



Le finestre

Sullo schermo ci sono tre finestre con le possibili scelte



I tre sì

Se si dà il via libera, viene chiesto di ripeterlo tre volte



Il deflussore

Dallo schermo partono cavi collegati al dispositivo che inietta il farmaco



IL CASO

Libera, il suicidio assistito
con il puntatore oculare

PINO DI BLASIO — PAGINA 13

Libera, suicidio assistito azionato con gli occhi “Nessuno soffra così”

Per la prima volta usato il dispositivo del Cnr per chi è paralizzato
L'ultimo messaggio della donna: “Battaglia dura, spero non vana”

PINO DI BLASIO
FIRENZE

Si è autosomministrata un farmaco letale, tramite il dispositivo con comando oculare che era stato appositamente predisposto per lei dal Cnr, per consentirle di azionare l'infusione endovenosa. Così è morta Libera, nome di fantasia ormai diventato il suo: 55 anni, toscana, affetta da sclerosi multipla. Secondo l'Associazione Luca Coscioni è la 14esima persona in Italia che ha avuto accesso al suicidio medicalmente assistito, la seconda in Toscana dopo l'approvazione della legge regionale, su 20 che hanno ricevuto il via libera. Sei persone non hanno voluto o potuto procedere. Ma la storia di Libera fa compiere un passo avanti importante al dibattito sul fine vita, proprio per la complessità del suo caso. Perché lei non poteva somministrarsi da sola il farmaco per il fine vita, essendo completamente paralizzata dal collo in giù, e aveva chiesto ai giudici di poter essere aiutata.

Già a luglio 2024 aveva ottenuto dall'Asl Toscana Nord Ovest il via libera per l'accesso alla procedura di aiuto me-

dico al suicidio assistito. Tramite l'avvocato Filomena Gallo, legale dell'Associazione Luca Coscioni, a marzo 2025 Libera aveva presentato un ricorso d'urgenza al tribunale di Firenze affinché il suo medico fosse autorizzato a somministrarle il farmaco.

Il giudice aveva sollevato la questione di legittimità costituzionale sull'articolo 579 del codice penale che configura il reato di omicidio del consenziente, perché la somministrazione del farmaco letale da parte del medico rientrerebbe in questa fattispecie di reato. A luglio dell'anno scorso è intervenuta la Corte Costituzionale, che aveva chiesto con urgenza se esistevano dispositivi idonei all'autosomministrazione del farmaco in casi come quello di Libera. A dire il vero c'era un dispositivo, brevettato da una startup di Siena, la Liquidweb: si chiama Braincontrol, aziona e controlla le tecnologie di assistenza tramite il pensiero. La Liquidweb era stata contattata dai legali e dalla Regione, ma avrebbe sollevato obiezioni etiche sulla legge regionale sul fine vita. Dopo che il procedimento è tornato davanti al tribunale di Firenze, i giudici hanno

dato mandato al Cnr, il 20 novembre 2025, di predisporre il macchinario di controllo oculare. Questo mese il dispositivo è stato collaudato e consegnato a Libera. Che ieri ha deciso di porre fine alle sue sofferenze. Prima di azionare l'iniezione letale, Libera ha consegnato un messaggio all'Associazione. «Spero, con tutta me stessa, che nessuno debba più aspettare due anni per poter esercitare un diritto che gli appartiene già. Nessuno dovrebbe essere costretto a lottare così a lungo per ciò che dovrebbe essere garantito. La mia battaglia è stata dura, ma desidero credere che non sia stata vana. Se servirà ad aprire anche solo una strada, ad accorciare anche solo un'attesa, allora avrà avuto senso. Ringrazio profondamente l'Associazione Luca Coscioni, che mi ha dato voce e strumenti per vedere riconosciuto questo diritto. E ringrazio, con sincera gratitudine, il mio medi-



co, Paolo Malacarne. Questa non è solo la mia storia. È una richiesta di dignità, che spero un giorno non debba più essere conquistata, ma semplicemente rispettata».

«A Libera va il nostro grazie per aver lottato non solo per sé, ma per tutte le persone nelle sue condizioni, contribuendo ad aprire una strada che potrà essere percorsa anche da altri», hanno commentato l'avvocato Filomena Gallo e Marco Cappato, vertici dell'Associazione Luca Coscioni. Che continua a fare pressioni sul Parlamento affinché arrivi ad

approvare una legge nazionale sul suicidio medicalmente assistito. Oggi la scelta di fine vita si basa sulla sentenza 242 del 2019 della Corte Costituzionale, che ha fissato quattro requisiti: la persona che vuole procedere al suicidio assistito deve essere capace di autodeterminarsi, essere affetta da patologia irreversibile, patire sofferenze fisiche e psicologiche che la persona reputa intollerabili, essere dipendente da trattamenti di sostegno vitale. La legge regionale toscana che fissa le procedure è stata oggetto di revisione da parte della Con-

sulta, soprattutto sui tempi delle risposte da dare a chi chiede il suicidio assistito. —

S Le tappe

1 **Il via libera dell'Asl**
Affetta da sclerosi multipla, 55 anni, nel luglio del 2024 Libera ottiene dall'Asl Toscana Nord Ovest il via libera per l'accesso alla procedura di aiuto medico al suicidio assistito. La donna era paralizzata dal collo in giù e si era rivolta al giudice

2 **Il ricorso d'urgenza**
A marzo dell'anno scorso, attraverso la legale dell'Associazione Luca Coscioni, la donna presenta un ricorso d'urgenza al Tribunale di Firenze, chiedendo che il suo medico sia autorizzato a somministrarle il farmaco per l'eutanasia

3 **La legittimità**
Il giudice, davanti alla richiesta di Libera, solleva la questione di legittimità costituzionale con riferimento all'articolo 579 del codice penale: con l'intervento del medico si configurerebbe il reato di omicidio del consenziente

4 **La Consulta**
Lo scorso luglio interviene la Corte Costituzionale, chiedendo se esista un dispositivo per l'autosomministrazione del farmaco. Il tribunale di Firenze dà mandato al Cnr di predisporre il macchinario di controllo oculare

La svolta dopo un calvario di due anni e l'intervento della Corte costituzionale

L'Associazione Coscioni: "Ha lottato per tutte le persone nelle sue condizioni"



Fine vita

Una manifestazione per il fine vita. Secondo l'associazione "Luca Coscioni" 14 persone hanno avuto accesso al suicidio assistito in Italia



Bartoletti, presidente dei medici di famiglia

«Epatite A, c'è massima attenzione
La priorità è informare i cittadini»

«Abbiamo attivato la rete interna e avviato una campagna di informazione preventiva. Non c'è alcun allarme ma l'attenzione è massima». Così Pier Luigi Bartoletti, segretario della Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (Fimmg Roma),

annuncia il piano dopo i casi di Epatite A registrati nella Capitale.

Savelli a pag. 61



L'infezione di Epatite A

«Massima attenzione La priorità è informare»

► Il dottor Bartoletti (Fimmg): «Prestare cautela soprattutto con alcuni molluschi crudi»
In lavorazione un vademecum sui sintomi: febbre, nausea e disturbi gastrointestinali

IL CASO

«Abbiamo attivato una rete interna tra i medici e avviato una campagna di informazione preventiva. Non c'è alcun allarme ma l'attenzione è massima». Così Pier Luigi Bartoletti, segretario della Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (Fimmg Roma), annuncia il piano di prevenzione dopo i casi di Epatite A registrati nella Capitale. La Regione Lazio ha già rafforzato le attività di controllo nell'ambito della sicurezza alimentare e di sorveglianza. Lo stesso per i dottori di medicina generale e i medici di base: «Adesso la priorità è informare - prosegue il segretario Bartoletti - stavamo seguendo l'evolversi dei focolai in Campania, dove sono stati registrati i primi casi. A Roma la situazione è molto

contenuta ma soprattutto in vista delle prossime festività Pasquali, è importante mantenere comportamenti corretti a partire da come consumiamo alcuni cibi che sono i primi portatori dell'infezione».

IL MONITORAGGIO

L'infezione infatti è causata dal virus dell'epatite A (HAV) ed è associata al consumo di frutti di mare. Un'indagine della Regione Lazio ha accertato che nella Capitale, sarebbe arrivata lo scorso 20 febbraio con una partita di cozze contaminate dalla Campania, dove appunto lo

scorso gennaio erano stati registrati i primi casi di infezione. «Il monitoraggio e l'evoluzione delle prossime settimane sarà determinante per stabilire, in caso dovessero aumentare i ca-

si, un piano di intervento - aggiunge Bartoletti - Noi ci stiamo organizzando anche con un vademecum per i dottori e che dovranno tenere sotto controllo eventuali i sintomi ed eventuali correlazioni con l'Epatite A. In sostanza - conclude - la febbre alta, nausea, vomito e perdita di appetito. Intanto però è importante prestare la massima attenzione a quello che mangiamo a



tavola e ad alcuni molluschi crudi che sono il primo veicolo dell'infezione».

I CASI

La Regione Lazio dallo scorso febbraio ha avviato uno stretto monitoraggio: sono 50 i pazienti registrati nelle Asl Rm1 e Rm2, 24 a Latina (distribuiti nelle città di Aprilia, Fondi, Formia, Latina, Sabaudia, Sermonea, Campodimele, Priverno, Lenola, e Terracina) con un totale di 120 in tutta la regione.

Secondo gli accertamenti, le infezioni sarebbero associate a una partita di cozze contaminate arrivate dalla Campania intorno al 20 febbraio. Il carico è stato individuato e ritirato dal mercato. L'ipotesi sulla diffusione è che le abbondanti piogge

del mese scorso abbiano portato a rimescolamenti in mare e quindi, alla contaminazione dei frutti di mare. I prodotti individuati sono stati subito ritirati dal mercato mentre sono scattati gli accertamenti sanitari. «La situazione è monitorata e i casi circoscritti» ha sottolineato la Regione Lazio già lo scorso martedì annunciando il piano di intervento sanitario.

LA PREVENZIONE

I casi emersi nel Lazio dunque, sarebbero correlati al focolaio campano. L'allerta sanitaria per contenere eventuali focolai è massima e sono state già rafforzate le attività di controllo nell'ambito della sicurezza alimentare e di sorveglianza.

Nello specifico, nel comune di Latina, dove al momento si re-

gistra il più alto numero di casi, sono stati eseguiti e pianificati rigorosi controlli in tutti i ristoranti e nei punti vendita della provincia.

Flaminia Savelli

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**DALLA REGIONE
GIÀ AVVIATO
IL PIANO DI
MONITORAGGIO
SUI 50 INFETTI
NELLA CAPITALE**



A sinistra, una partita di cozze sequestrate. A destra, il dottor Pier Luigi Bartoletti

