

30 aprile 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

Banca CFF+ Plus, for your business.

la Repubblica

Banca CFF+ Plus, for your business.

Fondatore EUGENIO SCALFARI

Direttore MARIO ORFEO

R50

il venerdì

DOMANI IN EDICOLA

il venerdì Che ne sarà del lavoro al tempo di robot e IA

Rspettacoli De Carlo è in paradiso ospite di Jimmy Fallon

di SILVIA FUMAROLA a pagina 37



Giovedì 30 aprile 2026 Anno 51 - N° 98 Oggi con d In Italia € 2,90

“Sono stato io a sparare il 25 aprile”

Fermato l'aggressore della coppia Anpi a Roma è un ventunenne della comunità ebraica la confessione e il ritrovamento di armi in casa



È stato arrestato il giovane che ha sparato contro il corteo del 25 aprile. Si tratta di Eitan Bondi, 21 anni. A casa sua coltelli, fucili, pistole e armi ad aria compressa. Millanta di far parte della "Brigata Ebraica" e ammette di aver sparato una raffica di piombini con una pistola da soft air contro due persone con un fazzoletto dell'Anpi. di BEI, BERIZZI, CARTA, GIANNOLI e OSSINO da pagina 3 a pagina 5

Primo sì a Roma capitale scontro tra Meloni e il Pd

La finzione del salario giusto

di TITO BOERI

Lavoratori italiani non meritano di essere presi in giro. Dall'agosto del 2021 i loro salari hanno perso circa l'8% del potere d'acquisto. a pagina 21

La riforma per dare alla Capitale più poteri e farne un ente autonomo fa il primo passo. Ma è scontro tra la premier Meloni e il Pd. La Camera vota sì alla proposta di legge costituzionale, in prima lettura. Centrodestra a favore (con Azione), M5S e Avs contro. Il Pd (con Iv) si astiene. Il sindaco Gualtieri: andare avanti con un consenso più ampio. La premier: "Patto violato". I dem: la nostra astensione costruttiva. di DE CICCO e VITALE a pagina 13



L'INCHIESTA

Garlasco, il pm convoca Sempio "Ha ucciso Chiara da solo"

di MASSIMO PISA

a pagina 26

Trump insiste sul blocco di Hormuz e chiama Putin

La guerra costa all'Europa 500 milioni al giorno Von der Leyen: aiuti mirati

Donald J. Trump @realDonaldTrump

Iran can't get their act together. They don't know how to sign a nonnuclear deal. They better get smart soon! President DJT

NO MORE MR. NICE GUY!



La lunga mano della Cina di Xi

di MAURIZIO MOLINARI

Minacce commerciali alla Ue, sfida alla Silicon Valley sull'Isola, prova di forza nell'Africa australe, navi cargo per sfidare Trump a Hormuz e la rinnovata determinazione a prendersi Taiwan: da dieci giorni la Cina di Xi Jinping è protagonista di una raffica di mosse accomunate dalla volontà di affermare i propri interessi su ogni continente, trasformando la stagione dell'incertezza globale in un'occasione di rafforzamento strategico. a pagina 16 Servizi di LOMBARDI e TONACCI alle pagine 16 e 17

Advertisement for KAOS by Massimo Cacciari and Roberto Esposito, published by il Mulino.

Uruguay, le carte su Minetti: ecco il perché dell'adozione

I russi sbarcano alla Biennale ma arrivano anche gli ispettori di Giuli

di BRUNELLA GIOVARA

a pagina 25. Servizio di RIFORMATO

di DI RAIMONDO e FOSCHINI

La fretta del ministero. E la second life di Nicole Minetti, unico elemento che potrebbe portare la Procura generale di Milano a cambiare il parere sulla grazia. Per capire la nuova fase della vicenda Minetti è necessario tornare a fine novembre, quando sul tavolo della Procura generale di Milano arriva un sollecito da parte del ministero della Giustizia. a pagina 9 Servizi di CERAMI e VECCHIO alle pagine 9 e 11

L'INTERVISTA

di PAOLO MASTROLILLI



Kerry: le bombe sull'Iran ci isolano dai nostri alleati

a pagina 19

CORRIERE DELLA SERA

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



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

DIFENDIAMO L'EUROPA VALLEVERDE logo

La corsa rosa Giro d'Italia, finale al Circo Massimo di Marco Bonarrigo a pagina 53

Madrid, sconfitto Jodar Il nuovo fenomeno non ferma Sinner di Gaia Piccardi a pagina 52

VALLEVERDE logo

La Ue, Kiev, Mosca

L'EUROPA PUÒ PROVARCISI

di Paolo Valentino

Ora che Viktor Orbán è stato sconfitto nelle urne e l'Ungheria ha tolto il veto al prestito senza interessi da 90 miliardi di euro per l'Ucraina, l'Unione europea porta interamente sulle spalle il sostegno a Kiev e alla sua lotta contro l'invasore russo. Il via definitivo dato dagli ambasciatori del Ventisette è un segnale potente della determinazione dell'Europa a proseguire il suo impegno, di fronte al distacco americano e all'intensificarsi dell'offensiva della Russia contro le infrastrutture civili ucraine. L'approvazione del ventesimo pacchetto di sanzioni, mirate a colpire gli interessi economici di Mosca e le sue esportazioni di petrolio attraverso la flotta ombra, dà ulteriore spessore all'azione europea, mentre la Commissione di Bruxelles sta già lavorando a un nuovo round di misure coercitive. Distratti come siamo dalla pericolosa partita in corso nello Stretto di Hormuz, abbiamo quasi passato sotto silenzio l'importanza di questa svolta nella crisi ucraina: «L'Europa ha dimostrato di saper reggere anche da sola ed è un fatto enorme», dice un ex premier europeo. Grazie all'appoggio finanziario e militare dell'Unione, che acquista le armi dagli Usa e le gira a Kiev, l'Ucraina infatti ha ora risorse e capacità per resistere a lungo, un anno e più, impedendo ai russi avanzate significative e infliggendo loro perdite dolorose, sia al fronte che in profondità nelle loro infrastrutture energetiche. continua a pagina 28

Il pm: tentato omicidio. La Comunità: non è dei nostri. La ferita: triste vederlo così imbevuto d'odio

«Ho sparato io il 25 Aprile»

Fermato un 21enne: sono della Brigata Ebraica. L'Anpi: una deriva estremistica

IL RITRATTO Chi è Eitan: le armi, i coltelli e i lavoretti

di Rinaldo Frignani a pagina 3

ATTACCO ANTISEMITA Due ebrei feriti per strada a Londra

di De Carolis e Ippolito a pagina 5



Eitan Bondi, 21 anni, fermato a Roma per gli spari del 25 Aprile

Per gli spari agli iscritti all'Anpi durante il corteo del 25 Aprile, a Roma, la polizia ha fermato Eitan Bondi, un ragazzo di 21 anni. È accusato di tentato omicidio. Ha confessato e ha detto di far parte della Brigata Ebraica. alle pagine 2, 3 e 4

LO ZAR LODA LA TREGUA CON TEHERAN Putin chiama Trump: dall'Iran all'Ucraina 90 minuti al telefono

di Viviana Mazza

Una telefonata lunga novanta minuti: dopo un mese e mezzo di silenzio i presidenti di Stati Uniti e Russia Donald Trump e Vladimir Putin sono ritornati a parlarsi. Gli argomenti? Hanno discusso «soprattutto di Ucraina» e anche «un po' di Iran», hanno fatto sapere. Lo zar ha lodato «la saggia decisione» di Trump per la tregua con Teheran e avrebbe offerto alla Casa Bianca idee e suggerimenti su come risolvere la questione del nucleare iraniano. alle pagine 10 e 11

FONDI PER 4 MILIARDI

Alloggi, il piano del governo: 100 mila case, prezzi calmierati

di Andrea Ducci e Mario Sensi

Il governo si appresta a dare il via libera al Piano Casa. La dotazione iniziale è di 970 milioni di euro a cui si sommano 1,1 miliardi dai fondi di coesione, ma in totale saranno circa quattro miliardi. «Il piano mira alla costruzione di 100 mila nuovi alloggi», ha spiegato Meloni. Inoltre saranno avviati interventi di recupero e ristrutturazione di circa 50 mila alloggi popolari che attualmente sono inagibili. Dal Cdm un provvedimento anche per prorogare il taglio delle accise sui carburanti. alle pagine 16 e 17 Voltattomi

Stati Uniti La testimonianza al processo in California



Il ceo di «OpenAI» Sam Altman, 41 anni, e Elon Musk, 54, dietro le vetrate del tribunale statunitense di Oakland, in California

Musk in aula contro Altman «L'AI è come Terminator»

di Michela Rovelli

Elon Musk in tribunale contro Sam Altman. E dai banco dei testimoni lo accusa di avere trasformato «OpenAI» in una macchina per fare soldi. «L'AI è come Terminator», dice. a pagina 23

Garlasco L'interrogatorio fissato il 6 maggio I pm convocano Sempio «Ha ucciso lui Chiara e lo ha fatto da solo»

di Cesare Giuzzi

Per il pm «Andrea Sempio ha ucciso Chiara Poggi da solo». La Procura di Pavia, che a sorpresa ieri ha convocato l'indagato per il prossimo 6 maggio alle 10, ha modificato il capo di imputazione cancellando la parte in cui l'amico del fratello della vittima era accusato in concorso con altri ignoti con Alberto Stasi. Sempio finora non è mai stato sentito. a pagina 20

IL CASO

Grazia a Minetti, lo scontro sull'adozione in Uruguay

di Francesco Battistini Giovanni Bianconi e Virginia Piccolillo

Il provvedimento del Tribunale di Maldonado, in Uruguay, sull'adozione del bimbo affidato a Minetti e al compagno Cipriani conferma che il minore del 2017 «era stato abbandonato». Il pg di Milano, che svolge i nuovi accertamenti, ha acquisito l'atto. In corso le verifiche. alle pagine 6, 8 e 9 Ferrarella Guerzoni, Nicolussi Moro

LA RIFLESSIONE

Cosa ci insegna il suicidio di una madre

di Susanna Tamaro a pagina 24

IL CAFFÈ di Massimo Gramellini

I due Re

Mi sto scoprendo monarchico: inglese, naturalmente. Solo Trump, uno che monarchia pensa di esserlo, poteva compiere il miracolo. E solo la ragion di Stato poteva mettere lui e Re Carlo, due persone che in comune non hanno nemmeno la lingua, intorno allo stesso tavolo di gala. Viviamo tempi surreali, in cui un sovrano spiega in pubblico a un presidente eletto dal popolo il senso della democrazia, che non consiste solo nel diritto di voto, ma nell'equilibrio tra i poteri. Però viviamo anche tempi divertenti, almeno a tratti, come quando il britannico ha estratto dal foderò della sua dialettica un'arma sconosciuta all'americano: l'ironia. «Lei ha detto che, senza di voi, noi adesso parleremmo tutti tedesco, ma io le rispondo che, senza di noi, voi parlereste tutti fran-

cese». E Trump, che ignora il senso dell'umorismo e probabilmente anche la storia degli Stati Uniti, non sapeva se sorridere o arrabbiarsi, e nel dubbio manteneva la bocca storta e la faccia ingrignita. Però taceva, e già l'aver ridotto al silenzio il più molesto parlatore dell'era contemporanea rappresenta per Carlo un titolo di merito che lo emenda, ai miei occhi, da certe punte di snobismo coltorico di cui il suo carattere non è mai stato privo. Raramente mi sono sentito rappresentato da qualcuno come da quest'uomo che pure non mi rappresenta. In mezzo a tanti politici che alimentano l'odio proclamandose vittime, questo Re pieno di ironia, visione e cultura è proprio il leader che vorrei.

L'ORO HA FATTO LA STORIA. Dal 1929 Obrelli è la storia dell'oro. BANCO METALLI PREZIOSI OBRELLI dal 1929 a LAVIS (Trento) | MILANO www.oro.obrelli.it LAVIS (Trento) | MILANO info@obrelli.it AUTORIZZAZIONE BANCA D'ITALIA N. 5007737 - 5009402

Vertical text on the left margin containing publication details and a barcode.

L'ALLARME DEL CARDINALE REPOLE
"Torino da città dell'auto a città delle armi"

GIULIA RICCI - PAGINA 15



INCHIESTA SUL CALCIO, I TESTIMONI
"Agli arbitri designati era noto il sistema Rocchi"

GIUSEPPE LEGATO - PAGINA 18



IL CASO RUSSIA
Biennale di Buttafuoco
Giuli manda gli ispettori

MALFETANO, TAMBURRINO - PAGINA 25

1,90 € | ANNO 160 | N. 114 | IN ITALIA (PREZZI PROMOZIONALI ED ESTERO IN ULTIMA) | SPEDIZIONE ABB. POSTALE | DL 353/03 (CONV. IN L. 27/02/04) | ART. 1 COMMA 1, DGB-TO | WWW.LASTAMPA.IT



LA STAMPA

GIOVEDÌ 30 APRILE 2026

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



DAI FERTILIZZANTI PER L'AGRICOLTURA AL CARBURANTE PER GLI AEREI, AL MATERIALE PER LE STRADE: IL PREZZO DEL CONFLITTO IN IRAN

La Ue: guerra, costi insostenibili

Von der Leyen: Hormuz, paghiamo mezzo miliardo al giorno. Trump studia un nuovo blitz e sente Putin

IL COMMENTO

Rivoluzione Opec la rabbia saudita

GIORDANO STABILE

Il potere dell'Opec e i petrodollari nascono entrambi da una doppia crisi. La guerra arabo-israeliana del 1973, con l'Arabia Saudita che decide l'embargo sulle esportazioni di greggio per mettere pressione sull'Occidente. La crisi finanziaria americana, con lo sganciamento del dollaro dall'oro, cambio fisso a 35 biglietti verdi per un'oncia, e la necessità di trovare un nuovo equilibrio monetario. - PAGINA 4

L'INTERVISTA

Tabarelli: ma l'Italia può guadagnarci

SARA TIRRITO

«Quando Hormuz riaprirà, i prezzi del petrolio crolleranno». Per Davide Tabarelli, presidente di Nomisma Energia, l'uscita degli Emirati Arabi Uniti dall'Opec è «una sorpresa». I suoi effetti, spiega, non saranno immediati, li vedremo solo quando il transito nello Stretto verrà ripristinato. «La loro uscita dal cartello li libera dai vincoli sulle quote di produzione e potrebbe tradursi in un crollo dei prezzi di 10-20 dollari al barile». - PAGINA 4

IL REPORTAGE

Calvario Libano la terra dei funerali

FRANCESCA MANNOCCHI

A Nabatiyeh il vuoto si vede prima del funerale. Si vede nelle arcaesche abbassate, nelle strade senza traffico, nei negozi chiusi, nelle facciate rimaste in piedi. - PAGINA 5

CONFESSA VENTUNENNE ROMANO: SONO DELLA BRIGATA EBRAICA



Eitan Bondi, fermato dalla polizia per gli spari del 25 aprile contro due manifestanti

"Ho sparato il 25 aprile"

CARRATELLI, ZICCO, MONTICELLI - PAGINE 8 E 9

IL COMMENTO

Così Eitan ha rotto i valori dell'ebraismo

ELENA LOEWENTHAL - PAGINA 23

IL DIBATTITO

Le piazze stress test per la democrazia

CATERINA SOFFICI - PAGINA 11

BARONI, BARBERA, MARTUSCELLI, SIMONI

La bolletta è sempre più cara. A fare il bilancio è la presidente della Commissione europea, Ursula von der Leyen, alla plenaria del Parlamento europeo: dall'inizio della guerra «la nostra spesa per l'import di combustibili fossili è aumentata di oltre 27 miliardi di euro. Stiamo perdendo quasi 500 milioni al giorno». Intanto fra Trump e Putin c'è stata ieri una lunghissima telefonata. Tema: Iran e Ucraina. - PAGINE 2-7

Se lo humour di Carlo batte Donald il cinico

MARCO VARVELLO - PAGINA 7

I CONTROLLI A MONTEVIDEO: LA DOCUMENTAZIONE IRREGOLARE

Minetti, i buchi dell'adozione tutte le accuse dall'Uruguay

CAPURSO, DELVECCHIO, MAGRI

Nicole Minetti ha davvero preso «radicalmente le distanze dal suo passato»? I nuovi approfondimenti della Procura generale di Milano si concentrano proprio su questo nelle nuove indagini sullo «stile di vita» dell'ex igienista dentale di Silvio Berlusconi e consigliere regionale di Forza Italia condannata a 3 anni e 11 mesi per peculato e sfruttamento della prostituzione nell'inchiesta Ruby bis. Quella «volontà di riscatto sociale» su cui si era fondato il parere favorevole del sostituto pg Gaetano Brusa alla concessione della clemenza ora sembra traballare. - CON IL TACOLINO DI SORGI - PAGINE 12 E 13

Quei minori morti nel centro di Linau

EMILIANO GUANELLA - PAGINA 13

LA NUOVA INCHIESTA

Garlasco la svolta dei pm "Sempio ha ucciso Chiara da solo"

FRANCESCO MOSCATELLI, LUCA RICCI



Si stringe il cerchio su Andrea Sempio, invitato a comparire il 6 maggio nell'ambito della nuova inchiesta sull'omicidio di Garlasco. Per il pm di Pavia il trentottenne avrebbe «ucciso Chiara Poggi da solo». Eliminato il concorso con altri ignoti o con Alberto Stasi. - PAGINA 19

LE ANALISI

Nordio e i suoi fratelli governo nel pantano

ALESSANDRO DE ANGELIS - PAGINA 23



Ma il pari elettorale sarebbe un successo

MARCO FOLLINI - PAGINA 23

Buongiorno

Poi, nei momenti giusti, viene fuori il senso dello Stato, quello da cui sono animati più di chiunque altro i patrioti - volgarmente detti sovranisti - quelli che Nazione lo scrivono con la maiuscola, quelli che i confini sono sacri, la cittadinanza va meritata e l'Italia agli italiani. Ricordate il caso dell'allora sottosegretario alle Giustizie, Andrea Delmastro, uomo delle istituzioni, da giuramento sul proprio onore, e dell'onorevole Emanuele Pozzolo, suo compare di partito? Ricordate? A una loro festa di Capodanno parti un colpo, ci fu un ferito, e non si è mai capito chi avesse fatto fuoco perché nessuno, nonostante lo spiccato senso dello Stato, si sentì in dovere di raccontare com'erano andate le cose, neanche alla magistratura. Un altro caso interessante fu quello di Osama Almasri, il torturato-

Il senso dello Stato

MATTIA FELTRI

re libico ricercato per crimini contro l'umanità, arrestato a Torino dalla Digos, scarcerato in un paio di giorni e riportato a casa con un volo di Stato - in rima baciata col senso dello Stato. La tempra suggerì ai protagonisti, nei vari ministeri, di rimpallarsi la colpa e ributtarla sui giudici. E pure il non s'è mai saputo bene come andò la faccenda. Però abbiamo capito come è andata in questo terzo caso, quello della grazia a Nicole Minetti, in cui le responsabilità sono tutte del gatto Silvestro o del topo Gigio, siccome anche stavolta il ministro Carlo Nordio non c'era e se c'era dormiva, e tutti gli altri gli cantavano la ninna nanna. Con capi di questa levatura, con questo senso del comando, con questo senso del destino, insomma con questo senso dello Stato e della Patria, si salvi chi può.

Futuro in corso.
Da oltre 140 anni, siamo impegnati per il progresso e la sicurezza energetica del Paese. Anche adesso, anche qui.
edison
Distribuzione di energia che cambia tutto.



Il Messaggero



€ 1,40 ANNO 148 - N° 116
Sped. in A.P. 0333/2003 come L.46/2004 art.1 c.1 0333/01

NAZIONALE



Giovedì 30 Aprile 2026 • S. Pio V papa

IL GIORNALE DEL MATTINO

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

Svolta clamorosa dell'inchiesta su Garlasco
IL PM CONVOCA SEMPIO
«HA UCCISO LUI CHIARA»

Di Corrado e Guasco a pag. 15



Ritratti romani
Il "marmoraro"
e l'amore inciso
nella pietra

Enrico Vanzina a pag. 23

L'editoriale
IL LAVORO
DA FARE
PER UN PATTO
MIGLIORE

Paolo Balduzzi

Si dice che guardare al passato aiuti a capire il presente. Questo è spesso vero: ma non sempre. L'occasione di guardare a un certo passato è data, in questi giorni, dalle audizioni sul Documento di finanza pubblica che sono tenute da molti specialisti e istituzioni, come Istat, Ufficio parlamentare di bilancio e Banca d'Italia. Proprio sfogliando la sempre ricca, puntuale e interessante audizione della Banca d'Italia, capita di imbattersi in tabelle che ripercorrono l'andamento di diverse variabili di finanza pubblica negli ultimi dieci anni.

Ecco, il passato. Ed ecco perché guardare al passato, in questo caso, non aiuta a capire il presente bensì porta domande e dubbi. Nel 2016 il rapporto tra debito pubblico e prodotto interno lordo (Pil) era pari al 134,2%, in crescita rispetto al 2014 e al 2015. Fino al 2019 sarebbe rimasto altalenante intorno a questo valore, per poi esplodere al 154,4%, come noto, a causa dell'emergenza covid. A stupire è che quel valore del 2016 è sostanzialmente identico a quello registrato nel 2024 in Italia (134,7%). Con evidenti differenze di tendenza e contesto che, però, sono tutte a vantaggio del decennio precedente.

Continua a pag. 29

Via a 12,8 miliardi
Pnrr, ok Ue
alla nona rata

Pira a pag. 9

Il primo sì dell'Aula
ROMA
CAPITALE
PATRIMONIO
DI TUTTI

Mario Ajello

Buona la prima. La votazione per Roma Capitale è andata bene, poteva andare meglio con il sì e non con l'astensione del Pd, ma è un'astensione costruttiva assicurano nel partito, e speriamo davvero che sia costruttiva (...)

Continua a pag. 29
Bulleri a pag. 11

25 APRILE/IL GIOVANE APPARTIENE ALLA COMUNITÀ EBRAICA

Spari a Roma, preso l'autore

► Il 21enne confessa: «Sono io, sono della Brigata Ebraica». Ma l'associazione smentisce. In casa sua pistole, proiettili e coltelli. Netta condanna delle Comunità ebraiche italiane. L'Anpi: derive estremistiche

ROMA. Spari a Roma il 25 aprile, preso l'autore. Il 21enne confessa: «Sono stato io, sono della Brigata Ebraica». Ma l'associazione smentisce.

Pozzi e Urbani a pag. 2



I personaggi

L'ex studente vicino
ai gruppi anti pro-pal

Chriatti e Urbani a pag. 2

La donna colpita:
triste per questo odio

Spagnoli a pag. 3

In alto nel frame delle telecamere il 21enne mentre, seduto sul suo scooter, spara verso i due militanti dell'Anpi al parco Schuster, a Roma, lo scorso 25 aprile

L'intervista/Victor Fadlun

«Gesto senza giustificazioni
Ma clima d'odio verso di noi»

► Parla il presidente della Comunità ebraica di Roma

Gianluca Perino

«Ingiustificabile. Ma c'è un clima d'odio». Così Victor Fadlun. A pag. 3

» Ho chiesto
di incontrare
i due feriti



La difesa: chiesti consulti ai medici, non agli ospedali
Caso Minetti, si indaga sull'adozione
e sulla "nuova vita" dell'ex consigliera

Bechis, Evangelisti, Guasco e Sciarra a pag. 4

Il racconto

● **Punta del Este, il buen retiro dei vip**

Mario Ajello a pag. 5

Accise, oggi il dl. Piano Casa, risorse per 4 miliardi
Iran, il petrolio corre a 120 dollari

Sciarra e l'analisi di Roberta Amoroso alle pag. 7 e 13

31 I numeri veri

IL RITMO
DELLA CRESCITA

Marco Fortis

Dal '14 al '25 l'economia italiana ha recuperato vigore e non è più in ginocchio come tra 2009 e 2013. Ecco i fattori decisivi. A pag. 9

Futuro
in corso.

Da oltre 140 anni, siamo impegnati per il progresso e la sicurezza energetica del Paese. Anche adesso, anche qui.

EDISON Diventiamo l'energia che cambia tutto.

Il Segno di LUCA

CAPRICORNIO.
SERVE INTUIZIONE

La Luna ti suggerisce uno sguardo più intuitivo per interpretare quello che succede nel lavoro, ma forse in questo momento lasciarti guidare dalle emozioni può rivelarsi controproducente. Non tanto perché sia un errore ma piuttosto perché in questo modo si evidenzerebbe una forma di irrequietezza che rischia di essere dispersiva. In realtà la mossa vincente è quella che farai di testa tua, perché così lasci affiorare la creatività.

MANTRA DEL GIORNO
Perfino pulire stimola la dopamina.

© PROIEZIONE/REMAPATA
L'oroscopo a pag. 29

* Tardem con altri quotidiani (non acquistabili separatamente): nella provincia di Padova, Lecco, Brescia e Trento, Il Messaggero - Nuovi Quotidiani di Puglia € 1,20, la domenica con l'intervento € 1,40; in Abruzzo, Il Messaggero - Corriere dello Sport - Stradio € 1,40; nel Molise, Il Messaggero - Primo Piano; Molise € 1,50; nelle province di Bari e Foggia, Il Messaggero - Nuovi Quotidiani di Puglia - Corriere dello Sport - Stradio € 1,50; Guida ai migliori itinerari in bicicletta di Roma e dintorni* € 9,90 (Roma); Pasqua a Roma* € 9,90 (Roma)

Giovedì 30 aprile 2026 ANNO LIX n° 100 1,50 € San Pio V Pope Edizione online dal 08/12 DIFENDIAMO L'EUROPA VALLEVERDE

Avvenire Quotidiano di ispirazione cattolica www.avvenire.it



Editoriale

La memoria dei giornalisti uccisi IL BISOGNO DI CONOSCERE

NELLO SCAVO

Non è sottile il filo che tiene insieme i nomi dei giornalisti minacciati, uccisi, perseguitati da querele e intercettazioni indebite, e la qualità della libertà di stampa in Italia. Non è una questione di distanza o di brutalità della violenza. Quando raccontare diventa scandalo, il giornalista smette di essere un osservatore e diventa un problema.

continua a pagina 16

Editoriale

Le Big Tech davanti alla guerra LA COSCIENZA DELL'INGEGNERE

PAOLO BENANTI

La lettera aperta che centinaia di dipendenti di Google hanno indirizzato all'amministratore delegato Sundar Pichai - chiedendo di rifiutare qualsiasi accordo che renda i sistemi di Intelligenza artificiale dell'azienda disponibili per i carichi di lavoro classificati del Pentagono - non è soltanto un episodio di protesta interna.

continua a pagina 16

IL FATTO Nuovi episodi di intolleranza confermano l'escalation della violenza politica, tra parole e azioni concrete

I frutti dell'odio

Fermato un ventenne per gli spari del 25 aprile sui militanti Anpi: è della Comunità ebraica, che si dissocia. Choc a Londra per un'aggressione antisemita, due persone ferite con un coltello

IL FILOSOFO ASSAEL «Stiamo cedendo alla propaganda»

«Nessuna giustificazione, né per la condanna dal gazzettino di Roma contro i militanti dell'Anpi, né per il doppio accoltellamento di Londra: la politica dica una parola ferma contro la violenza» Parla Davide Assael, filosofo italiano di origine ebraica.

Motta a pagina 3

Si chiama Eitan Bondi, ha 21 anni, poco più che un ragazzino, membro della Comunità ebraica di Roma. Sarebbe stato lui a sparare il 25 aprile ferendo un coppia di iscritti all'Anpi che celebrava la Liberazione in zona San Paolo.

Arrigoni e Marcelli a pagina 3



SOCIAL Il 10-12% degli under 13 su Instagram

Meta nel mirino Ue «Minori poco tutelati»

Meta non fa abbastanza per impedire che i minori di 13 anni utilizzino Facebook e Instagram. Dopo un'indagine durata due anni - e mentre si intensifica il pressing dei governi per la fissazione di un'età minima per accedere ai social -, la Commissione europea ha rilevato che il colosso viola la normativa Ue a tutela dei minori online.

Rosana a pagina 2

STILI DI VITA Le cifre

Niente e-mail fuori orario: la Gen Z vuole disconnettersi

Il 57,7% dei giovani italiani ritiene fondamentale poter esercitare il diritto alla disconnessione, senza mail o telefonate fuori orario. E queste richieste ormai orientano le stesse scelte di impiego.

Salvatori a pagina 15

GUERRE I due un'ora e mezza al telefono, lo zar: disposto a mini-cessate il fuoco

Nel colloquio Trump-Putin rispunta la tregua ucraina

GIOVANNI MARIA DEL RE

La Russia è pronta a una tregua per il «giorno della Vittoria», il 9 maggio. Ad affermarlo è stato il presidente Vladimir Putin in una lunga telefonata di un'ora e mezza con il capo della Casa Bianca Donald Trump.

Mosca. A suo dire, il presidente americano si è detto favorevole alla proposta. In serata è arrivata la reazione dello stesso Trump. Con Putin, ha detto, «abbiamo parlato dell'Ucraina e un po' dell'Iran».

A pagina 10

EVITA La Svizzera si fa leader della morte "efficiente"

Muratori a pagina 17

LA GRAZIA Caso Minetti, le verifiche si allargano all'adozione

Carlini a pagina 8



POPOTUS Via la mafia dall'insegna

Dodici pagine tabloid

Carne, non pietra

Corpo Alessandro Deho'

Firik è un poeta armeno vissuto tra XIII e XIV secolo, in una poesia dal titolo «Io ti rimprovero» scrive: «O Dio (...) il mondo ci affligge con torti, tormenti, rancori (...) mi ridurrà in cenere il dolore. Ma noi siamo fatti di carne, mica di pietra!»

coraggio e fede, possiamo rimproverarlo diventando compagni di Giacobbe, entrambi hanno infatti capito che fede vera è tenere un dialogo aperto con l'Eterno, sempre, anche nel dolore e nell'incomprensione.

Agorà

RISCIOPERTE Don Luisito torna a cantare la messa dell'uomo disarmato

Zaccari a pagina 21

IL FESTIVAL A Trento il cinema che ascolta le voci della montagna

De Luca a pagina 23

SCENARI La maratona al bivvio: una svolta o tradimento?

Monetti a pagina 24

LUOGHI INFINITI IL SOGNO DEL VOLO Disponibile da martedì 5 maggio in edicola e online su luoghidelinfinito.it

LA BOZZA DEL DECRETO LEGGE SULLA MEDICINA TERRITORIALE

«Supermarket salute» Medici di base in rivolta per la riforma Schillaci

Il testo per il riordino dell'assistenza primaria ha subito sollevato critiche. La contestazione riguarda il doppio canale: cioè la dipendenza pubblica selettiva per i camici bianchi

FEDERICA PENNELLI

Chi lavorerà per riempire le Case di comunità, inaugurate e vuote? La risposta, in parte, è nella bozza di decreto-legge per il riordino dell'assistenza primaria territoriale, della medicina generale e della pediatria di libera scelta. Annunciata da più di un anno dal ministero della salute. L'obiettivo, su carta, è di rendere operative le strutture territoriali del Pnrr integrando stabilmente i medici di famiglia nelle Case della comunità (Cdc). Il percorso è iniziato con una presentazione informale attraverso degli schemi presentati in Power Point alla Conferenza delle regioni, ed è proseguito mercoledì con una prima bozza destinata a essere portata in Consiglio dei ministri. Dal testo emerge la volontà di introdurre un sistema ibrido tra convenzione e dipendenza.

I medici di medicina generale, ad oggi liberi professionisti che operano in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale (Ssn), dovrebbero continuare a operare nei propri studi, ma con una quota obbligatoria di attività nelle Case della Comunità, definita dalle Asl e inserita nella programmazione territoriale. In quelle sedi verrebbero concentrate funzioni oggi solo parzialmente strutturate — dalla presa in carico della cronicità alla prevenzio-

ne, fino all'assistenza domiciliare e al lavoro in *équipe* — con una presenza oraria vincolata. Cambierebbe anche il modello retributivo: alla quota capitaria (ovvero il meccanismo di finanziamento sanitario basato su una somma fissa erogata per ogni assistito) si affiancherebbe una componente crescente legata alle ore di servizio e agli obiettivi organizzativi per le attività svolte nelle strutture territoriali. La bozza interviene inoltre sui pediatri di libera scelta, prevedendo l'estensione dell'età assistita fino ai 18 anni e l'allineamento del massimale di assistiti tra pediatri e medici di famiglia.

Sindacati in rivolta

La reazione dei sindacati è stata immediata e durissima: «Un provvedimento mai discusso con le categorie, inattuabile e pericoloso per i pazienti». Per la Federazione italiana medici di medicina generale (Fimmg) questo decreto «distrukge il medico di famiglia [...] è una riforma calata dall'alto». Al centro della contestazione, il cosiddetto doppio canale che prevede la dipendenza pubblica selettiva per i medici di medicina generale destinati alle Case della Comunità. Il rischio, secondo il sindacato, è un abbandono diffuso della medicina territoriale, con effetti diretti sulla citta-

dinanza che «perderà il suo medico di famiglia e troverà uno sportello sanitario anonimo. È il modello del supermercato della salute».

«Il decreto costringe tutti i medici di medicina generale convenzionati sul territorio a passare a ruolo unico — afferma Pina Onotri, segretaria generale del Sindacato medici italiani (Smi) — avocando a sé una materia contrattuale e che dovrebbe essere discussa ai tavoli di concertazione; non imposta per legge». Più accomodante, nonostante alcune perplessità, Alessandro Rossi, presidente nazionale della Società italiana dei medici di medicina generale e delle cure primarie (Simg): «Sarebbe stato preferibile collocare questo provvedimento all'interno di una riforma complessiva del Ssn, capace di integrare in modo coerente ospedale e territorio». La medicina generale «è pronta a fare la propria parte, ma per costruire una sanità territoriale davvero efficace è ne-



DOMANI

cessario un confronto strutturato e continuo, che restituisca centralità clinica e protegga il rapporto fiduciario col paziente».

«Dall'inizio della legislatura chiediamo un investimento straordinario sulle professioni sanitarie e sociosanitarie - afferma la Responsabile sanità del Pd, Marina Sereni - per coprire le carenze di personale negli ospedali e far funzionare davvero le Case e gli Ospedali di Comunità». Ma non è andata così: «Una riforma così complessa non si fa contro i professionisti ma con, e soprattutto non si può fare con le risorse già esistenti a legislazione vigente».

Interviene anche Mariolina Castellone, medica e vice presidente del Senato del M5s: «Apprezzo il coraggio del ministro Schillaci nell'affrontare la riforma della medicina generale, nodo che paralizza il Ssn da decenni. Ma c'è un dato politico: all'interno della stessa maggioranza, Forza Italia è spaccata». Castellone lancia poi un appello: «Costruiamo un fronte parlamentare coinvolgendo medici, cittadini e pazienti».

Vittorio Agnoletto, medico e membro di Medicina democratica, condivide l'ispirazione della riforma finalizzata a rafforzare la medicina territoriale, ma si sofferma sulla presenza dei medici di famiglia nelle Cdc: «È

indispensabile. Siamo favorevoli ad una scuola di specializzazione alla conclusione della quale i medici potranno inserirsi nel Ssn. Quelli già in attività che sceglieranno di continuare a lavorare in convenzione dovranno concordare con le Asl alcune ore alla settimana nelle Cdc». Questo percorso, secondo il medico, «sarebbe dovuto essere realizzato già da tempo, ci auguriamo che non venga bloccato anche questa volta da interessi che non mettono al centro la salute dei cittadini».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il ministro della Sanità Orazio Schillaci, l'unico vero tecnico del governo di Giorgia Meloni FOTO ANSA



NON ESISTE UN PORTALE PUBBLICO CHE CONTROLLI I RISULTATI REALI

Sanità digitale: un bluff? Il mistero dei 300mila monitorati nelle Regioni

di ANGELO VITALE

Gli ultimi giorni di questo mese, quelli che segnano davvero il "grande allineamento" del nostro Paese alle esigenze della sanità digitale?

Un interrogativo d'obbligo, nel verificare come un Forum svolto ieri a Napoli abbia celebrato, neanche tanto velatamente, il raggiungimento della pietra miliare M6C1-9 — che imponeva l'attivazione del telemonitoraggio medico per almeno 300mila pazienti italiani.

La realtà che filtra dai distretti sanitari della vera frontiera nazionale, pur se fatta di indiscrezioni, racconta una storia diversa. Non è solo una questione di software, ma di un'architettura di cura che, sotto il peso dei target europei, ha iniziato a mostrare crepe profonde, trasformando il Pnrr da occasione di rilancio a esercizio di sopravvivenza burocratica.

I numeri ufficiali parlano di un successo: l'Italia delle Regioni che governano la sanità ha registrato 302.450 utenti attivi sulle piattaforme di telemedicina. Tuttavia, le discrepanze sarebbero macroscopiche. Regioni come la Calabria, la Sicilia e la Campania mostrano tassi di adozione che, sulla carta, eguagliano quelli della Lombardia o dell'Emilia-Romagna. Proprio qui, l'allarme. La Fondazione Gimbe non ha mancato di sottolineare l'assenza di dati pubblici trasparenti sui reali benefici per i cittadini. E ha segnalato il rischio che molti servizi digitali siano stati attivati solo a un "livello base" per soddisfare i requisiti burocratici della rendicontazione, senza garantire una vera continuità assistenziale. Disparità Nord-Sud? Come in altri ambiti della vita nazionale. Il monitoraggio evidenzia

forti ritardi e disomogeneità territoriali, con molte regioni del Mezzogiorno che procedono a rilento rispetto al Nord anche sull'effettiva integrazione tecnologica.

Insomma, più che un sospetto l'ipotesi che in diverse Asl del Mezzogiorno il "telemonitoraggio" si sia ridotto a una singola interazione digitale registrata a tantum, utile a gonfiare le statistiche per non perdere i fondi del Pnrr, senza una reale continuità assistenziale.

Il cuore pulsante di questo spreco di opportunità sono le Cot, le Centrali Operative Territoriali. Ne sono state collaudate 602 su tutto il territorio nazionale, rispettando il cronoprogramma. Ma le denunce sotto traccia sono durissime. Le Cot sono spesso "scatole vuote" o, peggio, uffici di data-entry. In molte Asl della Puglia e dell'Abruzzo, il personale infermieristico assegnato alle centrali trascorrerebbe l'80% del tempo a trascrivere dati da sistemi legacy, i vecchi gestionali degli anni '90, alle nuove piattaforme interoperabili. È la "sanità del doppio inserimento": un paradosso tecnologico che invece di liberare tempo per il paziente, ne sottrae ulteriormente a un or-



L'IDENTITÀ

ganico già decimato.

Un altro punto critico riguarda il Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0. Sebbene il 98% dei cittadini risulterebbe oggi titolare di un fascicolo "attivo", il dato rappresenta solo l'esistenza dell'archivio digitale e non automaticamente il suo reale utilizzo o la sua utilità clinica. Il tasso di alimentazione da parte dei medici di medicina generale e, soprattutto, dei laboratori privati convenzionati resta sotto la soglia del 35% in regioni come il Lazio e la Sardegna. I motivi? La mancanza di interoperabilità, quindi la difficoltà nel far "dialogare" i software gestionali dei privati con quelli pubblici. E poi una sovrapposizione burocratica. Molti medici lamentano un eccessivo carico di inserimento dati manuale non ancora automatizzato dai propri gestionali. Il risultato, un sistema a compartimenti stagni. Mentre le Asl acquistano tablet e kit di telemonitoraggio per diabetici e car-

diopatici (con un investimento medio di 1.200 euro per kit), i dati raccolti da questi dispositivi spesso non fluiscono nel Fse. Restano confinati nei server locali dell'azienda sanitaria, invisibili al medico curante o allo specialista di un'altra provincia.

L'impatto sulla vita degli italiani è diretto e amaro. Un paziente cronico di una Asl periferica si trova oggi a interagire con una tecnologia che "lo vede" come un numero in un database, ma che non riesce a evitargli la fila al Cup per una prescrizione o il viaggio fisico in ospedale per mostrare un dato che il sistema dovrebbe già conoscere.

È la "burocrazia digitale di prossimità". Abbiamo sostituito la carta con un pdf, il processo decisionale è rimasto quello del secolo scorso. Le denunce sottovoce degli operatori sanitari sottolineano come la fretta di spendere i fondi entro la scadenza del 2026 abbia portato

all'acquisto di software "chiusi", blindati da contratti di assistenza onerosi con le Asl ostaggio dei fornitori privati, impedendo la reale interoperabilità dei dati, promessa cardine del Pnrr. La trasparenza sui risultati, l'ultimo "buco nero" di questa rapida fotografia. Nonostante le rassicurazioni e l'entusiasmo di Napoli, manca un portale pubblico che permetta di verificare la qualità delle prestazioni digitali. Non sappiamo quanti dei 300mila pazienti monitorati abbiano effettivamente evitato un ricovero. Senza questi indicatori di esito, il sospetto che la sanità digitale sia stata usata come un "bancomat europeo" per tappare i buchi di bilancio delle Regioni diventa una certezza statistica. Se non si passerà dai "clic" alle cure, questi giorni saranno quelli nei quali l'Italia ha imparato a rendicontare il futuro senza però riuscire a viverlo.



Allarme sulla salute mentale 850mila richieste di aiuto Ma c'è una proposta di legge

**La domanda di supporto psicologico e psichiatrico cresce ancora
L'iniziativa di "Diritto a Stare Bene" ha già raccolto oltre 70mila firme
per costruire una rete pubblica di assistenza gratuita e integrata**

■ **Francesco Rosati**

Nel 2024 quasi 850mila persone in Italia hanno chiesto aiuto per la propria salute mentale. Non sono solo freddi numeri o dati sanitari, ma la triste storia di un sistema che non regge più. Secondo l'ultimo report del Ministero della Salute, la domanda di supporto psicologico e psichiatrico continua a crescere, colpendo in modo diseguale la popolazione. Le più esposte sono le donne: i casi di depressione sono quasi il doppio rispetto agli uomini. Anche tra i giovani i dati sono allarmanti.

Nel solo 2024 si contano 75mila nuovi pazienti under 35. Nella fascia 18-24 anni, i numeri raggiungono livelli particolarmente elevati: oltre 100 nuovi casi ogni 10mila abitanti tra le ragazze, più di 80 tra i ragazzi. Non si tratta solo di un aumento delle richieste: molti di questi accessi coincidono con l'esordio di disturbi significativi, che richiederebbero interventi tempestivi e continuativi. Quasi il 60% dei nuovi utenti ha meno di 55 anni: la fragilità psicolgi-

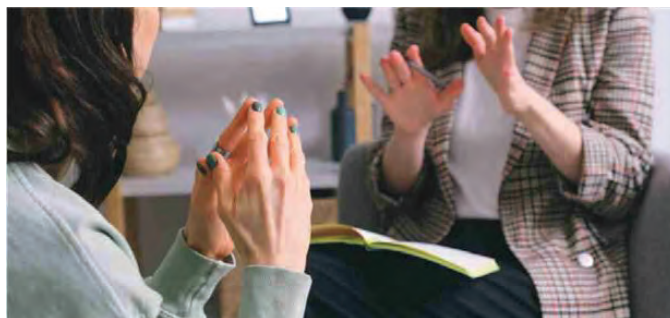
ca si concentra sempre più nelle età centrali della vita sociale e produttiva.

A fronte di questa pressione, il sistema pubblico mostra i suoi atavici limiti strutturali. Nei Dipartimenti di Salute Mentale, il personale è composto per il 37% da infermieri, mentre gli psichiatri rappresentano il 14,5% e gli psicologi appena il 7%. Non è solo una questione di numeri, ma di modello: si interviene tardi, spesso in emergenza, quando il disagio è già diventato patologia.

È dentro questo squilibrio che si inserisce la proposta di legge di iniziativa popolare promossa dall'associazione "Diritto a Stare Bene", già depositata in Senato dopo aver raccolto oltre 70mila firme. Il suo obiettivo è chiaro: costruire una rete pubblica di assistenza psicologica gratuita, diffusa e continuativa, integrata nei territori. Non un servizio accessorio, ma un'infrastruttura sociale. Psicologi nelle scuole, negli ospedali, nei consultori, nei Comuni, nelle carceri, nei luoghi di lavoro. Un sistema che non si limiti a gestire l'emergenza, ma che lavori sulla prevenzione. Il costo? Supera i 3

miliardi di euro. Ma è proprio qui che si gioca il cambio di paradigma: non considerarlo come spesa, ma come investimento.

Uno studio del Dipartimento di Psicologia della Sapienza evidenzia in modo chiaro che intervenire tempestivamente, tramite un maggiore accesso alle cure psicologiche, può ridurre fino al 50% gli accessi al pronto soccorso, oltre a diminuire esami e visite specialistiche. Una questione, quindi, non solo sanitaria. Riguarda la dispersione scolastica, la solitudine cronica, la violenza, il bullismo, le assenze dal lavoro, la tenuta complessiva del tessuto sociale. La proposta è ora nelle mani del Parlamento. Il vero costo, oggi, è non decidere.



POLITICA SANITARIA, BIOETICA





Servizio Housing ospedaliero

Piano casa: alloggi di servizio per arginare la fuga di medici e infermieri

Il Governo dovrebbe farsi carico della problematica del personale sanitario e inserire chi lavora in ospedale nel concetto di edilizia sociale

di Stefano Simonetti

29 aprile 2026

Per l'inizio della prossima settimana è previsto l'arrivo in Consiglio dei ministri dell'allegato Infrastrutture del DFP, riguardante il cosiddetto "Piano casa Italia" che si sta finalmente iniziando a realizzare. Si tratta di quasi un miliardo di euro, da investire nel giro di – si spera - pochi mesi sulle case popolari inagibili e altri interventi. La fonte legislativa recente è la legge di Bilancio per il 2026 (n. 199/2025, art. 1, commi 783–784).

Occasione per la sanità pubblica

Le norme prevedono una prima dotazione finanziaria di 660 milioni di euro, destinata alla fase di avvio e sperimentazione del piano, con risorse concentrate tra il 2027 e il 2030. Perché si parla in questa sede del "Piano casa" ? Per il semplice motivo che costituisce una imperdibile occasione per l'attrattività del lavoro nella sanità pubblica, soprattutto per medici e infermieri. Sono anni che parlo della questione, da me definita housing ospedaliero, cioè della fornitura da parte delle aziende sanitarie datrici di lavoro di alloggi di servizio che possano incentivare la partecipazione ai concorsi pubblici di assunzione. Molte sono state le occasioni perse, dai fondi del MES a quelli della Missione 6 del PNRR, e questa dovrebbe essere davvero un'opportunità da non perdere. Tuttavia la volontà politica non sembra che segua questa strada.

Alloggi a canone calmierato

Infatti, i destinatari degli interventi di edilizia sociale e alloggi a canone calmierato sono indicati nella legge: giovani, giovani coppie, genitori separati, persone anziane, anche con progetti di coabitazione. Il Piano prevede la realizzazione, dunque, di nuovi alloggi destinati alle fasce vulnerabili, con modelli di housing sociale e residenze integrate ai servizi. Tuttavia, questa linea resta subordinata all'emanazione del DPCM attuativo previsto dall'art. 1, comma 402, della legge 207/2024. A proposito di quest'ultimo, fondamentale intervento, è singolare che nella legge di bilancio 2026 sia stato sostituito il decreto del MIT con un DPCM. Ma il vero nocciolo della questione è che il Governo si faccia carico della problematica del personale sanitario e inserisca a pieno titolo gli alloggi di servizio per chi lavora in ospedale nel concetto di edilizia sociale.

Riconoscimento specifico per medici e infermieri

I lavoratori della sanità hanno un Isee troppo alto per entrare nelle graduatorie delle case pubbliche e per questo dovrebbero avere un riconoscimento specifico. Le categorie individuate dalla legge sono ovviamente meritevoli di riconoscimenti e interventi mirati, ma l'emergenza

costante del reclutamento – ma anche del trattenimento dalle continue fughe - del personale sanitario è impellente e mette a repentaglio la stessa sopravvivenza dello S.s.n. A meno che all'interno del Governo non si ritenga che la questione sia di competenza delle Regioni, come potrebbe anche ricavarsi dall'iniziativa adottata qualche tempo fa dalla Regione Veneto che ha stanziato molti milioni per gli alloggi sulla scorta dello slogan "se non possiamo aumentargli lo stipendio per attirarlo qui, diamogli la casa. Premiamo chi lavora". Ma se è così, basta essere chiari.

La Svizzera si fa leader della morte “efficiente”

Muratori a pagina 17

La fine assistita di Wendy, la mamma inglese depressa dopo la scomparsa del figlio, a cura di un'associazione di Basilea, solleva il velo sull'ampia offerta di servizi a pagamento, senza alcun controllo della Confederazione

In Svizzera la morte “efficiente”

FRANCESCO MURATORI

Se siete in Svizzera e provate a digitare “suicidio assistito” su un motore di ricerca, la prima cosa che appare non è un link a Dignitas, non è il sito di Exit, non è una statistica dell'Ufficio federale. È un banner, discreto, con su scritto: «Possiamo aiutarvi. Parla con qualcuno oggi stesso. Chiama il Telefono Amico».

Nel 2023 il solo Telefono Amico del Ticino e dei Grigioni ha ricevuto 16.104 chiamate: 31 al giorno, ogni giorno. Non è dato sapere quante fossero le richieste di aiuto riferite al tema del suicidio assistito. Nello stesso anno, in Svizzera, Exit Deutsche Schweiz ha accompagnato alla morte 1.252 persone. Due numeri che non si parlano, che vivono in universi paralleli e che insieme raccontano quanto sia schizofrenica la risposta collettiva alla sofferenza.

Un algoritmo benevolo, programmato per intercettare chi soffre. Peccato che chi cerca “suicidio assistito” in Svizzera non stia cercando un numero da chiamare in un momento di sconforto. Sta cercando un'organizzazione, una tariffa, un modulo da compilare. E quelle informazioni, due clic più in basso, ci sono tutte. Perfettamente accessibili, perfettamente legali, perfettamente organizzate.

Il Telefono Amico risponde ventiquattr'ore su ventiquattro. Exit Deutsche Schweiz conta 181.000 soci. Dignitas riceve clienti da trentuno Paesi. Pegasos non fa domande sulla diagnosi. Il banner dei motori di ricerca, in fondo, dice tutto su come una società preferisca guardare altrove.

Nel 2008 i casi registrati in Svizzera dall'Ufficio federale di statistica erano poco più di duecento. Nel 2014 erano già 742, pari all'1,2% di tutti i decessi nel Paese. Nel 2015 si è sfiorata quota mille (999 casi in dodici mesi) con un balzo del 35% su base annua. Da allora la curva non è più tornata giù. I dati più aggiornati riguardano Exit Deutsche Schweiz, la maggiore organizzazione attiva sul territorio: nel 2023 ha seguito 1.252 casi, nel 2024 sono stati 1.235, nel 2025 si è arrivati a 1.421, di cui 28 provenienti dal Ticino e 35 dai Grigioni. A questi vanno aggiunti tutti i casi gestiti dalle altre organizzazioni. Dignitas, che lavora soprattutto con gli stranieri, nel 2024 ha accompagnato alla morte 280 persone: una su cin-

que veniva dagli Stati Uniti, quasi una su sei dalla Gran Bretagna.

Come è potuto nascere tutto questo? Bastano poche parole per capirlo. L'articolo 115 del Codice penale svizzero punisce l'aiuto al suicidio solo «per motivi egoistici». Non una riga in più, non una in meno. Quella norma risale al 1941, quando il Parlamento federale non stava certo pensando ad associazioni specializzate, tariffe per stranieri o accompagnatori professionisti che guadagnano cifre a sei zeri l'anno. Eppure è proprio su quella lacuna, un'assenza, non una scelta, che nei decenni si è costruito un intero sistema, con sedi, iscritti, listini prezzi e clienti che arrivano da mezzo mondo.

Le organizzazioni attive oggi sono cinque o sei, a seconda di come si contano certi soggetti collegati. Hanno storie, clientele e regole d'accesso molto diverse.

Exit Deutsche Schweiz è la più grande. Nasce il 3 aprile 1982 e si rivolge solo ai residenti in Svizzera. A fine 2024 contava 181.647 soci, ottomila in più rispetto all'anno prima, e nel solo mese di gennaio 2025 altre duemila persone avevano già chiesto la tessera. L'accompagnamento al suicidio è gratuito per i membri con almeno tre anni di iscrizione. Nel 2025 il 32% dei casi riguardava malati terminali di cancro, ma quasi un caso su tre coinvolgeva anziani con patologie multiple, senza una diagnosi terminale precisa.

Exit Admd Suisse Romande è l'omologo francofono, fondato anch'esso nel 1982 con sede a Ginevra. Indipendente da Exit Deutsche Schweiz, serve i residenti della Svizzera romanda con gli stessi criteri di base.

“Dignitas - Vivere con dignità, morire con di-



gnità" è forse il nome più conosciuto fuori dai confini elvetici. L'ha fondata nel 1998 l'avvocato Ludwig Minelli, uscendo da Exit con l'idea di aprire le porte anche agli stranieri, prima organizzazione al mondo a farlo. Ha sede nella regione di Zurigo. Per un paziente straniero il costo va da 7.500 a 11.000 franchi (quasi 12.000 euro), a seconda di chi si occupa delle pratiche burocratiche e funebri. La quota associativa è di 220 franchi all'iscrizione, poi 80 l'anno.

Lifecircle/Eternal Spirit è una struttura basilese costruita su due entità distinte: l'associazione Lifecircle, che formalmente si occupa di testamenti biologici e cure palliative, e la fondazione Eternal Spirit, che eroga concretamente il suicidio assistito. Fondata dall'attivista Erika Preisig insieme al fratello Ruedi Habegger, la sua architettura binaria non è casuale: garantisce una maggiore protezione legale. Accetta sia residenti svizzeri sia stranieri.

Pegasos Swiss Association è la più recente e la più discussa. Nasce nel settembre 2019, con sede a Basilea, e si rivolge a chiunque, indipendentemente dalla nazionalità. Non chiede una diagnosi terminale: basta essere adulti e capaci di intendere, e che la propria sofferenza sia diventata "insopportabile". Segue fino a 350 casi l'anno e ha accumulato un lungo curriculum di polemiche internazionali, fra cui quello britannico dell'urna con le ceneri di una defunta reca-

pitata per posta alla famiglia senza alcun preavviso e la recentissima vicenda di Wendy, la mamma inglese che la disperazione per la tragica morte del figlio ha spinto in Svizzera a chiedere l'aiuto dell'associazione per suicidarsi. Il pacchetto per gli stranieri costa 10.000 franchi.

Ex International, infine, è una realtà più piccola, rivolta anch'essa agli stranieri, nata nell'orbita del sistema Exit-Dignitas.

La Svizzera è rimasta, a oggi, l'unico Paese al mondo a offrire apertamente il suicidio assistito a pazienti che vengono dall'estero. Tra il 2008 e il 2012 uno studio pubblicato sul *Journal of Medical Ethics* documentò 611 persone arrivate da 31 Paesi per morire in Svizzera. La Germania guidava la classifica con 268 casi, seguita dalla Gran Bretagna con 126. Poi la Francia con 66, l'Italia con 44, gli Stati Uniti con 21, l'Austria con 14. Un flusso che da allora non si è più fermato, anzi, si è allargato anno dopo anno.

L'articolo 115 del Codice penale, dicevamo, vieta il profitto, ma non i rimborsi spese, le tariffe associative, i lasciti testamentari, le donazioni.

Tutte le organizzazioni sono formalmente senza scopo di lucro. Eppure i numeri raccontano un'altra storia. Un'inchiesta del marzo 2026 ha portato alla luce il caso di un singolo accompagnatore di

Pegasos che in un anno ha fatturato oltre 154.000 franchi, avendo seguito alla morte quasi 160 persone: una media di 12.900 franchi al mese.

Il Consiglio federale elvetico non ha mai affrontato seriamente il problema. Nessun registro pubblico delle organizzazioni attive, nessun organo di vigilanza, nessuna norma che regoli davvero l'accesso o le tariffe. Si punta sulla prevenzione del suicidio e sulle cure palliative, peraltro ancora sottofinanziata, aggirando però quella lacuna del 1941 che rimane intatta, come se non esistesse.

Dal 2008 a oggi i casi sono moltiplicati per sette. Nuove associazioni nascono, gli iscritti crescono, il giro d'affari si espande. Una crepa nel Codice penale è diventata una voragine. E mentre si allarga qualcuno ci ha costruito sopra un'industria.

Rimane una domanda, semplice e scomoda: in una società che ha imparato a organizzare la morte meglio di quanto sappia ascoltare il dolore, cosa stiamo davvero difendendo quando parliamo di dignità? E il motore di ricerca, con il suo banner, è rimasto lì convinto di aver fatto la sua parte.

Il Codice penale chiede solo che l'aiuto al suicidio non sia offerto per «motivi egoistici»: così è fiorita ormai una vera industria per cittadini locali e stranieri

L'ingresso di una delle "cliniche" della associazione Dignitas, in una cittadina del Cantone Zurigo



DUBBI INSORMONTABILI, LA CAMERA DEI LORD FERMA L'ITER

«Nessun accordo»: Londra, stop alla legge sul fine vita

La proposta per legalizzare il suicidio assistito in Inghilterra e Galles ("Terminally Ill Adult Bill") non diventerà legge: il tempo per la conversione è esaurito, decadrà alla fine dell'attuale sessione parlamentare, ormai imminente. «È una grande vittoria» ha dichiarato Alithea Williams dell'associazione pro life "Spuc", una delle sigle della società civile che si sono impegnate per far conoscere la portata distruttiva della proposta di legge sul suicidio assistito. Il dibattito in Commissione alla Camera dei Lord (fase iniziata il 14 novembre scorso) si è concluso il 24 aprile, dopo 14 intense sessioni. I sostenitori del suicidio assistito dicono che il disegno di legge sia fallito per l'ostruzionismo dei parlamentari, mentre l'associazione "Right to Life" sottolinea che l'opposizione al "Terminally Ill Adult Bill" è stata «quasi senza precedenti». Tra gli oppositori figurano esperti di alto profilo, tra cui ex presidenti del Royal College of Psychiatrists e della British Medical Association, l'ex amministratore delegato del Nhs England (il Servizio sanitario inglese), accademici di medicina palliativa e giuristi di fama. Monsignor John Sherrington, responsabile della Chiesa cattolica britannica per la Vita e arcivescovo di Liverpool, a nome della Conferenza episcopale di Inghilterra e Galles, ha espresso «gratitudine a tutti i parlamentari che hanno lavorato instancabilmente per preservare la dignità di

ogni vita umana e per garantire che l'assistenza al fine vita rimanga radicata nella compassione e nel rispetto fino alla fine naturale della vita. (...) Cattolici e altri cittadini si sono opposti a questo disegno di legge profondamente lacunoso». La «vera compassione» – continua Sherrington – «non consiste mai nell'affrettare la morte ma nell'accompagnarsi a vicenda con cura, amore e speranza sino alla fine naturale». I sostenitori del disegno di legge stanno già minacciando di ricorrere a «un'oscura procedura parlamentare (i "Parliament Acts") nel tentativo senza precedenti di forzare l'approvazione del testo nella prossima sessione parlamentare «senza che passi per la Camera dei Lord». Le associazioni pro vita, in primis Spuc e Right to Life, continuano a sensibilizzare i parlamentari e, insieme alla Conferenza episcopale cattolica, invitano a lavorare insieme in modo da garantire cure palliative per tutti.

Elisabetta Pittino



DIBATTITO A MILANO

Senza paura sul confine tra il vivere e il “dopo”

STEFANIA CECCHETTI

C'è un'attrazione profonda per ciò che sta al confine tra vita e morte, come dimostra l'interesse per le esperienze di pre-morte, al centro dell'incontro "Esperienze ai confini della morte (tra scienza, coscienza e teologia)", in programma il 5 maggio alla Fondazione Ambrosianum di Milano, (ore 17), con la media partnership di *Avvenire*. Sarà il desiderio di sapere che cosa ci sia "dopo", certo. Ma anche il bisogno di comprendere meglio la vita e di restituire senso a quell'evento decisivo che è il morire.

A suggerirlo sono proprio le Nde (*Near-death experiences*), raccolte e studiate da Pierangelo Garzia, scrittore medico-scientifico e capo Ufficio stampa di Auxologico Irccs, tra i relatori: «Si tratta di fenomeni ancora discussi dalla scienza, ma accomunati da un dato costante, sottolineato da tutti i lavori scientifici: l'aspetto "trasformativo" di queste esperienze». Chi le attraversa, cioè, «torna con un maggiore senso di responsabilità, una minore paura della fine e una percezione più ampia e comunitaria dell'esistenza, non più ridotta alla sola dimensione materiale». Eppure, la possibilità che la morte illumini il cammino della vita sembra oggi offuscata. Non tanto per una medicina sempre più tecnologizzata quanto per una cultura che rimuove la morte. Lo sostiene Marcello Massimini, neuroscienziato, ordinario di Fisiologia alla Statale di

Milano, che coordinerà l'incontro: «Il progresso medico ha certamente spostato i confini, rendendo possibile mantenere in vita corpi che un tempo sarebbero morti e introducendo la definizione di "morte cerebrale", tanto certa e opportuna quanto difficile da spiegare». Ma il problema non è tanto medico. È la società che ha negato la morte, nascondendola e svuotandola di significato: «L'illusione contemporanea è di poterla ritardare o rinviare indefinitamente. L'enfasi sull'*anti-aging*, le promesse di una medicina sempre più performativa e, all'estremo, le teorie transumaniste che immaginano una sopravvivenza digitale della mente, alimentano una sorta di immortalità tecnocratica». Un'illusione che rischia di avere un prezzo alto: «Se la vita non è più pensata come finita perde anche la sua urgenza e il suo senso».

Tra questi due poli - rimozione e illusione di controllo - si inserisce la riflessione di Stefano Cucchetti, teologo morale, che legge il nostro tempo come segnato da due derive speculari: «La delega totale alla medicina, che rischia di trasformare il morire in un processo gestito tecnicamente, sottratto alla persona; e la rivendicazione di un diritto assoluto a decidere quando e come morire, espressione di una libertà che pretende di essere totalmente autonoma». In realtà «entrambe queste posizioni condividono lo stesso limite: rifiutano la natura paradossale della libertà umana, sempre intreccio di attività e passività. La morte, più di ogni altro momento, rende eviden-

te questa condizione: è qualcosa che accade e che non possiamo controllare, ma che siamo chiamati comunque ad assumere. Vivere la propria morte significa infatti assumere attivamente quella passività che la morte ci consegna».

Una possibile chiave per abitare questo paradosso - vivere pienamente la morte dentro la vita - può venire dalle cure palliative. Lo suggerisce l'esperienza in corsia di Daniela Cattaneo, palliativista e consulente Aisla (Associazione italiana Sclerosi laterale amiotrofica). Il rifiuto della morte, osserva, è anzitutto un problema di comunicazione: «Mi capita di incontrare pazienti ai quali non è stato detto che hanno davanti pochi mesi di vita». Ma esiste anche un problema di organizzazione sanitaria: «La maggior parte delle persone che accompagnano nel loro fine vita hanno piena coscienza del momento che stanno vivendo. Tutti hanno paura, questo sì, e hanno un gran bisogno di parlare, di trovare spazio e accoglienza per questo vissuto. Ma non sempre le strutture e gli operatori sanitari sono messi nelle condizioni di rispondere alle esigenze della cronicità e del fine vita». Il rischio, sottolinea Cattaneo, è ridurre le cure palliative a una pur necessaria prescrizione di farmaci, tradendone la vocazione originaria.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



I NUOVI DATI SULL'EUTANASIA NEL PAESE DOV'È LEGALE DAL 2002

Giovani, coppie, depressi: Olanda a maglie larghe

MARIA CRISTINA GIONGO

Da quasi quarant'anni nei Paesi Bassi l'azione medica relativa alla fine della vita è oggetto di dibattito sociale ed etico, soprattutto per la possibilità di passare all'eutanasia, regolamentata con la legge entrata in vigore il 1° aprile 2002. Da quel giorno l'eutanasia è permessa, seguendo rigorose norme che includono la richiesta volontaria firmata dal paziente, una sofferenza dichiarata insopportabile e senza prospettive di miglioramento. In base a questi criteri spetta sempre al medico – e non al malato – la decisione definitiva, con il parere di uno specialista. Nel corso degli anni sono aumentati sensibilmente i casi di eutanasia e di suicidio assistito. Nel 2023 sono stati 9.068 (il 5,4% sul totale dei decessi). Nel 2024 sono stati 9.958 su 171.991 decessi per cause naturali o

per incidenti. La maggior parte erano persone affette da cancro, malattie polmonari o cardiovascolari, il 4,3% da demenza. 54 erano coppie che l'hanno ottenuta insieme (nel 2023 furono 34). In crescita anche l'eutanasia applicata a pazienti con disturbi psichici e depressione: 219 rispetto ai 138 nel 2023, generalmente dai 70 anni in avanti. In 111 casi si è trattato di persone fra i 30 e i 60 anni. 30 i casi fra i 18 e i 30 anni (nel 2023 erano stati 22).

Questi dati sono stati forniti dall'apposito ente di Stato Cbs e dalla Commissione di vigilanza Rte, preposta a controllare se la pratica eutanasi è stata compiuta secondo le regole. I dati relativi al 2025, appena pubblicati, rilevano che i casi di eutanasia sono stati 10.341 su una popolazione di circa 18 milioni di abitanti. Nel 2025 i decessi per altre cause sono stati più che nel 2024: 173.494. Il cancro rimane ancora la motivazione più forte per chiedere e ottenere l'eutanasia (5.355 persone). Osservando le cifre pub-

blicate da Rte si nota un aumento nei pazienti con una combinazione di più malattie fisiche: 1.908. A seguire, quelli di persone con disturbi legati al sistema nervoso (719) e della vecchiaia (475). Quasi triplicate, rispetto al 2020 (quando furono 170), le eutanasie nei casi di demenza: 499. Un altro elemento da considerare è che per l'Alzheimer chi ne è affetto deve aver scritto precedentemente un testamento biologico specificando la sua volontà ed essendo cosciente nel momento in cui gli viene applicata. Per essere più precisi, come si legge in un articolo pubblicato dall'Associazione per la libera eutanasia (Nvve), «si deve intervenire al momento giusto per non correre il rischio che il paziente non sia più in pieno possesso delle sue facoltà mentali e quindi che non si possa più fare». Come è accaduto, ad esempio, al signor Jaap Breugem, colpito da un principio di Alzheimer, scomparso il 15 novembre scorso, che aveva motivato la sua decisione per l'eutanasia asserendo che «è

meglio morire in una volta sola che ogni volta un poco. Restando sé stessi, lucidi». «Ha ottenuto quello che voleva prima che fosse troppo tardi – ha detto la moglie Greet in un'intervista a Nu.nl (uno dei più importanti siti web di notizie) – perché se ne è andato quando era ancora in grado di intendere e volere, scegliendo il giorno del suo compleanno per uscire dalla vita». L'articolo si conclude con una frase significativa, che ne sottolinea l'intento: «*De euthanasie op tijd vereist moed*», in olandese, che tradotto vuol dire «l'eutanasia in tempo richiede coraggio». In alcuni momenti, invece, sappiamo che ci vuole più coraggio a vivere.

C'è la speranza che la scienza trovi cure ancora più efficaci per alleviare il dolore, medicine che intervengano sulle patologie neurodegenerative e il declino cognitivo, almeno rallentandone la progressione. In modo da poter restare più a lungo su questa terra con i propri cari: sino all'ultimo, naturale respiro del proprio corpo.

Nella crescita costante dei casi di morte volontaria autorizzata dello Stato un forte aumento di categorie sociali che rivelano la trasformazione di un esito estremo in percorso "normale"



Loreto accende la luce sulla vita

Il 9 e 10 maggio la terza edizione della Giornata di spiritualità "In cammino con Carlo Casini". Una proposta aperta a tutti

MARINA CASINI

La terza Giornata di Spiritualità "In cammino con Carlo Casini", promossa dall'Associazione Amici di Carlo Casini in collaborazione con il Movimento per la Vita italiano e FederVita Marche, si svolgerà a Loreto il 9 e 10 maggio: un'occasione preziosa per attingere alle sorgenti più profonde dell'impegno per la vita, lasciandosi guidare dalla testimonianza e dalla spiritualità di Carlo Casini, nel segno della fiducia nell'Amore infinito di Dio Padre per ciascuno di noi e della speranza che illumina l'umanità nonostante tutto.

Loreto, con il suo profondo significato spirituale legato al mistero dell'Incarnazione, rappresenta il luogo ideale per questa esperienza. Qui si contempla un Dio che entra nella storia, che non resta distante, ma illumina la vita concreta degli uomini. Per questo, ogni vita umana - anche la più fragile - ha un valore infinito in forza del suo solo essere.

"In cammino" non è soltanto un'espressione simbolica ma una realtà concreta: significa lasciarsi continuamente convertire per imparare a riconoscere la vita, propria e altrui, come dono anche nella fragilità, (ri)scoprendo la gioia della gratitudine e del servizio. Questa terza Giornata di Spiritualità si propone così come un tempo di grazia: un invito ad andare all'essenziale. Il tema scelto è "In Lui era la vita e la vita era la luce degli uomini" (Gv 1,4). Si tratta di una delle più dense, belle e profonde frasi del Vangelo di Giovanni: racchiude un'intera visione dell'uomo, di Dio, del senso dell'esistenza, e richiama il cuore stesso della missione-vocazione che ha animato tutta l'esistenza di Carlo Casini, che già nel 1976 su *Avvenire* scriveva: «L'uomo moderno ha veramente bisogno, per non morire, del messaggio cristiano che è l'annuncio gioioso che l'Idio della Vita è tra noi». Tutto l'infaticabile impegno di Carlo Casini, infatti, non aveva solo una dimensione orizzontale - quella più visibile, che si è manifestata in decenni di infaticabile impegno sul pia-

no pubblico - ma anche e soprattutto una dimensione verticale: nell'intimità della preghiera, nella vita sacramentale, nella fiducia in Colui del cui Amore infinito possiamo fidarci, l'intelligenza viene sempre più illuminata. La vita di ogni uomo è un dono d'amore, abitato dalla presenza di Dio Amore in ogni momento dell'esistenza.

Scrivendo Casini nel 2003: «L'esistenza in senso assoluto, totale e piena è

Dio. Lui è l'essere per essenza. Nell'Antico Testamento Dio rivela a Mosè il suo nome nel roveto ardente. Dice: "Io sono colui che sono". [...] Dunque nel Vecchio Testamento Dio si rivela come l'Essere. Nel Nuovo Testamento Egli cambia il Suo nome: Egli è Amore (1 Gv 4,8). Ma vi è davvero un cambiamento di nome, o, piuttosto, un approfondimento, una precisazione? L'esistenza per essenza è l'Amore. Non esiste pienamente chi non è capace di amore. Nell'ambito della materia, se non pensiamo ai puri spiriti, c'è una sola entità - per quanto possiamo conoscere - capace di amare e degna di essere amata: l'uomo. Madre Teresa di Calcutta lo ha ripetuto tante volte. Non era professoressa né di teologia né di filosofia. Ma ci ha mostrato con parole semplici e comprensibili a tutti che cosa sia la dignità umana: "Quel piccolo bambino non ancora nato - ella ripeteva - è stato creato per una grande cosa: amare ed essere amato". Dunque se l'esistenza vera è il luogo dell'amore, la creazione, come passaggio dal nulla all'esistenza, si realizza pienamente soltanto nell'inizio di ogni vita umana, nel concepimento di un figlio». E nel 2006 scrive: «La vita piena e degna è quella umana, perché ogni essere umano è amato da Dio ed è capace di amare. Esistere, vivere e amare sono vocaboli identici». Rivolgendosi ai giovani nel 2014, ancora, scrive: «La vita umana è qualcosa che va ben oltre ciò che è chiuso nel tempo e nello spazio. È infinita».

E la laicità dell'impegno per la vita? Non solo non è smentita ma è anche rafforzata come possibilità di lavoro comune per costruire un mondo più conforme alla dignità uma-

na: «La meditazione sul mistero che avvolge l'uomo, inevitabilmente colto dalla ragione, conduce all'intuizione del mistero di Dio, ma non per questo viene meno l'ipotesi di un cammino comune, come tale assolutamente "laico", di credenti e non credenti» (Casini. *Le cinque prove dell'esistenza dell'uomo*, San Paolo, 2010).

Ai giovani, nel 1999, spiegava: «La visione religiosa innalza ancora di più il valore della vita umana, collocandola in una dimensione di infinito che già la scienza e la ragione hanno quasi toccato. L'uomo è creato da Dio per essere eterno, per partecipare della stessa vita del suo Creatore. Il cristianesimo aggiunge una parola ancora più grande: "Dio che è Amore ha creato l'uomo per amore. L'Amore è dunque la vocazione nativa di ogni essere umano". Per questo Dio stesso si è fatto uomo e ha condiviso tutte le condizioni dell'uomo, fino alla sofferenza estrema e alla morte. Per questo Dio è stato embrione, feto, neonato, bambino, ragazzo giovane. Come tutti siamo stati e siamo... Per questo cammina nella storia con noi!». Le citazioni sono solo alcune "scintille di luce" tra le migliaia che Carlo Casini ci ha donato. La Giornata di Loreto sarà illuminata da altrettante "scintille" tratte da una miniera che sembra inesauribile. La voce di Anna e Alberto Friso, che coordineranno la Giornata, darà voce a questi fasci di luce, che a loro volta illumineranno le parole di chi ci accompagnerà in questo cammino: monsignor Fabio Dal Cin, arcivescovo di Loreto, don Emilio Rocchi, Daniela Notarfonso, suor Maria Gloria Riva, Davide Rondoni, Valerio Ciprì Lode, Luisa Santolini, Paola Binetti, Marco Caponi. Scopriremo così più a fondo la luce del Sì alla Vita di Carlo Casini. Non una teoria, ma un modo di stare al mondo, e di illuminarlo. (Info e iscrizioni: mpv@mpv.org)

Presidente del Movimento per la Vita italiano





Dir. Resp.: Marco Girardo

La mano tesa di Sos Vita salva dalle scorciatoie dell'aborto "facile"

Nel 2022, per la prima volta dopo anni, gli aborti in Italia sono tornati a salire. Oggi significa che ogni 1.000 bambini nati vivi 172,6 vengono abortiti: una proporzione che racconta speranze interrotte e, troppo spesso, scelte maturate in un isolamento profondo. Un altro dato evidenzia come l'aborto farmacologico sia oggi la modalità più scelta. Se da un lato la Ru486 sembra semplificare il percorso, dall'altro introduce una variabile critica: la velocità. I tempi si contraggono, la decisione diventa urgente, e lo spazio per la riflessione e la ricerca di alternative rischia di scomparire. In un'epoca di iperconnessione, la solitudine resta reale e paralizzante. Molte donne e coppie si trovano a gestire una gravidanza inattesa, difficile o imprevista sentendosi sole davanti a uno schermo che propone una procedura fredda. In questo contesto si inserisce il servizio di Sos Vita, una delle attività del Movimento per la Vita italiano. Da oltre trent'anni offre ascolto 24 ore al giorno, 7 giorni su 7, a chi si trova in difficoltà di fronte alla maternità. Nel 2025 circa 600 persone hanno cercato aiuto tramite il numero verde 800813000, la chat sul sito www.sosvita.it e l'email

help@sosvita.it. Questo ascolto a distanza richiede competenze elevate: i volontari seguono una formazione continua per trasformare il contatto virtuale in una relazione concreta e personalizzata, creando ponti con la rete territoriale dei Centri di Aiuto alla Vita (Cav) e offrendo soluzioni reali. In un mondo che corre e spinge a decisioni rapide, Sos Vita sceglie di rallentare, ascoltare e vedere la persona, attraverso accoglienza, ascolto e relazione. È fondamentale che Sos Vita sia conosciuto sempre di più. Ognuno può dare un aiuto concreto condividendo i contenuti su Facebook e Instagram: solo così questa possibilità potrà arrivare sullo schermo di chi vive il momento delicato che segue un test di gravidanza positivo. Tra incertezze, paure e confusione Sos Vita può diventare la mano da afferrare.

Lara Morandi



IL SEMINARIO DI PRIMAVERA

Madre Teresa quarant'anni dopo: i giovani a Firenze svegliano l'Europa

EMANUELE PETRILLI

Firenze, 1986. Dal palco di un palazzetto dello sport gremito Madre Teresa lancia un appello commovente: che in questa città nessuna donna sia costretta ad abortire. Quarant'anni dopo il Movimento per la Vita italiano - tramite il suo gruppo giovanile - ha celebrato quel momento storico organizzando a Firenze il seminario primaverile dedicato ai giovani. Un evento che anticipa il più articolato seminario estivo "Quarenghi" e ricorda anche la nascita, nello stesso 1986, del concorso scolastico europeo: un appuntamento che ogni anno riunisce centinaia di ragazzi per riflettere sul valore della vita umana. Intitolato "Quale vita per l'Europa?", il seminario ha accolto una trentina di giovani da tutta Italia per un week-end intenso di stu-

dio, confronto e ispirazione, ospiti nel Palazzo del Pegaso, sede del Consiglio regionale toscano. Qui in apertura di lavori Maurizio Cotta dell'Università di Siena, e Tony Persico, studioso della Pontificia Accademia delle Scienze Sociali, hanno tracciato storia e prospettive dell'Unione Europea. Il giorno seguente a Palazzo Medici Riccardi, sede della Città Metropolitana di Firenze, si è parlato di diritto alla vita, con i saluti del consigliere Massimo Fratini e, a seguire, i lavori veri e propri con la presidente nazionale del Movimento per la Vita Marina Casini e il giornalista e sociologo Giuliano Guzzo, focalizzati sul diritto alla vita in Europa.

Dopo una serata allegra e animata, la tre giorni si è chiusa la domenica nell'aula magna dell'Istituto Salesiano, protagonista la mostra "Eroi per la vita" della Federazione europea One of Us: un viaggio tra figure che in Europa hanno difeso la dignità umana. Si parte dai santi come Giovanni Paolo II, Madre Teresa di Calcutta e Gianna Be-

retta Molla; si passa a re Baldovino del Belgio, Jérôme Lejeune e Sophie Scholl, la giovane della "Rosa Bianca", il gruppo studentesco che sfidò l'eutanasia nazista, pagando con la vita; e si arriva a Carlo Casini, magistrato, politico e storico presidente del Movimento. La figlia Marina ne ha raccontato la storia con passione e uno sguardo personale, toccando il cuore di tutti.

Firenze non è solo stata cornice ma anche testimone di un'Europa viva, giovane e determinata a scegliere la vita.



I giovani protagonisti del seminario a Firenze



In politica ci vuole l'umanesimo di Carlo Casini

DOMENICO MENORELLO

Da decenni vi è una «invasione, nei livelli della cultura e nell'istruzione dell'individualismo libertario» (papa Francesco, 28 aprile 2017), ma solo da una decina d'anni è intervenuto un compulsivo tentativo di plasmare con questa ideologia anche la politica e le leggi, che il mainstream vuole sempre più piegate allo scopo di "liberare" un autoreferenziale individuo dai legami e dalle responsabilità verso gli altri. Questo più recente fenomeno legislativo impattante sul matrimonio, sulla famiglia, sulla malattia, sulla cura, sull'educazione, è la plastica dimostrazione dell'acuta intuizione di papa Francesco quando, nel 2015, indicò alla Chiesa italiana che stiamo vivendo non solo un'epoca di cambiamenti ma un vero e proprio "cambio d'epoca". Ora che siamo immersi in questa "svolta" della politica italiana, possiamo accorgerci che fra noi c'è stato a lungo un "profeta", che ha intuito con largo anticipo il rischio di una simile, radicale metamorfosi dell'ordinamento giuridico. È, questo, uno degli impressionanti aspetti che emerge leggendo il volume dei "Discorsi politici e parlamentari" di Carlo Casini, esito del tanto titanico, quanto provvidenziale lavoro di Paola Binetti, Luisa Santolini e Marina

Casini. Il volume documenta, cioè, anche che l'impegno di Carlo Casini non si è limitato a seppur eroiche iniziative di difesa della vita e della maternità, ma ha colto da subito come attorno alle decisioni normative sulla vita corresse, per tutti, il crinale di una determinante scelta valoriale di impatto pubblico sulla stessa concezione dell'umano. Il fondatore dei Cav ha saputo, infatti, andare a fondo del significato potenzialmente sistemico della parziale legalizzazione dell'interruzione volontaria della gravidanza introdotta nel 1978, intuendo che, così, la "legge" avrebbe finito per avallare lo "scarto" della vita debole e piccola, con ciò abbandonando il "cardine" del valore assoluto dell'esistenza in ogni condizione. Infatti già in un intervento alla Camera il 9 luglio 1981 Casini affermava che la difesa della vita umana, specie di quella più debole e indifesa, dovrebbe essere motivo di unione nell'Ideale del "dono", ammonendo che non si era affatto di fronte solo a una questione morale o confessionale per pochi, ma a una questione politica, centrale per tutti. Conseguentemente, nel discorso del 12 ottobre 1987, la vita nascente, la vita sofferente e la vita morente sono state rappresentate come il crogiolo dove si distinguono i veri dai falsi umanesimi. Formidabile, poi, l'intuizione del discorso del 23 agosto 2010, in cui Carlo Casini presentava le «cinque prove dell'esistenza dell'uomo», per ribadire come la questione della tutela della vita in ogni frangente dell'esistenza umana corrisponda

a una presa di posizione rivelatrice della stessa concezione bioetica e biopolitica dell'esistenza e della convivenza, cui tutti e non solo i decisori sono chiamati a stare di fronte. Il 10 maggio 2013, l'instancabile onorevole Casini richiamava, perciò, i parlamentari e il Governo ad affrontare senza infingimenti la determinante questione antropologica, sottolineando che il riconoscimento della dignità di ogni essere umano fin dal concepimento non è una esigenza solo religiosa ma anche e soprattutto laica, perché interessa la ragione di tutti, chiamata ad accettare che l'esistenza umana viene donata ed è sempre connotata da una ineliminabile domanda di vero e di assoluto, che la rende indisponibile e che, quindi, dovrebbe divenire fattore di unione, non di divisione fra gli uomini.

Il volume, insomma, ha anche il grande merito di restituire tale tratto peculiare della sensibilità di Carlo Casini, solo accennato negli esempi scelti, tratto che, oggi più che mai, aiuta a non cercare scorciatoie: la tutela della vita appartiene tout court alla più decisiva sfida politica, come ha mirabilmente scandito Luisa Santolini nel concludere il 21 aprile il bellissimo convegno di presentazione del volume (per l'acquisto di copie: www.camera.it/leg19/1143).

Vicepresidente del Movimento per la Vita italiano, coordinatore network "Sui tetti", componente del Comitato nazionale per la Bioetica



La presentazione del libro alla Camera



SALUTE

Un balzo in avanti per le terapie psichedeliche

Donald Trump ha firmato un ordine per accelerare la ricerca sull'uso di alcune sostanze per trattare depressione, dipendenze e altri problemi psichici difficili da affrontare

Max Kozlov, Nature, Regno Unito

L'ibogaina, un potente allucinogeno dagli effetti di lunga durata, è un mistero scientifico anche perché è uno dei farmaci più strettamente controllati negli Stati Uniti. Ora un nuovo provvedimento di Donald Trump intende cambiare le cose.

Il 18 aprile il presidente ha firmato un ordine esecutivo per semplificare la ricerca sull'ibogaina e su altre sostanze allucinogene per renderle più accessibili a chi soffre di alcune patologie. La decisione è stata accolta con favore dai ricercatori, convinti che queste sostanze abbiano buone potenzialità per la cura di problemi come la dipendenza, la depressione e il disturbo post-traumatico da stress (Ptds). I trial clinici hanno dato risultati incoraggianti per farmaci come l'Mdma e la psilocibina, contenuta nei funghi allucinogeni.

Ma gli scienziati sono preoccupati per i possibili effetti collaterali e le conseguenze per le strutture di assistenza sanitaria. E il fatto che sia stata menzionata espressamente una sola sostanza ha sorpreso alcuni ricercatori.

“È insolito che sia stata citata proprio l'ibogaina, perché rispetto alla psilocibina e all'Mdma è forse quella più indietro nell'iter di approvazione”, commenta Alan Davis, psicologo clinico dell'università statale dell'Ohio a Columbus.

Ma le ricerche preliminari hanno evidenziato anche le potenzialità di questa sostanza. Il provvedimento di Trump, quindi, potrebbe contribuire a sciogliere alcuni nodi sull'ibogaina e altri allucinogeni. L'ordine “faciliterà lo studio di queste terapie perché elimina ostacoli che ne hanno rallentato l'iter”, dice Rachel Yehuda, psichiatra dell'Icahn school of medicine dell'ospedale Mount Sinai di New York.

Negli Stati Uniti ibogaina, Mdma, psilocibina e altri allucinogeni rientrano nella “Schedule I”, la categoria di sostanze di

cui sono vietati il possesso e la distribuzione se non in casi molto limitati.

L'ordine esecutivo impone alla Food and drug administration di accelerare la valutazione delle terapie psichedeliche ai fini dell'approvazione e d'istituire dei metodi in base a cui i “pazienti idonei” possano provarne alcune, “tra cui i composti a base di ibogaina”. Il provvedimento decreta inoltre lo stanziamento di cinquanta milioni di dollari di fondi federali per coprire le spese dei programmi di ricerca statali. Il Texas, per esempio, sta cercando di agevolare la sperimentazione clinica.

L'ibogaina si ricava dalla corteccia dell'iboga, un arbusto originario dell'Africa centrale dove si usa a scopo cerimoniale e produce uno stato di coscienza alterata che spesso dura più di ventiquattr'ore.

Gül Dölen, neuroscienziata dell'università della California a Berkeley, afferma che rispetto ad altri allucinogeni la sostanza potrebbe riaprire per più tempo il “periodo critico”, cioè la finestra temporale che di norma si osserva durante la prima fase dello sviluppo cerebrale, quando il sistema nervoso è particolarmente duttile. Per chi ha problemi difficili da superare, come una tossicodipendenza grave, questa finestra potrebbe offrire l'occasione migliore per resettare l'attività cerebrale, dice Dölen.

Poiché negli Stati Uniti l'ibogaina è strettamente regolata, buona parte dei dati a disposizione sui suoi effetti proviene dagli studi osservazionali su chi cerca all'estero una cura non regolamentata, che in genere non ricorrono al gruppo di controllo. Da uno di questi, pubblicato nel 2024 su Nature Medicine, è emerso che un mese dopo il trattamento trenta veterani dell'esercito con trauma cranico e disturbo post-traumatico da stress presentavano un miglioramento della depressione, dell'ansia e della disabilità.



La sostanza, però, può causare aritmie cardiache, e questo secondo Davis complica la possibilità di effettuare trial clinici per osservarne le potenzialità con maggior rigore. Gli studi sull'ibogaina finanziati dal governo federale negli anni novanta furono interrotti dopo la morte di un partecipante, aggiunge. Per attenuare gli effetti nocivi sul cuore, insieme all'ibogaina gli autori dello studio pubblicato su *Nature Medicine* hanno somministrato ai veterani del magnesio, che contribuisce alla regolarità cardiaca, e nessun partecipante ha riportato effetti collaterali.

Campagne di pressione

I ricercatori pensano che la menzione dell'ibogaina nell'ordine esecutivo potrebbe essere anche frutto di una campagna in favore di questa sostanza. In occasione della firma, infatti, accanto a Trump c'era W. Bryan Hubbard, ammini-

stratore delegato dell'organizzazione Americans for ibogaine, che ne promuove un accesso più ampio.

Malgrado le promesse delle autorità di semplificare l'accesso all'ibogaina e ad altri allucinogeni, i ricercatori sono convinti che c'è ancora molto da studiare prima di rendere disponibili queste sostanze alla popolazione. Yehuda pensa che sia importante stabilire con precisione quali gruppi di persone e di disturbi traggono più benefici dall'uso di ciascuna sostanza.

Davis inoltre avverte che se l'ibogaina fosse approvata gli Stati Uniti non sarebbero pronti a distribuirla in maniera equa. "Il nostro sistema sanitario non è in grado di curare chi ha problemi di salute mentale", dice. Prima di somministrare complesse terapie psichedeliche - specie quelle i cui effetti possono durare vari giorni - occorrono un adeguamento dell'infrastruttura sanitaria e anni di formazione clinica dedicata, aggiunge.

Nonostante gli ostacoli, però, Dölen è contenta che il governo federale "prenda molto seriamente la possibilità di ricorrere a questa terapia". L'ordine esecutivo "risolve alcuni problemi di regolamentazione che finora hanno reso difficilissimi i progressi", conclude. ♦ *sdf*

L'ibogaina può riaprire una fase in cui il sistema nervoso è molto duttile



INTEGRATORI

Labomar presenta nuovo brevetto europeo

Il piano triennale da 10 milioni di investimenti inizia a dare frutto in casa Labomar, azienda della nutraceutica attiva a livello internazionale, base a Istrana (Treviso), specializzata nello sviluppo e produzione di integratori alimentari, dispositivi medici, farmaci, alimenti a fini medici speciali e cosmetici per conto terzi. Un nuovo brevetto - il ventesimo - tutela l'innovazione nel campo della diminuzione del colesterolo: una mossa che vede Labomar in anticipo rispetto a uno scenario regolatorio che sta ridefinendo a livello europeo il futuro degli integratori per la salute cardiovascolare, perché apre a una concreta alternativa al riso rosso fermentato finora largamente impiegato, ma il cui utilizzo è soggetto a restrizioni nell'Unione Europea. La presentazione avverrà in anteprima a Vitafoods Europe, a Barcellona, uno dei principali eventi internazionali dedicati alla nutraceutica. Il nuovo principio, potenzialmente in vendita dal prossimo anno, ha completato la fase dei test e si appresta a ultimare la sperimentazione, in collaborazione con un centro clinico di eccellenza italiano, che ha confermato l'assenza di tossicità epatica e renale. «Un brevetto

nato dalla ricerca di una squadra di 35 persone - spiega Walter Bertin, fondatore e ad - che oltretutto rompe la dipendenza da una sostanza di provenienza cinese, con la difficoltà di gestire l'approvvigionamento e di verificarne le caratteristiche. Sviluppata e prodotta interamente in Europa, la nuova formula è basata sulla combinazione di due estratti vegetali di origine mediterranea, unisce efficacia, sicurezza e semplicità di assunzione». Lo studio, condotto su oltre 100 soggetti, evidenzia una riduzione del 10% del colesterolo totale e del 23% del colesterolo Ldl, quello cosiddetto "cattivo" insieme a un aumento del 15% del colesterolo Hdl. Labomar, certificata Benefit e B Corp, è cresciuta negli anni con le acquisizioni di Labomar Canada, del gruppo Welcare, di Labiotre Srl, di Laboratorios Entema e di Pharmia Holding Oy, oltre l'ingresso nel capitale di Sphera, con l'obiettivo di massimizzare le sinergie tra le varie società.

— **Barbara Ganz**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Servizio Lo studio sul tumore al colon

Prevenire il big killer, un nuovo studio può cambiare le regole dello screening

L'implementazione di programmi di prevenzione è cruciale per dirottare questa traiettoria di malattia. E da questo punto di vista dunque tutti i test di screening funzionano. Ma, in misura diversa.

di Maria Rita Montebelli

29 aprile 2026

È da sempre uno dei big killer per antonomasia. Quello del colon retto è infatti uno dei tumori più diffusi e letali al mondo (è la seconda causa di morte oncologica globale). Ma è anche uno di quelli più prevenibili. Questa neoplasia, al pari delle altre, infatti cresce lentamente, spesso nell'arco di diversi anni, a partire da lesioni benigne (polipi) che possono essere individuate e rimosse prima che diventino pericolose. La variabile determinante per il successo dunque non è tanto come "curarlo", quanto come arrivare in tempo.

Ed è su questo terreno che si gioca la partita vitale dello screening. In Italia, lo screening per il tumore del colon-retto è offerto gratuitamente dal Servizio sanitario nazionale (Ssn) a tutti i cittadini tra i 50 e i 69 anni (in alcune Regioni è stato esteso fino ai 74 anni) e prevede la ricerca del sangue occulto nelle feci (Sof) ogni due anni. In caso di positività viene proposta una colonscopia di approfondimento. Ma questa strategia potrebbe in futuro arricchirsi di nuovi strumenti.

La sfida tra test: qual è quello che previene meglio (e costa meno)

Uno studio pubblicato sulla rivista *Radiology* (organo ufficiale della RSNA, la società dei radiologi americani) ha messo a confronto due strategie diagnostiche: la colonscopia virtuale, che utilizza la TAC per ricostruire l'interno del colon e il test del DNA fecale, che analizza campioni di feci alla ricerca di marcatori molecolari associati al tumore. Per confrontare i risultati di questi due approcci, i ricercatori hanno costruito un modello matematico sofisticato (modello di Markov), che simula l'evoluzione della malattia nel tempo. Per questo lavoro è stata 'immaginata' una popolazione di 10.000 persone sane, rappresentative della popolazione americana di 45 anni (l'età a cui oggi molte linee guida raccomandano di anticipare lo screening, alla luce dell'aumento dei casi di tumore del colon retto tra i più giovani) e le hanno seguite virtualmente fino ai 75 anni, ipotizzando una perfetta adesione ai controlli.

Su questa "popolazione" sono state modellate tre strategie di screening: test del DNA fecale ogni 3 anni, la strategia di colonscopia virtuale (CTC) con polipectomia immediata (CTC convenzionale) per tutti i polipi di dimensioni pari o superiori a 6 mm ogni 5 anni e la strategia di sorveglianza (CTC sorveglianza) che prevede un follow-up con colonscopia virtuale ogni 3 anni per i polipi piccoli (6-9 mm) e la polipectomia per i polipi grandi (≥ 10 mm).

La premessa necessaria è che, in assenza di screening, circa il 7,5% di queste persone svilupperebbe un tumore del colon-retto. Solo l'implementazione di programmi di prevenzione è in grado di dirottare questa traiettoria di malattia. E da questo punto di vista dunque, tutti i test di screening funzionano. Ma, in misura diversa. Il test del DNA fecale riduce l'incidenza dei tumori del colon del 59%. La colonscopia virtuale fa di meglio, portando ad una riduzione del rischio del 70% con la strategia CTC sorveglianza e del 75% con la strategia CTC convenzionale. Percentuali che tradotte nella realtà clinica quotidiana significano centinaia di casi di tumore del colon evitati su una popolazione relativamente piccola (i 10.000 pazienti virtuali di questo studio).

La sfida tra test: chi previene meglio (e costa meno)

E non si tratta solo di una diversa efficacia. Il dato più interessante riguarda le ricadute economiche. Perché ovviamente il tema della sostenibilità, soprattutto nei sistemi sanitari pubblici, è una componente ineludibile della prevenzione. Per misurarla, gli autori dello studio hanno utilizzato un indicatore standard, il QALY (quality-adjusted life year), che combina quantità e qualità della vita guadagnata, grazie a un intervento sanitario. Il test del DNA fecale si conferma "costo-efficace", al costo di circa 9.000 dollari per ogni anno di vita in buona salute guadagnato. Un risultato positivo certo, ma molto al di sotto delle soglie comunemente accettate. Ben diverso il caso della colonscopia virtuale, che fa decisamente meglio: non solo è più efficace, ma è addirittura "cost-saving". In altre parole, fa risparmiare risorse rispetto all'assenza di screening e risulta dunque superiore, sia dal punto di vista clinico, che economico, al test del DNA fecale. Un risultato che ribalta l'assunto mainstream secondo il quale le tecnologie più avanzate comportino automaticamente costi maggiori.

Una strategia practice changing: meno invasiva, più costo-efficace

Da questo studio emerge dunque un altro importante elemento di riflessione. Non è necessario, anzi non è conveniente, intervenire su ogni piccolo polipo individuato. Sono le lesioni maggiori, quelle sopra i 10 millimetri, il vero bersaglio della prevenzione, perché sono quelle con maggiore probabilità di evolvere in tumore. Da qui nasce l'idea di una strategia ibrida che prevede l'utilizzo della colonscopia virtuale per monitorare nel tempo i polipi più piccoli, con controlli scadenzati ogni tre anni, riservando invece la colonscopia tradizionale solo ai casi con le lesioni più grandi o sospette. Va puntualizzato che, sebbene leggermente più efficace, la CTC convenzionale, portando ad un maggior numero di colonscopie ottiche, presenta uno svantaggio in termini di costo-efficacia, rispetto alla strategia CTC sorveglianza.

Quella proposta da questo studio è dunque una logica diversa, una stratificazione del rischio più selettiva, che evita di imbarcarsi in procedure invasive inutili e riduce i costi Ssn, senza compromettere l'efficacia. Ed è proprio questa combinazione (la CTC sorveglianza) a presentare il miglior compromesso tra beneficio clinico e sostenibilità economica. Per contro, un approccio più aggressivo e interventista, consistente nell'avviare alla colonscopia tutti i pazienti con polipi superiori a 6 millimetri, secondo i risultati di questo studio si rivela meno conveniente, perché i costi aggiuntivi non vengono compensati da un reale guadagno di salute.

Aumentano i casi di tumore del colon in età più giovanile

Nel frattempo, anche il contesto epidemiologico sta evolvendo. L'aumento dei casi di tumore del colon tra le persone più giovani ha già indotto diverse società scientifiche e la U.S. Preventive Services Task Force ad abbassare l'età di inizio dello screening ai 45 anni. E sebbene la colonscopia tradizionale resti l'indagine diagnostica più diffusa, soprattutto negli Stati Uniti, sta crescendo l'interesse verso alternative meno invasive e più accessibili, come il test del DNA fecale e la colonscopia virtuale, entrambe già oggi rimborsate da Medicare.

Secondo Perry J. Pickhardt, primo autore dello studio, il punto è proprio questo: tra le opzioni diagnostiche più affidabili e minimamente invasive, la colonscopia virtuale non solo è la più efficace nell'individuare e nel prevenire il tumore, ma è anche la più vantaggiosa dal punto di vista economico. E con un valore aggiunto ulteriore: la possibilità di intercettare, nel corso dello stesso esame, segnali di altre patologie, quali osteoporosi o malattie cardiovascolari.

L'implementazione della colonscopia virtuale insomma secondo i ricercatori americani consentirebbe di ottimizzare il tempo a disposizione prima che si sviluppi il tumore. E il take home message di questo studio così sofisticato e pieno di numeri è piuttosto semplice: il tumore del colon-retto può essere prevenuto con successo. Ma per farlo, non basta affidarsi ad un esame qualsiasi. Serve fare quello giusto, al momento giusto.

Servizio Ricerca

Tumore colon-retto, ecco la proteina spia: svela come evolverà e personalizza le cure

Si chiama CTHRC1 e viene prodotta da specifiche cellule sane del microambiente tumorale. In futuro potrebbe dire chi può avere maggiori vantaggi dall'immunoterapia

di Federico Mereta

29 aprile 2026

Cosa mi devo aspettare? E' questa la domanda che più frequentemente le persone che affrontano un tumore del colon e del retto si pongono, cercando di carpire i segreti della prognosi della malattia. In futuro, forse, per rispondere potrebbe essere d'aiuto una proteina "spia", identificabile nelle cellule sane presenti nel microambiente tumorale. Come se non bastasse, le informazioni derivanti da questo invisibile segnalatore potrebbero rivelarsi utilissime in chiave terapeutica, aiutando gli specialisti ad identificare i pazienti che più potrebbero beneficiare dell'immunoterapia o di trattamenti mirati a inibire specifici target implicati nella proliferazione delle cellule neoplastiche.

La proteina in questione si chiama CTHRC1. E le cellule che la esprimono, diventando "scrigni" invisibili di conoscenza per gli oncologi, sono le CAF CTHRC1(+). Fanno parte di una popolazione di fibroblasti associati al tumore, i CAF appunto, cellule del tessuto connettivo che fanno parte del microambiente canceroso alterato e che, invece di contrastare il tumore, ne favoriscono lo sviluppo. A scoprire queste realtà, disegnando le conoscenze per il futuro, è uno studio apparso su Gut condotto da un team multidisciplinare di patologi, oncologi e biologi dell'Istituto di Ricerca dell'Ospedale del Mar (HMRIB), dell'Istituto di Ricerca in Biomedicina (IRB Barcellona) e dell'area oncologica CIBER (CIBERONC).

Come si è scoperto il marcatore

Il viaggio nell'invisibile degli esperti iberici (prima autrice Mar Iglesias), tra cui Alexandre Calon, coordinatore del Gruppo di Ricerca Trasazionale sul Microambiente Tumorale presso l'Istituto di Ricerca dell'Hospital del Mar e Clara Montagut, oncologa dell'Ospedale del Mar, è partito dallo studio del potenziale dei CAF CTHRC1(+) come marcatori predittivi della risposta al trattamento su campioni di quasi 3.000 pazienti. Esplorando poi l'RNA delle cellule tumorali i ricercatori hanno identificato i marcatori cellulari più interessanti come possibili "segnalatori" delle caratteristiche del tumore fino a determinare le proteine da esse espresse. Al termine del processo, quindi, si è arrivato a capire che proprio CTHRC1 è una proteina spia che può essere espressa dai fibroblasti del microambiente tumorale - CAF CTHRC1(+) – e che costituisce un biomarcatore per definire un tumore "immunologicamente caldo" ovvero sensibile all'immunoterapia oppure "freddo" cioè resistente all'immunoterapia. Queste osservazioni di laboratorio sono state infatti convalidate su campioni di pazienti sottoposti a diversi trattamenti in numerosi centri, fino a far

dire a Calon in una nota che “il marcatore validato mantiene un'elevata capacità predittiva e prognostica in diverse coorti di pazienti”.

Cosa potrebbe cambiare

La proteina “spia”, in qualche modo, diventa anche strategica per definire cosa ci si può aspettare nel singolo paziente in termini di evoluzione della malattia. Il marcatore CAF CTHRC1 è infatti associato ad una elevata attività di una citochina nel microambiente tumorale. Si chiama TGF-beta e risulta in genere associata a una prognosi meno fausta. Questo fa spensare in futuro anche alla possibilità di puntare su farmaci che agiscono in combinazione sia come inibitori della proteina stessa sia del TGF-beta, pur se siamo solo all'inizio. Ciò che conta è aver aggiunto un tassello alle conoscenze sul ruolo che gioca il microambiente tumorale sull'evoluzione del quadro e sulla risposta alle cure. Uno degli autori, Eduard Batlle, ricercatore presso l'IRB di Barcellona e membro del CIBERONC, ricorda come nel corso degli anni “la ricerca ha dimostrato che il TGF-beta è un regolatore chiave di questo ecosistema, modulando il comportamento delle cellule stromali che circondano il tumore -. L'identificazione di CTHRC1 come fattore indotto dal TGF-beta esemplifica come la ricerca di base possa portare a biomarcatori clinicamente applicabili”.

Più spazio per l'immunoterapia?

I risultati dello studio potrebbero infine aumentare l'appropriatezza nell'impiego dell'immunoterapia in questa forma tumorale, aumentandone le possibili prospettive d'uso visto che al momento l'approccio viene proposto solo per una piccolissima percentuale di pazienti. dalla ricerca emerge infatti che la presenza di CAF CTHRC1(+) permette di determinare lo stato delle cellule immunitarie all'interno del tumore e la loro capacità di agire contro le cellule neoplastiche. “Questo biomarcatore migliora la selezione dei pazienti che potrebbero potenzialmente beneficiare dell'immunoterapia – è il commento di Clara Montagut -. Queste osservazioni potrebbero contribuire a guidare le strategie terapeutiche per i pazienti affetti da tumore al colon e al retto”. Inoltre, i risultati potrebbero essere applicabili ad altri tipi di tumore, come il tumore al seno e al polmone.

Risultati da valutare

“Lo studio è interessante perché sposta l'attenzione dal tumore in sé al suo ecosistema, cioè all'insieme di cellule e segnali che lo circondano e ne condizionano l'evoluzione – commenta Alessandro Pastorino, che lavora presso l'oncologia medica dell'Irccs AOM Ospedale Policlinico San Martino di Genova-. È un cambio di prospettiva importante, perché ci ricorda che la biologia del tumore non si esaurisce nelle sole cellule neoplastiche”. Oggi non è più pensabile continuare a interpretare e trattare queste malattie concentrandosi esclusivamente su biomarcatori espressi solo dalle cellule tumorali. Il microambiente gioca un ruolo altrettanto rilevante nel determinare prognosi e risposta alle cure, e sempre più evidenze suggeriscono che anche altri fattori, come il microbiota (i batteri del nostro corpo), possano contribuire a modulare questi equilibri.

“In questo contesto, CTHRC1 rappresenta un biomarcatore promettente perché potrebbe aiutarci a identificare tumori biologicamente più “resistenti”, nei quali il sistema immunitario è meno efficace – fa sapere l'esperto. Più che indicare direttamente chi risponderà all'immunoterapia, potrebbe consentire di selezionare pazienti che necessitano strategie terapeutiche più articolate, ad esempio combinazioni o approcci più intensivi rispetto alla monoterapia –”. Insomma. ci vuole tempo. Si tratta di uno studio preliminare, basato in larga parte su analisi retrospettive. “Prima di un'applicazione nella pratica clinica sarà necessario confermare questi risultati in studi prospettici – conclude Pastorino. Tuttavia, il messaggio è chiaro: per fare un salto di qualità nella medicina di precisione dobbiamo integrare sempre di più le informazioni sul microambiente tumorale.”



Servizio La giornata mondiale

Malattie rare: l'odissea dei 100mila con una patologia non diagnosticata

Non si tratta di uno status che deriva da un'assenza, ma di una condizione vera e propria, che impatta sull'accesso alle terapie e sulla difficoltà di presa in carico

*di Annalisa Scopinaro**

29 aprile 2026

Il 29 aprile è la Giornata Mondiale delle Malattie senza Diagnosi, istituita per sensibilizzare cittadini e istituzioni su una condizione clinica che - secondo le stime del National Institutes of Health (NIH) - riguarda oggi il 6% delle persone con malattia rara. In Italia i malati rari sono circa 2 milioni e, di conseguenza, tra questi ci sono almeno 100mila persone che convivono con una patologia non diagnosticata. Non si tratta semplicemente di uno status che deriva da un'assenza, ma di una condizione vera e propria, che impatta sull'accesso alle terapie e sulla difficoltà di presa in carico. La conseguenza principale, che si unisce a una mancata codifica nei sistemi sanitari, riguarda un elevato rischio di inappropriata dell'assistenza, con persone e famiglie che vivono un infinito e tortuoso percorso verso una diagnosi che non arriva, tra consultazioni di diversi specialisti, visite continue, terapie inefficaci e, nella maggior parte dei casi, un impatto sulla salute mentale non trascurabile.

Le persone che convivono con una malattia senza diagnosi sono ad oggi divise in due categorie. "Non diagnosticato" si riferisce a un paziente per il quale non è ancora disponibile un test diagnostico, poiché la malattia non è stata ancora caratterizzata e la causa non è stata identificata. "In attesa di diagnosi" si riferisce a un paziente che vive con una condizione non diagnosticata che dovrebbe essere identificata, ma non lo è stata perché il paziente non è stato indirizzato allo specialista appropriato, a causa di sintomi comuni ma fuorvianti o di una presentazione clinica insolita di una condizione rara già conosciuta.

A questo proposito è bene ricordare che l'odissea diagnostica è una caratteristica che ancora è purtroppo molto comune alle persone che hanno una malattia rara. Oltre ad essere raramente riscontrate, infatti, le patologie rare hanno sintomi e manifestazioni che variano anche da persona a persona, rendendole per questo motivo ancor più difficili da diagnosticare. Il tempo medio per una diagnosi è di oltre 4 anni, ma può arrivare fino a 7 e in alcuni casi anche molto di più. Più questa odissea è lunga, più sono dannose le conseguenze per le persone e le famiglie che la vivono, ma anche per i sistemi sanitari, che pagano il prezzo di un'assistenza inappropriata che si traduce in visite ed esami inutili, allungamento delle liste d'attesa, costo per il personale, mobilità interregionale e così via.

Ecco perché, per accelerare i tempi delle diagnosi delle malattie rare, è essenziale agire a livello di sistema attraverso una strategia che comprenda: investimento nella formazione dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, che devono essere pronti a riconoscere le cosiddette "red flags", cioè quei sintomi che fanno scattare il sospetto di malattia rara; integrazione nella

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA

pratica clinica, anche in sanità pubblica, delle innovative tecnologie diagnostiche, sempre più precise e sofisticate anche grazie all'utilizzo della genomica; uniformità di tutte le regioni nell'implementazione dello screening neonatale; condivisione e interoperabilità dei dati tra diverse Istituzioni e collaborazione scientifica a livello internazionale.

In questo senso, nel 2016 il Centro Nazionale Malattie Rare dell'Istituto Superiore di Sanità, insieme al National Institute of Health americano (NIH), ha avviato un programma nazionale sulle malattie rare non diagnosticate, chiamato "Malattie rare senza diagnosi: un progetto bilaterale Italia-USA - Undiagnosed Rare Diseases: a joint Italy - USA project".

Il programma nazionale è parte del Network Internazionale Undiagnosed Diseases Network International-UDNI, una rete internazionale di clinici, ricercatori e pazienti fondata nel 2014, alla quale partecipa come partner anche Uniamo, la Federazione Italiana delle Malattie Rare.

Il percorso diagnostico è uno dei focus della strategia e delle attività di Uniamo, il cui impegno su questo tema si esercita attraverso due canali. Da un lato la Federazione, attraverso il servizio gratuito SAIO (Servizio di Ascolto, Informazione e Orientamento) fornisce un supporto psicologico specializzato e aiuta le persone a orientarsi tra le strutture del Ssn al fine di individuare il centro di riferimento corretto in caso di un'assenza di diagnosi o diagnosi ancora incerta. Dall'altro lato Uniamo lavora sul piano istituzionale attraverso la partecipazione a tavoli specifici (come quello sullo SNE del Ministero della Salute), la sollecitazione politica al fine di individuare percorsi di diagnosi appropriati e uniformi sul territorio, e la collaborazione con le società scientifiche per la valorizzazione e la messa a sistema delle più recenti innovazioni tecnologiche in ambito diagnostico. Importante, in questo senso, anche la diffusione della conoscenza tra le Associazioni pazienti delle ERN (European Reference Networks), le reti che collegano centri sanitari specializzati in tutta Europa per migliorare la diagnosi e il trattamento di malattie rare o complesse.

Sul percorso diagnostico sono stati compiuti diversi passi in avanti a livello normativo negli ultimi anni, basti pensare alla Legge 167/2016 che ha reso obbligatorio su tutto il territorio nazionale lo screening neonatale esteso. Anche dal punto di vista della sensibilizzazione e della formazione di medici e specialisti i corsi ECM sulle malattie rare sono aumentati e i progetti che mirano ad accelerare la diagnosi sono sempre più numerosi. Tutto questo però ancora non è sufficiente, e gli obiettivi che dobbiamo ancora raggiungere in questo campo sono ancora molti: la Giornata Mondiale delle Malattie senza Diagnosi ogni anno ce lo ricorda.

**Presidente Uniamo Federazione italiana malattie rare*



Servizio Puglia

Steatosi epatica: al via uno studio sull'uso nutraceutico dell'olio extravergine

Il progetto EvoLiveR riunisce la ricerca medico-scientifica del Saverio De Bellis Irccs con l'industria olearia del gruppo Levante

di Vincenzo Rutigliano

29 aprile 2026

Curare il fegato con l'olio extravergine di oliva è l'obiettivo del progetto EvoLiveR, un caso di collaborazione tra ricerca medico-scientifica pubblica e industria olearia. Al progetto collaborano i ricercatori del "Saverio De Bellis" di Castellana Grotte, nel barese - uno dei 5 Irccs della regione che, a marzo scorso, ha celebrato i 44 anni dal riconoscimento scientifico, come centro di eccellenza, nel panorama nazionale, di ricerca e cura in ambito gastroenterologico - ed Olio Levante, gruppo olivicolo-oleario di Andria, nella Bat. Quest'ultimo fornirà l'olio Evo, ad alto contenuto di polifenoli, che i ricercatori del De Bellis somministreranno agli 80 pazienti affetti da steatosi epatica (Masld), coinvolti nel progetto per valutare l'effetto benefico dell'olio Evo sulla loro patologia.

Obiettivo dello studio

Lo scopo è dunque utilizzarlo come alimento nutraceutico, sfruttandone le capacità antinfiammatorie legate alla presenza di polifenoli.

"Lo studio clinico - spiega il direttore scientifico del De Bellis, Gianluigi Giannelli - coinvolgerà 80 pazienti con steatosi epatica (Masld) divisi in due gruppi che riceveranno la stessa dieta. Un primo gruppo però con quantità minime di olio Evo, un secondo in misura maggiore. Al termine della sperimentazione di 6 mesi verranno valutati i parametri e se i risultati saranno positivi, si tratterà della prima evidenza scientifica dell'impiego nutraceutico dell'olio Evo nella letteratura internazionale".

Somministrata la cultivar coratina

Nella dieta verrà somministrato l'olio Evo bio di Olio Levante di cultivar coratina "Fenolio", che ha un elevato contenuto di polifenoli - 690 mg/kg in etichetta - che proteggono le cellule dai radicali liberi e l'Ldl dall'ossidazione, e tra i quali c'è l'oleocantale che agisce come un antinfiammatorio naturale, inibendo i mediatori dell'infiammazione. Mantenendo un buon controllo glicemico questo olio protegge appunto da sindrome metabolica, il che spiega il suo utilizzo nello studio EvoLiveR, oltre a ipertensione e diabete di tipo 2. La partecipazione ai due gruppi è riservata a persone di età compresa tra 18 e 65 anni, normotese o sovrappese e con diagnosi di steatosi epatica.

Questo progetto è inserito in un accordo di collaborazione più ampio siglato, nelle settimane scorse, tra l'Irccs ed il gruppo Levante per fornire, ai medici e ai ricercatori, le risorse e gli strumenti necessari allo svolgimento delle attività scientifiche.



Servizio Il Rapporto

Farmaci, un cittadino su tre denuncia carenze e sui medicinali generici arriva il rischio scorte

All'allarme della popolazione sul rischio di scaffali "vuoti" in Italia per il protrarsi della crisi in Medio Oriente fotografato da Cittadinanzattiva si somma quello delle imprese mentre il "tavolo Gemmato" sull'approvvigionamento getta acqua sul fuoco

di Barbara Gobbi

29 aprile 2026

L'ultimo dato sulla "febbre" da carenza di farmaci arriva nel giorno in cui al ministero della Salute si è riunito il tavolo sull'approvvigionamento, incrociando vita quotidiana dei pazienti ed effetti delle tensioni internazionali, da due mesi con epicentro nello Stretto di Hormuz. E se il sottosegretario alla Salute Marcello Gemmato, che quel tavolo aveva voluto istituire nell'ormai lontano 2023, assicura che «non siamo in presenza di alcuna emergenza», ma che «ci attiveremo tempestivamente qualora lo scenario dovesse mutare», la percezione del popolo delle farmacie - praticamente tutti gli abitanti del Paese - è ben diversa. Almeno stando a quanto registrato dall'ultimo Rapporto sulla farmacia, presentato a Roma da Cittadinanzattiva con Federfarma.

Cronici in "shortage"

Oltre un terzo della popolazione secondo questo report ha infatti avuto problemi nell'ultimo anno a reperire medicinali e tra tutti "soffrono" soprattutto i cronici, di cui circa uno su dieci ha subito ritardi "incompatibili con le proprie necessità terapeutiche, mettendo a rischio la continuità delle cure". Non a caso il documento ha tra le sue proposte quella di affrontare le carenze di farmaci "con la collaborazione tra tutti i soggetti coinvolti, per un modello di gestione integrata del fenomeno da adottare stabilmente" e a partire dalla farmacia di comunità come "ammortizzatore" del sistema, capace di garantire nella maggior parte dei casi la continuità terapeutica.

Le soluzioni in farmacia

Praticamente tutti i farmacisti (95%) hanno sperimentato negli ultimi dodici mesi carenze o indisponibilità di farmaci, a dimostrazione di una "condizione ricorrente nella filiera farmaceutica, con impatti sia sul sistema sanitario sia sulla pratica quotidiana delle farmacie", si legge nel Rapporto di Cittadinanzattiva. Ma gli strumenti di resilienza ci sono e come e i farmacisti sono attrezzati: «Possono a esempio proporre la sostituzione del farmaco prescritto ma carente con uno equivalente o generico, che ha la stessa efficacia e lo stesso principio attivo pur essendo "no logo" - spiega Marco Cossolo, presidente di Federfarma -. Possono inoltre verificare la disponibilità presso altri distributori o farmacie e segnalarne la carenza al medico, che può modificare la terapia. O ancora possono allestire medicinali galenici nei loro laboratori e infine monitorare e gestire le scorte dei farmaci disponibili, segnalando le carenze».

Generici a rischio

Nei giorni scorsi a lanciare l'allarme su impennata dei costi e "rischio farmaci" era stata Farindustria. Oggi in particolare sono le aziende produttrici di farmaci generici ed equivalenti, davanti al protrarsi dello stallo nelle trattative Usa-Iran, a suonare un ulteriore campanello d'allarme e a chiedere interventi urgenti: «Le tensioni geopolitiche in Medio Oriente stanno determinando nuove criticità nelle catene di approvvigionamento dei medicinali, incidendo sia sulla logistica sia sull'incremento dei costi lungo l'intera filiera e aumentando il rischio di carenze. Le rilevazioni condotte a livello europeo evidenziano, infatti, un sistema ancora funzionante ma vulnerabile, caratterizzato da equilibri instabili e da una crescente dipendenza dalle misure di contenimento adottate dalle singole imprese», spiega il presidente di Egualea Riccardo Zagaria. «In particolare - precisa - persistono forti pressioni sui costi di trasporto, sull'energia e sulle materie prime, con effetti diretti su ingredienti farmaceutici attivi (Api), materiali di confezionamento e capacità di distribuzione, soprattutto per le tratte più esposte agli attuali scenari internazionali. Il possibile protrarsi della crisi potrebbe inoltre compromettere le scorte di sicurezza e amplificare le difficoltà di approvvigionamento, con impatti rilevanti sulla disponibilità dei medicinali essenziali. Il 41% delle aziende dispone di scorte per sole 8-10 settimane. Se queste interruzioni della catena di fornitura dovessero protrarsi oltre la capacità delle riserve attuali, i medicinali a breve scadenza spesso salvavita inizierebbero a scarseggiare».

In questo quadro - rilevano i produttori di medicinali generici - assume carattere prioritario il rafforzamento della sostenibilità del comparto dei farmaci a brevetto scaduto, componente essenziale per garantire continuità terapeutica e accesso alle cure. Sul punto, già più volte segnalato alle istituzioni, si richiama l'esigenza di un'adeguata attenzione sia nelle politiche regolatorie, anche nell'ambito delle attività dell'Agenzia italiana del farmaco, sia nei processi di riforma del settore. «I medicinali equivalenti - conclude Zagaria - rappresentano infatti un pilastro del Servizio sanitario nazionale, ma richiedono condizioni economiche e industriali coerenti con la necessità di garantire stabilità produttiva e continuità delle forniture. Parallelamente, emerge l'esigenza di consolidare gli strumenti di monitoraggio e cooperazione a livello europeo, favorire la fluidità dei flussi logistici e mantenere adeguati margini di flessibilità normativa, anche attraverso interventi mirati a contenere l'impatto dei costi energetici. Solo attraverso un approccio coordinato sarà possibile mitigare i rischi di ulteriori carenze e preservare la resilienza del sistema farmaceutico».

A confermare uno scenario fosco è un'indagine Coface, tra i leader mondiali nell'assicurazione del credito e nella gestione del rischio commerciale, secondo cui le tensioni sulla filiera petrolchimica rischiano di avere ricadute significative sulla produzione globale di farmaci generici, con possibili conseguenze sulla disponibilità di trattamenti essenziali. La chiusura dello Stretto di Hormuz ha compromesso il flusso di materie prime e componenti critici dal Medio Oriente verso l'Asia, provocando un forte aumento dei prezzi nel settore petrolchimico. Lo shock - avvisano ancora da Coface - si sta progressivamente trasmettendo lungo la catena del valore, fino all'industria farmaceutica: molti farmaci a piccola molecola, inclusi i generici di largo consumo, dipendono infatti da materie prime di origine petrolifera e gassosa e da derivati chimici essenziali.

I rischi da shock protratto

La vulnerabilità è accentuata dal ruolo centrale di Cina e India nella filiera farmaceutica mondiale. La Cina produce circa il 40% dei principi attivi farmaceutici globali, mentre l'India rappresenta circa il 20% della produzione mondiale di generici. Un irrigidimento prolungato dell'offerta petrolchimica potrebbe quindi mettere sotto pressione i produttori asiatici, stretti tra difficoltà di approvvigionamento e aumento dei costi.

Il mercato dei generici è particolarmente esposto perché caratterizzato da prezzi bassi e margini molto ridotti. Anche aumenti contenuti dei costi di energia, materie prime o intermedi chimici possono compromettere la redditività dei produttori, spingendo alcuni operatori a ridurre la produzione o a uscire dal mercato. Episodi recenti, come le carenze di amoxicillina nel 2022-2023 e di alcuni farmaci oncologici iniettabili, confermano la fragilità strutturale della filiera.

Nel breve periodo, la priorità accordata ai medicinali essenziali, l'intervento dei governi e le scorte accumulate da alcuni Paesi dopo la pandemia potrebbero attenuare il rischio. Tuttavia, questi margini di sicurezza restano limitati e potrebbero ridursi rapidamente se lo shock dovesse protrarsi.

Lo scenario globale

I Paesi a basso reddito sono i più vulnerabili. I generici hanno ampliato l'accesso alle cure in molte economie emergenti, ma proprio i mercati meno redditizi rischiano di essere penalizzati per primi in caso di aumento dei costi o riduzione dell'offerta. L'Africa appare particolarmente esposta, dipendendo da India e Cina per circa l'80% dei farmaci finiti, soprattutto generici a basso costo. In questo contesto - rilevano ancora da Coface - lo shock petrolchimico non rappresenta soltanto un problema di prezzo: colpisce una filiera farmaceutica globale già concentrata e fragile, con il rischio di carenze di farmaci generici, aumento dei costi sanitari e minore accesso alle cure essenziali.

Non solo farmaci

Intanto, con l'entrata a pieno regime della "farmacia dei servizi" - sancita dopo una sperimentazione decennale dalla legge di bilancio per il 2026 - i cittadini trovano in questi presidi sul territorio risposte non solo alla domanda di farmaci ma anche un primo contatto per la prenotazione di visite ed esami e non solo. Circa tre farmacie su quattro - si legge nel Rapporto di Cittadinanzattiva - dispongono di locali separati per erogare servizi specifici. La quota di farmacie che non offre ancora servizi è di appena circa 1 su 10 ed è concentrata per lo più. È un fenomeno che riguarda prevalentemente le zone rurali rispetto a quelle urbane, in quanto le farmacie dei piccoli centri possono avere maggiori difficoltà di tipo logistico. Tra le prestazioni più diffuse figurano i test diagnostici rapidi (come glicemia e colesterolo), offerti da quasi otto farmacie su dieci. Quanto agli screening, più di un cittadino su quattro ha partecipato a campagne di prevenzione, con un'adesione che aumenta significativamente nelle fasce adulte (sono 4 su dieci nel target tra i 51 e i 74 anni), specialmente per la prevenzione del tumore al colon-retto.

Sul fronte delle vaccinazioni e della telemedicina, circa una farmacia su due somministra il vaccino antinfluenzale - un servizio utilizzato soprattutto da chi soffre di malattie croniche - e più di sette farmacie su dieci fanno Ecg o monitoraggi con holter cardiaco e pressorio. Ha effettuato un elettrocardiogramma oltre il 20% dei cittadini che hanno risposto al questionario; oltre il 19% ha effettuato un holter pressorio. Anche in questo caso, l'uso è concentrato tra i pazienti cronici e i cittadini più anziani. «I dati dicono chiaramente che le farmacie fanno già molto di più rispetto al passato - riassume Anna Lisa Mandorino, Segretaria generale di Cittadinanzattiva -. Adesso la vera sfida è fare in modo che lo Stato e le Regioni le integrino per davvero, eliminando le differenze tra città e zone isolate. La vera svolta ci sarà solo quando ogni cittadino potrà accedere a questi servizi in modo facile, uguale per tutti e consapevole. Dobbiamo spingere la politica a creare un modello che metta la farmacia al centro del territorio per proteggere davvero il diritto alla salute di ognuno», è la richiesta.



Servizio CITTADINANZATTIVA RISPONDE

Se il referto di biopsia è in ritardo: quanto tempo deve aspettare un paziente?

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

29 aprile 2026

Oltre un mese fa mi sono sottoposta a una biopsia per un sospetto nodulo, un esame fondamentale per decidere se procedere con un intervento o una terapia specifica. Nonostante le rassicurazioni iniziali, il referto istologico non è ancora pronto. Dalla segreteria dell'anatomia patologica rispondono che sono «indietro con le letture» per carenza di personale. È ammissibile che un cittadino debba vivere nell'angoscia per settimane, sapendo che in caso di patologia maligna ogni giorno è prezioso? Esistono tempi massimi stabiliti per legge? Maria C., Lazio

Questa è una delle questioni più dolorose che riceviamo nella nostra rubrica, perché unisce due fragilità che andrebbero invece tenute separate: l'attesa di una diagnosi che può cambiare la vita e la carenza strutturale di personale nei servizi di anatomia patologica. Il principio da cui partire è chiaro: il diritto alla tempestività della diagnosi è un pilastro del diritto alla salute, e un ritardo nella refertazione equivale, di fatto, a un ritardo nella terapia.

Mentre per le prenotazioni di visite ed esami strumentali il riferimento sono i codici di priorità (U, B, D, P) del Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa, per la consegna dei referti di anatomia patologica — biopsie, esami citologici, pezzi operatori — gli standard sono definiti dalle Linee Guida Nazionali e dalle Carte dei Servizi delle singole aziende sanitarie. Per un esame istologico a sospetto oncologico, lo standard di riferimento per una risposta esaustiva si attesta mediamente tra i 7 e i 15 giorni lavorativi. Superare il mese di attesa, soprattutto quando il sospetto clinico richiede un inizio immediato delle cure, è un tempo che non può essere considerato fisiologico.

La carenza di personale medico nelle anatomie patologiche italiane è una realtà nota e documentata, ma le inefficienze organizzative del sistema non possono ricadere sul paziente. Le strutture sanitarie hanno il dovere di garantire percorsi prioritari per i casi segnalati come urgenti dal chirurgo o dall'oncologo, e di comunicare con trasparenza eventuali ritardi, indicando una data certa di consegna. Il silenzio non è un'opzione ammissibile.

Quando i tempi tecnici diventano insostenibili, il cittadino non è inerme. Il primo passo è formalizzare un sollecito scritto alla Direzione Sanitaria della struttura, descrivendo la natura dell'esame, la data della biopsia e l'urgenza clinica rappresentata dal medico curante. Una richiesta scritta lascia traccia e attiva una responsabilità che la telefonata alla segreteria, da sola, non genera.

Parallelamente, è opportuno rivolgersi all'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) dell'azienda sanitaria. È lo strumento previsto proprio per questi casi: attiva una procedura di verifica interna che, nella nostra esperienza, accelera spesso la refertazione anche nel giro di pochi giorni.

Se i passaggi precedenti non producono effetti, può inoltrare un reclamo formale, preferibilmente tramite posta elettronica certificata, all'Assessorato regionale alla Salute e alla Presidenza della Regione. È uno strumento che ha un peso istituzionale diverso e che eleva la segnalazione al livello di responsabilità politica del territorio.

C'è una verità clinica che il sistema non può continuare a ignorare: la diagnosi è l'inizio del percorso di cura, non un atto burocratico che la precede. Ogni settimana di ritardo nella refertazione è una settimana sottratta alla terapia, all'intervento, alla decisione condivisa con il medico. Per questo il suggerimento è di non aspettare oltre e di attivare subito i passaggi che le ho indicato. Non si tratta di alzare la voce, ma di esercitare un diritto.

I NODI DELLA SANITÀ

Odissea dei malati terminali
Nei Pronto Soccorso
mancano spazi adeguati

Sbraga alle pagine 18 e 19



I NODI DELLA SANITÀ

L'impegno della Regione nel 2023 frenato dall'immobilismo delle aziende locali

Pazienti terminali nei Ps Sono sempre di più e senza un iter adeguato

Sei persone su 10 finiscono la loro vita in corsia d'emergenza e in alcuni ospedali mancano ancora percorsi e luoghi idonei

ANTONIO SBRAGA

••• Sono in crescita esponenziale gli accessi nei Pronto Soccorso dei pazienti cronici e terminali. È stato calcolato che negli ultimi tre mesi di vita, circa il 60% di questi pazienti più fragili viene spostato più volte, con la gran parte dei trasferimenti diretti da casa all'ospedale.

Però i Pronto soccorso sono, per loro natura, un luogo di cura destinato alle patologie acute, quindi meno adatti al trattamento delle malattie terminali dei pazienti cronici, che sono spesso anziani. E così l'impennata di questi accessi della disperazione nei Ps rischia di finire con i pazienti più vulnerabili "stazionati" per ore, e anche giorni, sulle barelle delle astanterie o nei

corridoi per mancanza di posti letto nei reparti di degenza. Per questi motivi da quattro anni la Regione chiede alle aziende ospedaliere e sanitarie di delineare un «percorso di assistenza al fine vita con l'identificazione di luoghi adeguati nell'intera struttura».

Appositi spazi, anche più dignitosi, per non far passare i pazienti più fragili direttamente dalla barella alla bara. Anche perché già nel 2022 i decessi all'interno dei Pronto soccorso laziali riguardavano «nel 55% persone con oltre 12 ore di permanenza» nei Ps. Però anche nel 2023 il Nucleo Ispettivo Regionale ha evidenziato l'assenza di un percorso dedicato al "fine vita" in molti ospedali romani (tra cui il Sandro Pertini), che causa un con-

seguente peggioramento dell'assistenza ai pazienti con patologia acuta.

E così il sollecito della Regione Lazio all'Asl Roma 2 ha portato, nel giugno del 2023, all'adozione di un apposito documento preliminare in cui si prevedeva «la creazione di un

Team Valutativo composto da medici, infermieri e dai vari specialisti a seconda delle pa-



tologie presentate dal paziente».

In seguito la stessa Asl ha ritenuto «necessario delineare nel contesto aziendale un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) mirato alla gestione del "Processo di Fine Vita"». Perché solo il percorso di cure di fine vita delineato passo dopo passo in un PDTA è in grado di portare a decidere, attraverso una valutazione collegiale, se il paziente debba essere indirizzato verso cure intensive oppure assistito con cure di fine vita. Però questo percorso diagno-

stico, nonostante il coinvolgimento formativo degli operatori sanitari ospedalieri e del territorio, 3 anni dopo non è stato ancora adottato con un'apposita delibera. E siccome il percorso di cure fine vita deve essere pianificato, condiviso, documentato e attuato secondo metodologie ben codificate in un Pdta, *Il Tempo* ha chiesto lumi all'Asl.

L'azienda sanitaria assicura di aver «già adottato specifiche procedure aziendali in materia. In particolare - spiega la direzione generale della Roma 2 - risultano istituite

una procedura sull'accertamento della morte cerebrale e una sulla gestione delle cure palliative. Quest'ultima ha ottenuto l'accreditamento della Regione Lazio. È stata inoltre adottata una specifica procedura sulla sedazione terminale».



Ospedale Sandro Pertini
Sopra uno dei presidi territoriali dell'Asl Roma 2 che gestisce più malati terminali al Pronto soccorso



PAROLA ALL'ESPERTO

Giulia Gianni: «Il progetto rimasto sulla carta nonostante il sì del Comitato etico»

«La dignità dei malati gravi non resti in un cassetto»

Parla uno dei membri del team incaricato di redigere il documento

... «Purtroppo il Percorso diagnostico terapeutico-assistenziale (Pdta) sul "fine vita" tutt'oggi non risulta pubblicato. Rimane chiuso in un cassetto, nonostante abbia ricevuto il parere positivo all'unanimità da parte del Comitato Etico. Evidentemente l'Asl Roma 2 ha altre priorità...».

A parlare di questo «percorso-interrotto» è proprio il medico che, nell'agosto del 2023, aveva ricevuto l'incarico di redigere il documento dalla stessa Asl Roma 2: Giulia Gianni, all'epoca medico anestesista-rianimatore dell'Asl, ora in pensione.

Dottorssa Gianni, come si spiega questa "fine" del percorso sul fine vita, nonostante la richiesta fatta dalla Regione all'Asl?

«Forse per capirlo dobbiamo chiederci: perché è così difficile parlare di "Fine Vita" nel nostro Paese? Penso semplicemente che il tema della morte sia un tema troppo difficile da affrontare per chi la morte non la vede tutti i giorni come il personale sanitario che assiste e gestisce questi pazienti. Noi abbiamo fatto numerosi incontri formativi. Credo che sia stato il primo percorso aziendale sulla gestione del processo di Fine Vita di tutta la Regione Lazio. Abbiamo coinvolto contemporaneamente Ospedali e Territorio. Un lavoro enorme».

Però l'Asl assicura di aver «già adottato specifiche procedure aziendali in materia», dall'«accertamento

della morte cerebrale» alla «gestione delle cure palliative» fino alla «procedura sulla sedazione terminale». Non bastano?

«Purtroppo no. Perché attualmente, in assenza dello specifico Pdta sul fine vita, la sedazione terminale, quando eseguita, è lasciata all'iniziativa del singolo operatore sanitario. Mentre l'accertamento di morte e le cure palliative non rientrano proprio in un percorso di cure di fine vita».

Ma l'Asl Roma 2 ha aggiunto che è anche «in fase di istituzione una Commissione Medica Multidisciplinare Permanente, finalizzata alla verifica delle condizioni previste dalla giurisprudenza della Corte Costituzionale in materia di suicidio medicalmente assistito». Lei cosa ne pensa?

«Ma la materia del suicidio assistito è tutt'altra cosa rispetto al percorso del fine vita».

E qual è la differenza tra il fine vita delineato nel vostro percorso e quello del suicidio assistito?

«Gestire il percorso di cure di fine vita, come riportato nel nostro Pdta, significa decidere, attraverso una valutazione collegiale, se il paziente debba essere indirizzato verso cure intensive oppure cure di fine vita. Detto così sembra tutto molto semplice, ma non lo è! Perché il percorso di cure fine vita necessita di pianificazione, condivisione e documentazione, con un'attuazione ese-

guita attraverso metodologie ben codificate. Mentre il fine vita del suicidio assistito viene deciso dal paziente e, per essere attuato, devono esistere i requisiti stabiliti dalla Corte Costituzionale. Per questo è necessaria la creazione di un percorso di cure mirate al paziente cronico con pluri-comorbidità in fase terminale: questi pazienti hanno bisogno di cure personalizzate, domiciliari o residenziali (Hospice), dove il nucleo centrale delle cure è l'umanizzazione e non al contrario la disumanizzazione di una barella di Pronto Soccorso. La morte è un evento naturale e lo scopo di una procedura sul fine vita è quello di non accelerare, non differire, ma garantire la dignità e la qualità della vita residua di tutti». **ANT. SBR.**



SANITÀ

La svolta del Campus, oltre 170mila pazienti curati con Tariffa amica

Il Campus Bio-Medico nel 2022 ha varato la «Tariffa amica», sconti su visite, analisi e tac: oltre 170mila cittadini (cresciuti del 60% in tre anni) hanno avuto accesso così a cure e screening a prezzi agevolati e tempi di attesa ridotti.

a pagina 7 **Salvatori**

Visite, tac e analisi con lo sconto Il Campus riduce i tempi d'attesa

Dal 2022 cresciute del 60% le prestazioni nel Policlinico con «Tariffa amica»

Visite cardiologiche e ginecologiche, controlli dermatologici e oculistici, ma anche i comuni esami diagnostici, come Tac e risonanze magnetiche, o ancora i pacchetti prevenzione: sono state più di 170mila le prestazioni erogate nel 2022 e oltre 410mila i pazienti (vale a dire il 20 per cento in più rispetto all'anno precedente) che sono stati assistiti con «Tariffa amica», il programma di privato sociale della Fondazione Policlinico universitario Campus Bio-Medico, che consente ai cittadini di accedere a cure e agli screening a prezzi agevolati e tempi di attesa ridotti.

«Con Tariffa amica cerchiamo di tradurre in pratica la nostra missione: rendere la sanità sempre più accessibile

senza rinunciare alla qualità dell'assistenza», ha spiegato il presidente della Fondazione, Carlo Tosti. «È un impegno che permette a migliaia di famiglie di affrontare i percorsi di cura con maggiore serenità».

Il servizio (che non prevede la possibilità di scegliere il nome di uno specialista e in cui le prenotazioni si possono effettuare direttamente online) ha preso piede un po' alla volta, basti pensare che dal 2022 a oggi l'incremento delle richieste per visite ed esami ha fatto registrare un più 60 per cento: a conferma che un numero sempre crescente di famiglie si rivolgono a questa formula. Che è disponibile in tutte le sedi del Campus Bio-Medico, a Trigatoria e nei due

Medical center nella Capitale, a Longoni al Prenestino e a Porta Pinciana. All'inizio del 2028 è prevista l'apertura del nuovo centro a San Paolo, in via Ostiense, che sarà quasi interamente dedicato alla Tariffa amica.

«La crescita costante dell'iniziativa dimostra che si tratta di un modello assistenziale che vede al centro il territorio, in grado di dare risposte rapide e concrete ai bisogni reali della popolazione — ha commentato l'amministratore delegato e direttore generale del Policlinico, Paolo Sormani —. Un programma di privato sociale pensato per affiancare il Servizio sanitario nazionale che vuole conciliare i più alti standard clinici con l'accessibilità economi-

ca». «Nel 2025 quasi il 60 per cento dei pazienti accolti in Tariffa amica ha scelto questo servizio per la prima volta - le conclusioni di Michele Urbano, direttore privato e sviluppo del Policlinico —. Ogni giorno constatiamo come questo programma permetta a tante famiglie di non rinunciare a visite ed esami importanti, rendendo la prevenzione e l'assistenza più vicine alle persone».

Clarida Salvatori



Cure a prezzi sociali La hall del Campus Bio-Medico di Trigatoria che ha varato nel 2022 «Tariffa amica»

