

10 ottobre 2025

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



UE DISARMATA

la Repubblica



VALLEVERDE

Fondatore
EUGENIO SCALFARIDirettore
MARIO ORFEO

R50

R cultura

Il Nobel a Krasznahorkai
letteratura dell'Apocalissedi WLODEK GOLDKORN
a pagina 40Un profeta ungherese
tra Kafka e Bernharddi MELANIA MAZZUCCO
a pagina 41Venerdì
10 ottobre 2025
Anno 50 - N° 240
Oggi con
Il venerdì
in Italia € 2,90

Pace a Gaza, ora stop alle armi

IL PIANO

La firma dell'accordo a Sharm el-Sheikh
pone fine alla guerra dopo 734 giorni
lunedì il rilascio di ostaggi e prigionieri

ISRAELE

Via libera dal governo Netanyahu
i falchi dell'ultradestra si sfilano
il premier incontra Witkoff e Kushner

L'AMERICA

Trump esulta: è un giorno storico
nessuno costretto a lasciare la Striscia
Domenica parlerà alla Knesset

Khan Yunis, la festa dei bambini palestinesi dopo l'annuncio della pace



Tel Aviv, i festeggiamenti per la fine della guerra a Hostages square

Una strada
tutta in salita

di LUCIO CARACCIOLLO

Non è la fine della guerra. Certo non quella sperata da Netanyahu. Per lui tutto si doveva concludere con la distruzione di Hamas. Ora è costretto a firmare un accordo con i capi del movimento che voleva annientare. L'intesa fra Israele e Hamas non è un evento storico.

a pagina 17

La diplomazia
del bullismo

di GIANNI RIOTTA

Nel 1966 il presidente cinese Mao Zedong scrisse alla moglie Jian Qinq una lettera, di cui ci rimane una frase celebre: «Grande è il disordine sotto il Cielo, la situazione è dunque eccellente». Il motto, forse apocrifo, descrive alla perfezione la tecnica negoziale del presidente Donald Trump.

alle pagine 8 e 9



L'INTERVISTA

di FRANCESCA CAFERRI

Pizzaballa: vediamo
finalmente la luce
adesso nuovi leader

a pagina 10

La guerra iniziata dopo l'attacco di Hamas il 7 ottobre 2023 è finita. È durata 734 giorni. La firma dell'accordo tra Israele e Hamas apre la via al rilascio degli ostaggi. Ma il governo di Netanyahu si spacca a causa della posizione dell'ultradestra. Trump esulta: giornata storica.

di CAFERRI, DE CICCO, GINORI,
GUERRERA, MASTROLILLI,
TONACCI e VITALE

da pagina 2 a pagina 13

LE IDEE di MICHELE SERRA

Le due facce del Novecento

Leggo Baricco dalla fine del secolo scorso (siamo entrambi figli del Novecento) e lo leggo con gratitudine – è la parola giusta – perché mi ha sempre aiutato a non fidarmi delle categorie culturali e politiche nelle quali sono cresciuto.

a pagina 15

G. FORNERO
F. RIMOLI R. D'ANDREADIRITTO DI VIVERE
E DI MORIRE
UNA RIVOLUZIONE
COPERNICANADIALOGO TRA UN FILOSOFO,
UN COSTITUZIONALISTA E UN PENALISTA

UTET

Almasri, lo scudo
del Parlamento
ai ministri indagati

di GABRIELLA CERAMI

L'Aula di Montecitorio salva dal processo Carlo Nordio, Matteo Plantadosi e Alfredo Mantovano. Il centrodestra, con una ventina di voti arrivati anche dai banchi dell'opposizione, ha votato compatto contro l'autorizzazione a procedere nei confronti dei tre esponenti di governo indagati per favoreggiamento del torturatore libico Almasri.

a pagina 25

"Sistema Pavia"
corruzione e favori
agli ex procuratori

di CARRA e DE RICCARDIS

Un'auto comprata a un prezzo di favore in cambio di incarichi in procura alla società Esitel, che fa le intercettazioni. Per conto di chi? Della stessa procura. C'è un altro magistrato indagato nel "Sistema Pavia". Pietro Paolo Mazza, in servizio a Milano da maggio scorso ma prima a Pavia, è stato perquisito ieri a casa e in ufficio. È accusato di corruzione e peculato per un acquisto del 2019.

a pagina 27

CORRIERE DELLA SERA

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

FONDATA NEL 1876

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

L'ungherese Krasznahorkai
Il Nobel della Letteratura
al maestro dell'apocalisse
di Mauro Covacich e Vanni Santoni
alle pagine 44 e 45



Campioni e racconti
Festival di Trento:
il bello dello sport
di Carlos Passerini
a pagina 51



Festa a Tel Aviv e nella Striscia, sbloccati gli aiuti. I punti chiave: ritiro parziale dell'esercito e disarmo di Hamas. Il presidente Usa: una pace per sempre

Israele-Gaza, l'ora del cessate il fuoco

Via libera del governo Netanyahu con il no degli estremisti. Trump va a Gerusalemme: entro martedì ostaggi liberi

PROMESSE
E INCOGNITE

di Davide Frattini

Benjamin Netanyahu: «Ora piaccio a tutti». Donald Trump: «È più importante che tornino ad amare Israele». Gran parte degli israeliani non prova più stupore ma ancora tanta rabbia di fronte all'ennesima dimostrazione della bolla di autoccelebrazione in cui il primo ministro è avvolto e che sembra averlo reso negli ultimi mesi tatticamente meno acuto. Così distaccato da non ricordare il numero degli ostaggi ancora tenuti a Gaza.

continua a pagina 8

LE VIE
DELLA FORZA

di Massimo Gaggi

L'ossessione del Nobel, la rabbia per l'attacco di Israele nel territorio del Qatar, alleato americano, forgoglio ferito per non essere riuscito a far tacere le armi in Ucraina e in Medio Oriente appena insediato, come aveva promesso in campagna elettorale. Fino alla fregata raggiunta grazie a un *dealmaking* molto muscolare, lontano dalle regole della diplomazia.

continua a pagina 32



Le manifestazioni di gioia a Tel Aviv e a Gaza dopo che è stato raggiunto l'accordo

GIANNELLI



Firmato l'accordo per il cessate il fuoco a Gaza, festa nelle strade a Tel Aviv e nella Striscia. Contrari gli estremisti nel governo israeliano. Gli ostaggi liberati lunedì o martedì. Atteso l'arrivo di Trump.

da pagina 2 a pagina 13

di Battistini, L. Cremonesi, Falci, Fasano
Frattini, Mazza, Persivale e Privitera

IN PRIMO PIANO

LA LISTA DEI MILIZIANI

Il nodo irrisolto
dei detenuti

di Guido Olimpio

a pagina 8

LA PREMIER MELONI

«La pace non si fa
con le bandiere»

di Adriana Loggrosino

alle pagine 12 e 13

LA LINEA DELL'ITALIA

L'idea di inviare
200 carabinieri

di Rinaldo Frignani

a pagina 13

Camera Respinta la richiesta per i ministri. Lite Nordio-Anm

Caso Almasri, no al processo
L'aiuto dei franchi tiratoridi Giovanni Bianconi
e Virginia Piccolillo

Caso Almasri, la Camera nega il processo ai ministri Nordio e Piantedosi e al sottosegretario Mantovano. Nel voto hanno inciso i franchi tiratori nelle opposizioni. Il guardasigilli ha attaccato l'operato del Tribunale dei ministri che, «violando un principio elementare del diritto, ha valorizzato dichiarazioni che erano state rese in Parlamento come se fossero state rese davanti a loro».

alle pagine 14 e 15

GARLASCO, L'EX PROCURATORE

Inchiesta su Venditti,
indagato un altro pm

di Cesare Giuszi e Alfio Sciacca

a pagina 23

BATTOCLETTI, LA REGINA DEL MEZZOFONDO

«L'Islam? Scelta mia
Mi scatenò ballando»

di Luca Bergamin

a pagina 31

IL CAFFÈ

di Massimo Gramellini

Non vorrei trovarmi nei panni dei giurati che oggi, a Oslo, dovranno decidere a chi assegnare il Nobel per la Pace. Se lo danno a Donald Trump, fresco architetto dell'accordo in Medio Oriente, verranno accusati da metà del mondo di avere premiato un pericolo pubblico, una specie di incrocio tra un gangster e un golpista. Ma se non glielo danno, saranno criticati dall'altra metà, e Trump in persona griderà al complotto delle zecche comuniste norvegesi, capaci di consegnare il Nobel a un cinico come Kissinger o a un sopravvalutato come Obama, e di negarlo invece a lui, lo statista che con metodi spicci ma evidentemente efficaci afferma di aver chiuso sette guerre in sette mesi (con questa, otto) e che, proseguendo a un ritmo simile, fin-

Diviso Donald

rà per mettere d'accordo tutti i litiganti del pianeta, a parte forse i terroristi e i juvini. Poveri giurati di Oslo. Non sarà un caso se la palazzina che ospita il premio si trova a poche decine di metri dal luogo in cui Munch ambientò il famoso «Urlo». Quel genio aveva il dono della preveggenza: l'urliatore era sicuramente il presidente della giuria. Per toglierli dall'impaccio, e dall'impiccio, al suo posto avrei azzardato una mossa da antico democristiano. Considerando tutti i soldi che ha fatto e gli affari che ha combinato da quando è tornato alla Casa Bianca, alternando le minacce alle smentite con continui proclami a favore di Borsa (la sua), all'ex fallito e ora di nuovo ricchissimo Trump avrei assegnato il Nobel per l'economia.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

STIHL TIMBERSPORTS
WORLD CHAMPIONSHIP 2025
— ALLIANZ CLOUD MILANO —
24 & 25 OTTOBRE
ACQUISTA ORA I BIGLIETTI ticketone+



LA STAMPA

VENERDÌ 10 OTTOBRE 2025

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



GNN

FIRMATO L'ACCORDO PER IL CESSATE IL FUOCO. GRANDE GIOIA NELLA STRISCIA E IN ISRAELE, MA L'ULTRADESTRA SI SFILA. SMOTRICH ATTACCA: "GOVERNO SENZA DI NOI"

Gaza, il mondo crede alla pace

L'Idf manterrà il controllo del 53% dei territori occupati. Trump a Gerusalemme domenica: "Ostaggi liberi entro 72 ore"

IL COMMENTO

Ma la transizione è piena di rischi

STEFANO STEFANINI

Accordo raggiunto, accordo da attuare. Non è la stessa cosa. La gioia è dei palestinesi di Gaza, delle famiglie degli ostaggi israeliani - sanno chi è in vita? O trepidano in attesa di chi uscirà dal tunnel? - è contagiosa. Lo è l'entusiasmo di Donald Trump, artefice del piano che ha condotto all'accordo fra Israele e Hamas. Il Presidente americano si precipita in Medio Oriente cullandosi nella gloria del successo diplomatico. A ragione: almeno questa volta la sua infinita vanità merita indulgenza - se anche il premio Nobel, lo decideranno i saggi di Oslo e di Stoccolma. - PAGINA 4

L'ANALISI

Se anche Hamas ringrazia il Tycoon

ALESSIA MELCANGI

Dopo mesi di trattative segrete, pressioni internazionali e decine di migliaia di morti, una luce emerge tra le tenebre. - PAGINA 10

L'INTERVISTA

Morris: sì, Donald merita il Nobel

FABIANA MAGRI

Donald Trump merita il Nobel per la Pace? «Suppongo di sì, perché no? Sicuramente più di Obama» risponde Benny Morris. - PAGINA 7

LA CHIESA

Zuppi: agire subito o il varco si chiude

GIACOMO GALEAZZI

«Se è aperto un varco verso la pace ed è responsabilità di tutti non lasciarlo richiudere ma sostenerlo», dice Matteo Zuppi. - PAGINA 13



Gerusalemme liberata aspetta i suoi ostaggi

FRANCESCA PACI



Quelle ferite destinate a non rimarginarsi

FRANCESCA MANNOCCI

In alto la piazza a Tel Aviv in attesa del rilascio degli ostaggi. Sotto la gioia dei bambini palestinesi a Nuseirat. SIMON - PAGINE 2-14

LE IDEE

Le piazze smarrite in cerca di risposte

GABRIELE SEGRE - PAGINA 14

LA POLITICA

Destra e sinistra basta usare i cortei

MARCO FOLLINI - PAGINA 29

IL DIBATTITO

È piccola la storia vista dall'Italia

ALESSANDRO DE ANGELIS - PAGINA 26

LA CULTURA

Letteratura, Nobel a Krasznahorkai l'arte oltre l'Apocalisse

D'ANTONA, SCIANDIVASCI - PAGINA 30



Ha vinto il maestro dell'apocalisse, il genio dell'infinito, l'anatomo della desolazione. Sono definizioni prese in prestito da Susan Sontag per descrivere il romanziere e sceneggiatore ungherese László Krasznahorkai, che ha ricevuto il premio Nobel per la letteratura. Oppure, come dice oggi il suo predecessore Orhan Pamuk a *La Stampa*: «Ha vinto la complessità in una società globale che tende sempre di più alla semplificazione». - PAGINA 30

IL LIBRO

Le mie notti insonni tra i mali della Storia

BERNARD-HENRI LÉVY

Sollers aveva una teoria. All'epoca ci conoscevamo appena. Gli avevo solo letto, ad alta voce, per intero, tutti i giorni della settimana, *La barbarie dal volto umano* e lui aveva letto - buon per lui, era così pesante! - *Les Indes rouges*. Ma aveva una teoria. Il problema è che ne hai viste troppe, mi diceva, con quel tono ellittico, una parola su due, quasi in codice Morse, che abbiamo subito adottato e al quale ci siamo attenuti fino alla nostra ultima telefonata, quasi alla fine, dal suo letto di morte. - PAGINA 31

Buongiorno

La proposta di legge avanzata da Fratelli d'Italia in contrasto all'estremismo islamico non contiene granché di nuovo: oltre a toni inutilmente bellicosi, si ribadiscono precetti già codificati e si inaspriscono pene già esistenti (non froni), mentre di inedito c'è il reato commesso da chi obblighi una donna a sottoporsi a un controllo medico di verginità. La nascente legge perlomeno ha il merito di confermare, sebbene in maniera un po' esagitata e confusa, che in Italia l'unica legge a cui si deve rispetto è quella degli uomini, non quella di Dio o Allah o comunque lo si chiami. Il nostro è un Paese laico in cui esiste libertà di culto ma nessuna regola di fede può prevalere sulla regola costituzionale. È necessario ripeterlo poiché molti degli immigrati in Europa provengono da Paesi in cui l'au-

La terrena volontà

MATTIA FELTRI

torità statale e quella religiosa coincidono, e non ne concepiscono una diversa e superiore a quella divina. Una ragazza in Italia - bisogna dirlo e ridirlo ogni giorno, perché è l'unico modo per porre le basi della convivenza - sceglie chi amare e come vestirsi, senza farselo dire dai genitori incaricati da una volontà celeste. In Italia ogni persona è libera di affermare la propria identità, e il divieto di velo integrale - riaffermato dalla proposta di legge - non obbedisce soltanto a motivi di sicurezza pubblica e di rispetto della dignità femminile, ma soprattutto a un fondamento irrinunciabile delle democrazie liberali: poiché ognuno di noi è libero, ognuno di noi è responsabile della propria libertà e quindi della propria identità (senno se ne vada su Facebook a firmarsi Napalm51).

BANCA DI ASTI

bancadiasti.it

BANCA DI ASTI

bancadiasti.it

HERNO

Il Messaggero

HERNO

€ 1,40* ANNO 147 - N° 379
Sped. in A.P. 08/33/2003 conv. L. 46/2004 art. 1 c. 1 03/08/04

NAZIONALE

IL GIORNALE DEL

Commenta le notizie su **IL MESSAGGERO.IT**

Venerdì 10 Ottobre 2025 • S. Daniele

Nobel per la Letteratura
Krasznahorkai
lo scrittore
dell'Apocalisse

De Palo a pag. 19



Pilato e Tarantino
Furto al duty free
Nuotatrici sospese
per 90 giorni

Arcobelli nello Sport



Annalisa si confessa
«Sono in crisi
I quarant'anni
mi fanno paura»

Marzi a pag. 24



Firmato l'accordo con Hamas: ostaggi liberi a inizio settimana. Il presidente Usa: «Sarà una pace durevole». Festa in Israele e nella Striscia

Gaza, fine di un incubo



I SERVIZI

La tregua durerà?
Una lunga storia
fatta di dietrofront

Ventura a pag. 6

Donald e la strategia
dell'imprevedibilità
Puntando al Nobel

Guaita a pag. 8

Meloni: l'Italia c'è
Sminatori e Arma
per la ricostruzione

Sciarrà a pag. 9

Bambini palestinesi in festa
per il cessate il fuoco in un
campo per sfollati a Nuseirat
Evangelisti, Genah, Paura
e Vita da pag. 2 a pag. 9

Il nuovo scenario
IL RUOLO
DI TRUMP
POLIZIOTTO
DEL MONDO

Luca Diotallevi

Ci vorrà ancora un po' di tempo prima di poter affermare che Trump ha portato una pace duratura in Medio Oriente. Tuttavia sarebbe ingiusto negare che ha provocato una grande e positiva discontinuità in quello scacchiere. Hamas non solo militarmente sconfitta, ma (...)
Continua a pag. 26

Ideologie contro
CROCIATE
POLITICHE
E DIRITTO
DI PAROLA

Luca Ricolfi

Quel che sta facendo Israele a Gaza può essere definito un genocidio? Non è questa la domanda cui cerco di rispondere in questo articolo. La domanda che mi preme è un'altra, anche se strettamente connessa: chi pensa che quel che Israele sta facendo sia una cosa (...)
Continua a pag. 26

Manovra: l'idea di un contributo per la previdenza. Niente pace fiscale per i recidivi

Un fondo pensione per i neonati

Rottamazione, fuori i "furbetti"

Andrea Pira

Spretta sui recidivi seriali delle cartelle esattoriali, che saranno esclusi dalla rottamazione. E una spinta alla previdenza complementare già dalla culla, sul modello della Germania e del Trentino-Alto Adige. Sono due dei filoni della prossima manovra di bilancio sulla quale si stanno confrontando i tecnici del governo.
A pag. 16

La Camera salva i ministri
Almasri, niente processo
Iv e Calenda col governo

ROMA L'ultimo atto dell'intricato caso Almasri si chiude con il no al processo per i ministri: alla Camera niente autorizzazione a procedere per Nordio e Mantovano (251 voti) e Piantadosi (256 voti). Iv e Calenda con la maggioranza.
Pigliautile a pag. 11



Reggio Calabria
«Ha ucciso e nascosto
tre figli appena nati»
Arrestata 25enne

ROMA Ha partorito due gemelli. Li ha soffocati e messi nell'armadio. Si cerca un terzo corpiccino. Arrestata una 25enne calabrese.
Troili a pag. 13

Omicidio a Pescara
Spara alla moglie
in mezzo alla gente
terrore in strada

Michele Milletti
Patrizia Pennella

Lei stava tornando dalla spesa pomeridiana, con il nipote adolescente. Lui era in piazza, a Lettomanoppello, e ha sparato più volte contro la moglie separata, mirando anche al ragazzino che era con lei. Poi è entrato in un bar lì vicino, dove ha sparato ancora. L'uomo, un 68enne pluripregiudicato, è stato arrestato. La donna è morta sul colpo, illeso il nipote di 12 anni.
A pag. 14

Via Borgognona 7D, Roma
NEW OPENING

Il Segno di LUCA

SAGITTARIO, ARIA
DI RIBELLIONE

Oggi la configurazione potrebbe nascondere nettamente i margini della tua pazienza, facendoti reagire in maniera più radicale e di rottura, magari sorprendendo anche te che non avevi consapevolezza che il vaso fosse in procinto di traboccare. Ma la cosa è positiva e porta in sé un'energia liberatoria. In qualche modo questo sblocco potrà rivelarsi di buon auspicio nel lavoro. Apri bene gli occhi per cogliere gli elementi positivi.
MANTRA DEL GIORNO
Insisterò convinto del contrario.
L'oroscopo a pag. 26

* Tardem con altri quotidiani (non acquistabili separatamente): nella provincia di Modena, Reggio Emilia e Parma: Il Messaggero • Nuovo Quotidiano di Pavia € 1,30 la domenica con l'abbonamento € 1,40; in Abruzzo: Il Messaggero • Corriere dello Sport • Stadio € 1,40; nel Molise: Il Messaggero • Primo Piano • Notte € 1,50; nelle province di Bari e Foggia: Il Messaggero • Nuovo Quotidiano di Puglia • Corriere dello Sport • Stadio € 1,50; "Passaggi e di escursioni nel Lazio" € 0,90 (Lazio)



Venerdì 10 ottobre
2025

ANNO LVIII n° 240
1,50 €
San Daniele Comborni
VEDICO

Edizione (Roma)
data 09.10.25

Avvenire

Quotidiano di ispirazione cattolica www.avvenire.it



Editoriale

Trump decisivo, ora l'Europa IL PRIMO PASSO DA FAR VIVERE

RICCARDO REDAELLI

In questi giorni quante volte ci si è chiesto cosa sarebbe andato storto, quali sarebbero state le trappole, gli inciampi e le provocazioni che avrebbero fatto deragliare per l'ennesima volta le trattative per un cessate il fuoco a Gaza, facendo continuare la strage indicibile di donne, bambini e uomini palestinesi e protraendo la lunghissima prigionia degli ostaggi israeliani ancora vivi. E invece, a dispetto di ogni dubbio, abbiamo la firma per un cessate il fuoco che rappresenta il primo passo – solo il primo fra i tanti necessari – per arrivare a una pace stabile in Medio Oriente. E lo dobbiamo soprattutto alla volontà dell'attore più improbabile, a cui si dava poco o nessun credito: il presidente statunitense Donald Trump, il quale ha quasi letteralmente costretto il governo di ultra-destra israeliano a fermare il suo esercito, andando a stanare i leader dei Paesi arabi e islamici che in questi due anni, con poche eccezioni, si erano nascosti dietro una cortina di prudenza e di dichiarazioni formali. Poco conta se la spinta per Trump ad agire è a volere a tutti i costi la fine della guerra viene non sia venuta tanto dalle sofferenze degli abitanti di Gaza, quanto dalla sua voglia irrefrenabile di ricevere il Nobel per la Pace; a cui si è aggiunta l'irritazione seguita al folle bombardamento della capitale del Qatar da parte di Israele, che ha umiliato un alleato fondamentale per gli Usa e un partner per gli affari privati della sua famiglia. Ma quale che sia la motivazione, è assolutamente evidente che senza Trump non si sarebbe firmato questo accordo.

continua a pagina 18

Editoriale

Leone e la scelta di campo per i poveri DRITTI AL CUORE DEL VANGELO

LUCA CAPOZZI

È la prima, ineludibile soglia: il volto dell'altro. È attraversarla, davvero, con lo sguardo, richiede coraggio. Il coraggio di creare un contatto. Non è un caso che la parola "volto" – tra singolare e plurale – ricorra sei volte nell'Esortazione di papa Leone dedicata all'amore verso i poveri. Un amore concreto, fatto di pensiero, di emozione, di gesti. Anche piccoli, come l'elemosina: non modo sbrigativo di scaricarsi la coscienza ma occasione necessaria per guardare in faccia chi ha bisogno. Solo sottraendo la povertà alla comodità di categoria astratta si spiega il vincolo inseparabile tra il Dio che sceglie di farsi carne affamata, assetata, malata, carcerata per incontrare fisicamente le sue creature, e le più dimenticate fra queste ultime: il Messia povero, venuto a realizzare nell'oggi della storia la liberazione integrale di chi è prigioniero del male, dell'ingiustizia, dell'esclusione. Dovrebbe sorprendere, dunque, la riluttanza di tanti nei confronti di una «deica e radicale scelta di campo a favore dei più deboli», della denuncia dell'oppressione, dell'impegno per la giustizia. O forse no. Annacquare la Parola, con cavilli dottrinali ammantati di spiritualismo, diventa un meccanismo quasi istintivo di difesa di fronte a un messaggio che inquieta. Perché prendersi cura della fragilità altrui richiede innanzitutto ammettere la propria. Anche la Chiesa, talvolta, non è immune dal rischio di "apofobia": neologismo coniato dalla filosofia pagana Adela Cortina per definire il rifiuto nei confronti degli ultimi della fila. I poveri stessi, però, sono il cuore del Vangelo e contribuiscono, in modo decisivo, a salvarla.

continua a pagina 18

IL FATTO Firmata l'intesa tra Israele e Hamas, con la mediazione americana, per la fine del conflitto armato

La gioia della pace



Bambini palestinesi festeggiano la prossima tregua a Nuseirat / AP



I festeggiamenti nella piazza dedicata agli ostaggi a Tel Aviv / Awa

IL SUCCESSO DEL PRESIDENTE

Trump pronto a parlare alla Knesset e a incontrare i leader dei Paesi arabi

Napolitano
a pagina 3

LE REAZIONI ITALIANE

Meloni ringrazia gli Usa
Crosetto: noi pronti a collaborare nella Striscia

Del Re, Geronico e Marcelli
a pagina 6

Tra domenica e martedì
la liberazione degli ostaggi
ancora vivi
e l'avvio del ritiro dell'Idf
Nella seconda fase il disarmo
del gruppo terroristico

Alla fine, nonostante i "falchi", il governo di Israele ha detto sì al piano. Da stasera, scatta la tregua e l'inizio delle operazioni di consegna degli ostaggi ancora vivi: 20. Alcuni corpi dei 28 uccisi, invece, non si trovano e probabilmente una task force straniera dovrà cercarli nella Striscia. Trump incassa consensi per il Nobel della pace che si assegna oggi.

Foschi e Martegani
alle pagine 2-7

PATRIARCA DI GERUSALEMME

Pizzaballa: presto a Gaza per festeggiare insieme e sostenere la parrocchia

Scavo (inviato a Gerusalemme)
a pagina 5

IL CUSTODE DI TERRASANTA

Ielpo: è un bene per tutti
Dobbiamo agire e vigilare perché non sia sprecato

Scavo (inviato a Gerusalemme)
a pagina 5

I nostri temi

«DILEXI TE»

Il Papa sui poveri:
la carità
cambia il mondo

GIACOMO GAMBASSI

Leone XIV lo chiarisce fin dai primi paragrafi. L'Esortazione apostolica *Dilexi te* che porta la sua firma e che ha al centro l'amore verso i poveri è un «progetto ricevuto come in eredità» da papa Francesco...

A pagina 8



LE PROSPETTIVE

Vera pacificazione
se uomini e Terra
saranno rispettati

Sedici poveri a pranzo in Vaticano. Poche ore prima che venisse diffusa l'esortazione apostolica *Dilexi te* che «chiama» proprio all'amore verso gli ultimi. «Lo facciamo ogni settimana. Perché in loro riconosciamo Cristo», racconta il cardinale Krajewski.

A pagina 9

AMBARUS

La fede autentica
è l'amore
per gli esclusi

AGNESE PALMUCCI

«Mi sembra che *Dilexi te* sia il testamento di Francesco – dice Ambarus, arcivescovo di Matera – ed è significativo che il primo documento magistrale di Leone sia sui poveri».

Rosoli a pagina 10

L'ACCESSO AL CIBO

Guerre, clima, meno aiuti
la fame diventa cronica

Alfieri a pagina 11

SCEGLIERE SULLA VITA

Suicidio assistito e legge
un dialogo per ascoltarci

Amore, Maltoni e Monsuili a pagina 17

LETTERATURA

Il Nobel a Krasznahorkai
sulle orme di Kafka

Beltrami e Zaccari a pagina 20

Vicini di casa

Ho già riferito del nostro primo incontro, ma non è escluso che il signor Kenobi e io ci fossimo incrociati anche prima dell'autunno del 1989. Ce ne rendemmo conto in occasione di uno dei suoi passaggi a Milano, quando gli proposi di darci appuntamento in piazza Piemonte. «Benissimo – disse –, conosco la zona. Ho abitato da quelle parti». Seduti al tavolo di un bar, gli chiesi dove avesse alloggiato esattamente, e in quale periodo. L'indirizzo era lo stesso al quale avevamo vissuto per una decina di anni, quando frequentavo il liceo e l'università. Un condominio elegante, con un grande atrio che dava accesso a

due colonne speculari di appartamenti. Casa mia era sulla scala di destra; quella di cui era stato ospite il signor Kenobi sulla sinistra. All'epoca sapevo che un'azienda giapponese aveva impiantato nel palazzo una specie di foresta. Ora scopro che tra i beneficiari di quella sistemazione c'era un cugino del signor Kenobi, presso il quale il mio conoscente aveva fatto tappa per qualche settimana. Non ho memoria di averlo mai incontrato, ma ricordo che una sera, mentre rincasavo, un bambino giapponese mi salutò dalla finestra così, senza motivo, come fanno i bambini. Forse presagiva che – presto o tardi, in un modo o nell'altro – saremmo entrati in confidenza.

© IPERBOLICA EDITORIALE

Gutenberg

CULTURA
L'IA dentro
la nostra
mente

Crescono le interazioni con le macchine anche su questioni psicologiche.
Nell'allegato

NESSUNA ISOLA È UN'ISOLA

Copuzzi / Jacobsen / Talentino / Rivoli / Zuccari

«Legge su obesità importante anche per salute riproduttiva»

«**A**ccogliamo con soddisfazione l'approvazione definitiva del Disegno di legge per la prevenzione e la cura dell'obesità, un risultato importante anche per la salute riproduttiva. L'obesità, infatti, ha conseguenze significative sulla fertilità, sia maschile sia femminile. La nuova legge, pertanto, è un primo decisivo passo verso un approccio sistemico e a 360° gradi a questa patologia, che deve poter coinvolgere più specialisti, le istituzioni, le comunità territoriali, per mettere in campo azioni coordinate di prevenzione e formazione, soprattutto a tutela delle nuove generazioni». Lo afferma il professor Ermanno Greco, presidente



Ermanno Greco

della Società Italiana della Riproduzione (S.I.d.R.), commentando l'approvazione del Ddl sull'obesità, che viene in tal modo riconosciuta come una malattia. L'Italia è tra i primi paesi al mondo a dotarsi di una legge specifica per la prevenzione e la cura di questa patologia cronica e recidivante. (G. Ser.)



Salute mentale, più risorse alla psicoterapia

Senza interventi strutturali per la prevenzione e per le psicoterapie pubbliche il Piano di azione nazionale è una scatola vuota, denuncia **Andrea Filippi**, segretario nazionale Fp Cgil medici e dirigenti Ssn.

Ecco cosa propone il sindacato

di **Simona Maggiorelli**

«**I**l governo Meloni non ha fatto nulla di quanto fosse necessario per il Servizio sanitario nazionale (Ssn) sia in termini di risorse che in termini di riorganizzazione», denuncia il segretario nazionale della Fp Cgil Medici **Andrea Filippi**. Quanto ai finanziamenti, come è noto, Meloni ripete sempre che il suo governo è quello che ha stanziato più risorse per la sanità ma le opposizioni contestano integralmente la sua narrazione. Abbiamo chiesto a Filippi di aiutarci nel fact checking: «In termini di risorse siamo molto al di sotto del necessario. Oggi i finanziamenti del governo Meloni al Fondo sanitario nazionale sono sotto il punto critico rispetto al Pil. Siamo scesi al 6,3 per cento: un livello così basso non l'avevamo mai toccato con i governi precedenti». Del resto, aggiunge il sindacalista e psichiatra: «Meloni aveva dichiarato già nel momento in cui si è insediata tre anni fa che la sanità non era la sua priorità, nonostante si venisse fuori da una situazione drammatica come quella della pandemia. In questo è stata coerente. Quello era il suo programma».

E per quanto riguarda la salute mentale? «La situazione è speculare a quella più generale. Non ha fatto nulla in ambito di salute mentale». Con questo - precisa -, intendiamoci, non che i governi precedenti avessero fatto qualcosa di meglio o di più in ambito di salute mentale. Sono almeno 20 anni che noi attendiamo finanziamenti al Ssn e per la salute mentale. Non a caso erano dieci anni che aspettavamo quello che una volta veniva chiamato progetto obiettivo per la riorganizzazione del potenziamento dei servizi e che oggi è il Piano di azione nazionale per la salute mentale (Panasm)».



Quanto ai fondi del Pnrr? «Nella missione 6 del Pnrr c'era un brevissimo accenno alla salute mentale, così come alle tossicodipendenze e ai consultori e - fa notare Filippi - con scarsissima attenzione ai temi che sono stati centrali negli anni 70 a venire in Italia».

In questo quadro dunque cosa rappresenta il Piano di azione nazionale salute mentale e in cosa consiste? «È stato fatto da una commissione di urgenza insediata dopo l'omicidio a Pisa della psichiatra Barbara Capovani», spiega il segretario: «È un piano di azione nazionale che fondamentalmente non contiene nulla di innovativo. Senza nessuna risorsa propone molto semplicemente una riorganizzazione dell'attuale, come se fosse un buon modello di presa in carico della salute mentale e di cura, senza considerare che non è più adeguato ai bisogni di salute della cittadinanza. Di fatto si chiede a chi oggi lavora di dare di più in una sorta di riorganizzazione senza nessuna assunzione». Il punto cardine prosegue Andrea Filippi è che «nel Piano non c'è un'idea di innovazione e di cambiamento. Ci si limita alla presa in carico della cronicità, e per i malati autori di reato alla custodia, trascurando la necessità invece di potenziare le risorse e gli investimenti su una proposta più generale di salute mentale con interventi sulle scuole, sui giovani, sul benessere psicologico che significa evidentemente lavorare sull'istruzione, sulla formazione, sul lavoro, sulle infrastrutture, sulle relazioni, sulla socialità delle persone».

Nel nuovo piano dunque manca del tutto un aspetto importante come la prevenzione? «Non c'è nessun intervento per l'individuazione precoce o prevenzione della malattia psichiatrica», chiarisce il segretario Fp Cgil Medici. E conclude: «Siamo ancora una volta davanti a un piano centrato sull'aspetto psichiatrico-farmacologico dell'intervento, con una accezione del tutto superata della psichiatria esclusivamente organicistica-farmacologica e non c'è quello che dovrebbe essere il cuore pulsante della cura delle persone, cioè un investimento sulla psicoterapia. Ancora una volta dopo 30 anni manca quella che dovrebbe essere la base di qualsiasi relazione terapeutica per la salute mentale, cioè la psicoterapia».

Nonostante la propaganda, a ben vedere, il governo poco fa anche per il bonus psicologico, misura che il sindacato ha più volte criticata come sbagliata e insufficiente. «Nel nuovo piano c'è qualche intervento di tipo puntiforme sullo psicologo di base e pochissime risorse sul bonus psicologico, quindi interventi per nulla strutturali e manca qualsiasi investimento sulla ricerca e sulla formazione», approfondisce Filippi. «Noi al contrario chiediamo che nell'ambito della salute mentale vengano finalmente introdotte professionalità che garantiscono prima di tutto una presa in carico psicologica e psicoterapeutica, ancora prima che farma-



cologica, attraverso le integrazioni di servizi di primo livello che sono quelli della medicina territoriale e possibilmente anche con i servizi non sanitari nell'ambito della scuola del lavoro e con gli ambiti dove la gente vive, lavora, studia e si relaziona con gli altri. Per questo serve un intervento strutturale non frammentato a partire da un piano di assunzione di personale, di psichiatri e psicologici che facciano psicoterapia. Se noi partiamo da una certa visione della realtà umana, da un'idea della salute mentale e quindi della malattia mentale che potrebbe insorgere (e come sappiamo non accade per cause organiche e genetiche) allora dobbiamo incentrare tutte le nostre risorse e tutti i nostri sforzi sul finanziamento delle psicoterapie pubbliche. **Senza psicoterapia non si può fare prevenzione e non si può fare cura».**





Servizio ECM

Medici: dai crediti ai bonus ecco le ultime novità sulla formazione continua

L'acquisizione dei crediti formativi relativi al triennio 2020-2022 è consentita fino al 31 dicembre 2025, possibile compensare le eccedenze

di Claudio Testuzza

9 ottobre 2025

Quest'anno terminerà al 31 dicembre il triennio 2023-2025 della formazione continua. Pertanto è opportuno che i medici si colleghino alla propria area nel sito internet www.cogeaps.it tramite SPID per verificare la propria posizione in merito al soddisfacimento dell'obbligo formativo individuale.

Ricordiamo che l'obbligo formativo di formazione continua decorre dall'1 gennaio successivo alla data di iscrizione all'Ordine.

Gli obblighi formativi

Ogni medico/odontoiatra per il triennio 2023-2025 deve assolvere in qualità di discente almeno il 40% del proprio fabbisogno formativo triennale, che potrebbe essere diverso dai 150 crediti in quanto vi potrebbero essere state riduzioni a seguito di bonus formativi, mentre la residua parte del 60% può essere maturata anche mediante attività di docenza (docenti, relatori, tutor), attività di moderazione e di responsabile scientifico in eventi ECM ovvero mediante le attività di "formazione individuale".

Nello specifico per formazione individuale si intendono attività di ricerca scientifica (pubblicazioni scientifiche, studi e ricerca, corsi obbligatori per lo svolgimento di attività di ricerca scientifica), tutoraggio individuale, attività di formazione individuale all'estero, attività di autoformazione secondo però specifiche percentuali.

Un manuale sulla formazione continua

Per approfondire tutti gli aspetti dei diversi tipi di formazione è opportuno consultare sul sito di Agenas il "Manuale sulla formazione continua del professionista sanitario" il cui aggiornamento è entrato in vigore il 25.03.2024. Il Manuale illustra i vari casi di esonero ed esenzione. Ricordiamo che, come precisato nella comunicazione n. 17/2022 della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO), devono essere conseguiti crediti specifici in materia di radioprotezione che devono rappresentare:

- almeno il 10% dell'obbligo formativo individuale per i medici specialisti (di qualsiasi specializzazione e che esercitano la professione in qualsiasi modalità come precisato dal parere reso dal Ministero della Salute a FNOMCeO), i medici di medicina generale, i pediatri di famiglia;
- almeno il 15% per i medici specialisti e gli odontoiatri che svolgono attività complementare.

Per attività radiodiagnostica complementare lo stesso parere del ministero della Salute precisa, in base al decreto legislativo 101/2020, che trattasi di attività di ausilio diretto al medico specialista o all'odontoiatra per lo svolgimento di specifici interventi di carattere strumentale propri della disciplina, purché contestuali, integrate e indilazionabili, rispetto all'espletamento della procedura specialistica.

Importanti novità sui crediti formativi

Il 3 luglio scorso la Commissione Nazionale formazione continua ha disposto alcune deliberazioni per il recupero dei crediti formativi e sulle premialità.

L'acquisizione dei crediti formativi relativi al triennio 2020-2022 è consentita fino al 31 dicembre 2025. La possibilità di spostamento dei crediti è consentita fino al 30 giugno 2026.

I "crediti compensativi" sono i crediti utili al soddisfacimento dell'obbligo formativo, eccedenti l'obbligo formativo individuale e finalizzati alla compensazione del debito formativo relativo al singolo triennio.

Per i professionisti sanitari che non hanno assolto all'obbligo formativo individuale nei trienni 2014/2016 e/o 2017/2019 e/o 2020/2022, la certificazione per i suddetti trienni è subordinata al conseguimento di un numero di crediti compensativi, pari alla totalità del debito individuale relativo ai trienni sopraindicati, nelle modalità previste dalla vigente normativa.

Tali crediti potranno essere conseguiti fino al 31/12/2028. Ai fini della certificabilità gli eventuali crediti in eccedenza, maturati nei trienni 2014-2016, 2017-2019, 2020-2022, 2023-2025 e 2026-2028 sono utilizzati dagli Ordini, per il tramite della piattaforma COGEAPS, per compensare in tutto o in parte il debito formativo nei trienni 2014-2016, 2017-2019 e 2020-2022.

Premialità e operatività

I professionisti sanitari che alla data di pubblicazione della delibera risultino certificabili per i trienni 2014/2016, 2017/2019 e 2020/2022, riceveranno un bonus di 20 crediti da imputarsi al triennio 2023/2025 e 20 crediti da imputarsi al triennio 2026-2028. Per i professionisti il cui obbligo formativo abbia decorrenza a partire dal triennio 2017/2019 il bonus, da imputare al triennio 2023/2025 e 2026/2028, sarà quantificato in 15 crediti per ciascun triennio. Per i professionisti il cui obbligo formativo abbia decorrenza a partire dal triennio 2020/2022 il bonus, da imputare al triennio 2023/2025 e 2026/2028 sarà quantificato in 10 crediti per ciascun triennio. Restano fermi gli ulteriori bonus già previsti dalla vigente normativa e da quanto statuito dalla Commissione Nazionale per la Formazione continua (Cnfc)".

Con specifico riferimento ai crediti compensativi la delibera della Cnfc riporta specifici esempi.

"La certificazione dei singoli trienni sarà determinata sulla base dei crediti complessivamente maturato nei trienni 2014-2016, 2017-2019, 2020-2022, 2023-2025.

Eventuali deficit di crediti nei trienni 2014-2016, 2017-2019, 2020-2022, saranno compensati da crediti eccedenti ottenuti fino al 31/12/2028.

Il Cogeps provvederà ad effettuare i calcoli delle conformità, compensando i trienni a partire da quello più recente".

LE PAROLE E LA CURA LA GABBIA DEI 6.500 VOCABOLI (TROPPO POCHI PER VIVERE)

Quando si sta male, spiega la psicanalista Simona Argentieri, il linguaggio richiede più attenzione: i termini che compongono il 98% dei nostri discorsi non bastano più. «È l'accoglienza a rendere ogni terapia più efficace»

di ANNA FREGONARA

Illustrazione di FABIO BUONOCORE

Immaginiamo la lingua come una grande torta: ci sono parole che usiamo di rado, altre che maneggiamo con disinvoltura ogni giorno, altre ancora che conosciamo ma non diciamo quasi mai. Secondo la Treccani, una parte consistente di questa torta è il lessico comune che conta circa 47.000 vocaboli: parole note a chi ha un livello di istruzione medio-alto. **Quasi tutte le nostre conversazioni quotidiane, però, si appoggiano su una fettina di torta di appena 6.500 vocaboli base che, da soli, coprono il 98% dei discorsi.** Tuttavia, quando la parola si fa più urgente, come nel momento della fragilità, della malattia, dell'attesa, in cui bisogna cercare di restituire senso alla sofferenza, ci accorgiamo che non basta saper parlare.

Questa consapevolezza attraversa con forza un libro denso e appassionato, *La parola che cura*, di Simona Argentieri, medico psicoanalista, membro ordinario e didatta dell'Associazione italiana di psicoanalisi e dell'International Psycho-Analytical Association, pubblicato da *La nave di Teseo* in collaborazione con la Fondazione dell'ospedale pediatrico Meyer di Firenze.

«L'espressione "parola che cura" nasce da Anna O., una giovane paziente seguita da Sigmund Freud, la quale riconobbe per prima il valore terapeutico del raccontare, del dare forma al proprio vissuto. Quell'intuizione, nata dall'esperienza clinica, è diventata la base della psicoanalisi: una cura fatta di parole che non prescinde dall'unità inscindibile di mente e corpo e che rimette al centro il legame tra sapere scientifico e sapere relazionale», racconta Argentieri.

Le parole non sono tutte uguali.

Spesso usiamo vocaboli come sinonimi quando, in realtà, non lo sono. Capita, per esempio, **quando si confonde la probabilità con la possibilità o l'ansia con la paura. Lo stesso accade con cura e terapia.** «La terapia è l'intervento specifico su una patologia per ridurre o eliminare le cause dei sintomi», chiarisce Argentieri. «La cura è qualcosa di più vasto, comprende la terapia ma include anche il prendersi cura dell'altro riconoscendolo nella sua interezza. È un bisogno universale che accompagna tutti in ogni fase della vita, in salute e in malattia, e che diventa una condizione imprescindibile proprio quando si è fragili e si sta male. Prendersi cura significa saper cogliere non solo quello che il paziente dice, ma anche ciò che tace: la paura, la diffidenza, le esitazioni. **Significa assumersi la responsabilità di una persona che si affida in un momento di vulnerabilità, quando il malessere la rende più debole.** Il paziente, quando sta male, tende a regredire e ad assumere una posizione di dipendenza che ha qualcosa di infantile. Non sempre chiede le stesse cose: a volte desidera una guida sicura, qualcuno che prescriva, suggerisca, prenda decisioni; altre volte, invece, pretende di essere riconosciuto come co-protagonista del processo di cura, rispettato nella sua autonomia».

In medicina, come in psicoana-



lisi, questo equilibrio va continuamente ricercato. Un esempio è lo stile comunicativo: quel vecchio modo di dare del tu ai pazienti, che poteva sembrare un gesto di vicinanza, talvolta viene percepito come una forma di intimità rassicurante, altre volte come un modo per sminuire, per non rispettare la loro individualità. «Non esiste una regola valida per tutti: ciò che conforta una persona può risultare invadente per un'altra e persino lo stesso paziente può vivere in modo diverso lo stesso atteggiamento a seconda del momento che sta attraversando», spiega l'autrice. Questo saper gestire le situazioni richiama il concetto winnicottiano di preoccupazione materna primaria.

Donald Winnicott, pediatra e psicoanalista inglese, descriveva così la capacità di un genitore, soprattutto nelle prime fasi della vita del bambino, di prendersi cura con attenzione costante, proteggendo senza opprimere. Trasferito nella relazione di cura, significa modulare il proprio intervento tra fermezza e tenerezza, tra la parola tecnica e quella che rassicura.

«Nella pratica clinica quotidiana, soprattutto nella medicina di base o nel servizio pubblico, il tempo a disposizione è poco. Il medico può fare del suo meglio, ma difficilmente riesce a occuparsi dell'interesse della persona, anche sul piano umano. Sarebbe l'ideale, ma non sempre è possibile: a volte per limiti organizzativi, altre volte per ragioni personali», puntualizza Argentieri. «Di recente, **in Germania mi è capitato di vedere un paziente sottoposto a un intervento chirurgico con il sussidio di un robot, senza che il chirurgo lo avesse mai incontrato, né prima né dopo l'operazione.** Una meccanizzazione estrema che rivela fino in fondo quella tendenza all'automatismo e all'appiattimento della cura sul solo modello tecnico. In Italia, nonostante le difficoltà e le carenze, il chirurgo trova ancora

il tempo di andare al letto del paziente a chiedere "Come sta?" e quel gesto semplice restituisce un segno di presenza e di attenzione. Non è affatto detto che si debba sempre scegliere tra l'eccellenza tecnologica e l'accoglienza, intesa come attenzione alla persona. Anzi, una buona accoglienza rende le cure più efficaci, riduce i tempi e spesso persino i costi. Lo dimostra l'esperienza della somministrazione di uno psicofarmaco quando viene accompagnata dalla parola. Negli Stati Uniti, come si vede anche nei film, il paziente riceve una bottiglietta con il proprio nome e nient'altro: non sa che cosa sta prendendo, resta in una posizione passiva. **Da noi, invece, quando il medico spiega che cosa prescrive, perché serve, quali effetti può avere e si interessa a come il paziente lo vive, gli restituisce un senso di partecipazione e di fiducia.** In questo modo si può addirittura abbassare i dosaggi. È un fatto noto in psichiatria: quando c'è un buon rapporto medico-paziente, i farmaci funzionano meglio anche a dosi più basse».

La parola e il farmaco non sono, quindi, alternativi, ma alleati. Ma la parola che cura non è solo quella pronunciata: anche l'ascolto è nel registro della parola, così come lo sono l'espressione del viso, lo sguardo, il tono della voce. «Non a caso, la protesta più frequente dei pazienti che escono scontenti da una visita è sempre la stessa: "Non mi ha neanche guardato", "non mi ha neanche toccato". Sono due brevi frasi, ma eloquenti: significano "non mi hai visto", "non sei entrato in contatto con me". Credo che sia questo il punto decisivo: il paziente ha bisogno di sentirsi tenuto nella mente. Non solo come caso clinico, come numero o cartella, ma come persona», sottolinea la dottoressa. «Quando questa dimensione manca, si scivola nella disumanizzazio-

ne della cura. Non c'è medico, per quanto in alto possa arrivare nella sua carriera, che non si trovi prima o poi a essere paziente e questo va sempre ricordato. Vuol dire mantenere viva un'empatia che non è paternalismo, ma attenzione autentica all'altro: l'unico modo per restituire alla medicina la sua dimensione umana».

Insomma, in un tempo in cui la salute è sempre più frammentata in specialismi, in cui le tecnologie sembrano prendere il posto dell'ascolto, **la parola che cura è un invito a rallentare perché il paziente non è solo il suo sintomo. È una persona e la cura comincia proprio da lì: dal riconoscimento che nessuno è solo il suo male.**

«Dalla parte del paziente, però, oggi si tende a chiedere sollievo rapido, solo sul piano sintomatico; ma la promessa di risolvere i problemi in fretta con un manuale diagnostico riflette una cultura che ha smarrito il senso del tempo necessario alla trasformazione», conclude l'esperta. «Nel cuore del lavoro analitico, ma il discorso vale per ogni relazione di cura, c'è la possibilità di riconoscere le proprie parti rimosse, negate, proiettate. È questo che fa la differenza tra una psicoterapia orientata al cambiamento strutturale e un colloquio di sostegno. **Eppure oggi tutto viene confuso: ogni forma di ascolto viene chiamata "psicoanalisi"** e la distinzione tra scuole, metodi, modelli si perde in un calderone indistinto».



SCEGLIERE SULLA VITA

Suicidio assistito e legge un dialogo per ascoltarsi

Amore, Maltoni e Mensuali a pagina 17

Punti fermi, valori, idee: su un tema decisivo dialogo indispensabile, mentre il Parlamento discute un nuovo provvedimento sul fine vita

Suicidio assistito, i diritti e la legge Ora uno spazio aperto per ascoltarsi

La sentenza 242 con cui nel 2019 la Corte costituzionale ha aperto alla depenalizzazione dell'aiuto al suicidio in alcuni casi ben definiti (e altre che sono seguite), a partire dal drammatico caso di dj Fa-bo, rimandando a una legge nazionale ancora in discussione, ha spostato l'asse del confronto sui diritti fondanti della nostra vita collettiva – la vita in primis –, su ciò che occorre per tutelarli e sul possibile margine legale per un accesso alla morte volontaria quando la malattia e la sofferenza sembrano togliere ogni speranza. Apriamo con questa pagina uno spazio per un dialogo a più voci su una materia delicatissima e decisiva, a partire da posizioni e sensibilità diverse, per accompagnare il dibattito sui contenuti della legge, e sulla stessa opportunità o meno di vararla. Lo facciamo nella convinzione che

su questioni chiave per il futuro del Paese, come questa, conta anzitutto potersi esprimere, argomentare e ascoltarsi, nel rispetto reciproco. Una questione di metodo e di contenuti, per accompagnare il dibattito parlamentare. Tutti gli articoli saranno poi pubblicati anche online, reperibili con il tema generale "Scegliere sulla vita", e diffusi agli abbonati della newsletter settimanale gratuita di "è vita".



Nell'attenzione ai più fragili si decide il grado di civiltà di uno Stato

ALLA RICERCA DELLA PORTA STRETTA PER TUTELARE LA VITA E LA LIBERTÀ



RICCARDO MENSUALI

Quando si tratta di vita e di morte, si allude a un territorio profondamente intimo e personale. Inviolabile. Eppure, il morire non è fatto solo privato: da come uno Stato governa temi quali la malattia e il fine vita si deduce il grado di civiltà, espressa nell'attenzione a chi è più fragile. Quale spazio la nuova legge dovrebbe coprire, dopo che il tema è stato già in parte normato? L'Italia, infatti, si è dotata, nel 2010 di una preziosa legge sulle cure palliative - anche se il Paese non ha sviluppato in maniera omogenea, sul territorio, un sistema di cure palliative -, poi nel 2017 della legge 219 che norma la realizzazione del diritto di rifiutare le cure, o interromperle. La Corte ha novellato l'articolo 580 del Codice penale, circoscrivendo una ristretta area di non punibilità dell'assistenza al suicidio. È tornata sul tema con quattro successive sentenze, tutte recenti. L'insieme di questa nuova normativa è già in grado di affrontare moltissime situazioni. È auspicabile che lo spirito che anima questo tempo di *ius condendum* sia il più vicino possibile a un vero dialogo costruttivo, che diventa tale solo se disposto a fare spazio anche alle posizioni altrui. Se no, più che dialogo, rimane contrapposizione di opinioni, pur legittime. Ogni tanto, si rivolge proprio alla Chiesa un'obiezione: non sarebbe misericordiosa perché insisterebbe sul valore della sofferenza. Non v'è dubbio sul fatto che un Dio compiaciuto del soffrire umano sia una caricatura del suo vero volto, ritratto da quello di Gesù. Che ha sofferto lui, intanto, crocifisso, non ha fatto soffrire altri, costringendoli al dolore. Anzi, col malato ci si è identificato. *Quando ti abbiamo incontrato? Quando mi avete visitato, sofferente.* La Chiesa ha una lunga storia di cura, guarigione e vicinanza ai

malati. Una passione che si è realizzata, nei millenni, in ospedali, progetti, case di cura e di sollievo. O in gesti gratuiti e diffusi ovunque nel segreto del vero amore, quello che fa vivere un tempo che, se è senza futuro, non per questo sarà senza senso. Il vero volto della Chiesa è quello di una comunità vicina al malato, per curarlo anche quando non è possibile guarirlo. Fin dal Vangelo del buon samaritano. Ma le leggi le fanno gli Stati. I cattolici possono dire la loro, con un contributo prezioso, con opinioni ispirate dalla stessa fede ma non uniformi. La parola "compassione", secondo alcuni, dovrebbe entrare anche nel diritto penale, nella fattispecie dell'attenuante dell'omicidio *pietatis causa*: uccidere qualcuno perché ti fa pena che soffra. Già nel 2018 i giudici della Cassazione si interrogavano se nel "sentire comune" la compassione non stia cominciando a comprendere l'eliminazione del dolore per mezzo dell'eliminazione di chi lo sente. Dissero che no, la pietà non è compatibile con l'atto di sopprimere la vita. Una decisione importante. Non c'è molto da fidarsi, però, del "sentire comune", così volubile. Della "emozione popolare". Il populismo penale non dovrebbe avere il potere di ridefinire la compassione. Non si può dire "l'ho uccisa perché l'amavo". Né è per compassione che uno Stato potrà definire un aiuto a morire per chiunque lo dovesse chiedere: davanti a una richiesta di sostegno a morire il primo passo è verificare se non si nasconda, per essere rivelata, una domanda di vita ulteriore, migliore. Non sempre sarà così. Non ogni volta la domanda di morte è richiesta di vita. Eppure, lo "spirito" costituzionale coincide con la ricerca di soluzioni, quando il cittadino ha un problema: riabilitare il prigioniero, curare un malato, sostenere un indigente, assicurare denaro e servizi a chi non può lavorare. Nel progetto del Governo si legge,

con soddisfazione, di una particolare attenzione alle cure palliative. Si fa riferimento a un "obbligo" che è solo nel proporle, sostenendole finanziariamente, visto che nessun cittadino potrà mai essere obbligato a niente, in base all'articolo 32 della Costituzione. Si tratta, se confermata, di una soluzione necessaria, capace di mandare un messaggio chiaro: lo Stato, innanzi tutto, ai malati propone un trattamento. Non significa guarigione: significa farsi carico di un certo tipo di cura, come primo passo. E il titolare di questo "dovere" è, in Italia, il Servizio sanitario nazionale. D'altra parte, l'ordinamento tutela, come bene giuridico, la vita e non la sofferenza. Tutela la libertà di non curarsi, anche quando il rifiuto della cura coincide con il rifiuto della vita. E difende in maniera definitiva lo spazio privato di una coscienza che si autodetermina, liberamente. Dunque, va presa in considerazione l'apertura all'accesso al suicidio assistito della Corte, che si occupa dello specifico tempo del malato che sa di andare presto incontro alla morte. Prima di quanto credesse. La Consulta indica di considerare quella porta stretta che è il tempo breve della persona che sa di morire, rifiuta o interrompe le cure, anche palliative, mentre si forma una coscienza del senso dei giorni rimasti. E domanda un'assistenza al vivere morendo. Morendo comunque. Morendo ancora prima. Il Parlamento è chiamato a stabilire una normativa su questo "spazio" che in realtà è un tempo breve, perché nessun cittadino sia lasciato solo o discriminato. E su come, con un robusto rafforzamento del percorso di cure palliative, poter offrire una via per lasciare con dignità questo



mondo. C'è una parte del Paese che riterrà questi criteri, già indicati dalla Consulta, troppo restrittivi. Come se l'Italia fosse un Paese crudele, dove non è facile smettere di soffrire. Al contrario, offrire – almeno – alternative alla morte è proprio della creatività della carità. E bisogna saper ridire le ragioni per evitare la deriva – questa sì, cinica – di un pericoloso e crudele pendio scivoloso che lasci credere come sia più facile che qualcuno ti aiuti a morire invece che a vivere meglio. Non ci sarà alcun motivo per sentirsi vagamente in colpa o meno civili, siccome in altri Paesi è più facile morire. Avere attenzione a che non si allar-

ghi la platea di chi possa farsi sostenere nel morire non è indifferenza al dolore. È vero il contrario: per il nostro Paese conta la vita della persona malata, non solo la sua morte. Il mondo, al momento, pare già piuttosto propenso a dare più la morte che la vita. Questa attenzione sarà la responsabilità di uno Stato laico, non paternalista ma con dei valori forti, che sulla base dello spirito della sua Carta fondamentale, cerca soluzioni da offrire, senza imporle. Salvaguardando una libertà sempre possibile. In un hospice toscano dove i malati gravi e terminali vengono curati anche se non possono guarire un

ospite ha lasciato questo messaggio, poco prima di morire: «Mi avete rimesso al mondo». In apparenza, solo una contraddizione. Al contrario, sono le parole più preziose che possono guidare un legislatore attento alla libertà di coscienza dei cittadini come al valore supremo della vita: lasciare che una persona decida di morire, solo dopo averla «rimessa al mondo». Una misericordia più complessa e laboriosa ma certo più vicina alla felice sintesi tra libertà e solidarietà, tra «l'io e il noi», che tanto lavoro costò ai padri costituenti.

Sacerdote e giurista



Gli effetti nefasti di regole sanitarie e percorsi formativi incomprensibili

CURE PALLIATIVE, PIÙ PAROLE CHE FATTI E UN VERO MODELLO DIVENTA RESIDUALE


MARCO MALTONI

Il famoso medico palliativista americano Eduardo Bruera, nel descrivere i momenti di difficoltà della costruzione di un modello di cure palliative in un determinato Paese, profeticamente afferma che successiva alla fase di “pallifobia” (in cui non si può parlare di cure palliative perché è tabù parlare di morte e di sofferenza), si impone una fase di “pallilalia”. Nella “pallilalia”, tutti parlano di cure palliative e affermano di sostenerle, creando così una “narrazione” di potenziamento delle cure palliative, ma esse rimangono invece ostacolate nelle realtà dei fatti.

Vorrei riportare alcuni sintetici esempi che sembrano attestare come oggi in Italia siamo in una fase di questo tipo. A parole tutti auspicano il rafforzamento delle cure palliative come modello di cura utile in sé, e forse anche come possibile offerta che possa ridurre il numero delle richieste di suicidio assistito, ma nella pratica le cure palliative sono invischiata in percorsi complicatissimi. In Università finora non sono stati poste in essere le due azioni che potrebbero favorire le cure palliative e la medicina palliativa. La medicina palliativa non ha ottenuto un suo proprio Settore scientifico disciplinare, né pare che questa assegnazione sia imminente. Senza un Settore scientifico disciplinare i palliativisti sono perennemente costretti a errare da una materia all'altra, per potere avere spazi di insegnamento e di ricerca, dipendendo molto dalle condizioni locali di accettazione e collaborazione. In passato i Settori scientifici disciplinari erano forse troppi ed è stato attuato un percorso di riduzione degli stessi, ma l'Università non sembra, finora, avere trovato una sensibilità tale da riconoscere peculiarità e in-

novatività della medicina palliativa, con la sua ricaduta non solo accademica ma anche assistenziale e sociale.

Un secondo punto critico nello sviluppo delle cure palliative universitarie è un po' tecnico, ma spero di descriverlo anche per chi non sia dentro a questi temi. I possessori di tante “specializzazioni universitarie” (ben dieci tipologie) possono fare concorsi di cure palliative nel Servizio sanitario, mentre i neonati specialisti di cure palliative che solo ora iniziano a uscire dalle Università possono fare concorsi di cure palliative, ma solo questi, e non hanno nessun altro sbocco lavorativo (o per andare a contaminare in modo palliativo altre discipline, come per esempio la geriatria, la medicina di comunità o la medicina interna, o anche solo per avere una alternativa nel caso in cui le assunzioni e i concorsi ancora rari in cure palliative non siano possibili). In gergo tecnico, le cure palliative hanno dieci specializzazioni “equipollenti in entrata”, ma nessuna “equipollenza in uscita”. Questa condizione di inferiorità e non appetibilità è corresponsabile di una lentezza nello sviluppo della scuola di specialità di medicina palliativa, così faticosamente perseguita, ma che ora è a rischio. Ci vorrebbe uno sguardo visionario della Università per uno sviluppo reale, che finora non è avvenuto.

Nel Servizio sanitario nazionale e regionale le cose non vanno meglio. Da una parte, i finanziamenti che dallo Stato, dalle Regioni, dalle Aziende sanitarie possono arrivare alle cure palliative raramente sono finalizzati “esclusivamente” alle cure palliative stesse. Molto più spesso sono finalizzati a una serie di attività e servizi “A, B, C e alle cure palliative”, lasciando ai vari livelli decisionali di scegliere la priorità di utilizzo in base a una serie di motivazioni. Le cure palliative, in questi processi, non sono una disciplina “forte”, e l'interesse per

le persone inguaribili corre il rischio di rimanere più dichiarato che concretizzato. Dall'altra parte, il potenziamento delle reti di cure palliative è spesso sostenuto da risorse scarse, e i concorsi per medici specialisti di cure palliative rimangono pochi sul territorio nazionale, tanto che molti modelli ricorrono a una formazione di base in cure palliative di colleghi che le applicano solo per una frazione del loro tempo lavorativo. Questo approccio di base è di certo meritorio e necessario, ma non sufficiente ad affrontare le problematiche più complesse, e a fare ricerca e formazione.

In tutto ciò anche i palliativisti non sempre sono chiari nella loro alterità al percorso del suicidio assistito. Nelle Aziende sanitarie, ormai, non sono infrequenti riunioni su “fine vita, cure palliative, sedazione, interruzioni di supporto vitale e suicidio assistito”. L'eredità del pensiero di Cicely Saunders, l'infermiera fondatrice delle cure palliative, per la quale la difesa dei pazienti vulnerabili e fragili passava da percorsi di cure palliative che non si intersecassero con quelli del suicidio assistito, sta correndo il rischio di passare dall'essere “il” modello condiviso delle cure palliative, a “un” modello di cure palliative tra i tanti, dove altri prevedono anche il coinvolgimento del suicidio assistito.

Per questo, in tanti medici specialisti stiamo cercando di promuovere il modello delle cure palliative “originali”, e di fare chiarezza sulla differenza sostanziale dei diversi percorsi.

Medico palliativista



Al centro della Costituzione un principio che dovrebbe essere condiviso

DECISIVE LE PERSONE E LA LORO SALUTE A CHI SOFFRE VA IL SOSTEGNO DI TUTTI



STEFANO AMORE

La disciplina italiana in materia di cure palliative si fonda principalmente sulla legge 15 marzo 2010, n. 38, intitolata "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore". Si tratta di una legge accolta con estremo favore già all'epoca della sua approvazione e considerata innovativa nel panorama europeo, poiché riconosce a ogni cittadino il diritto di accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore, senza discriminazioni, lungo tutto il percorso della malattia e non solo nella fase terminale. Fondamentale, nella prospettiva di attuazione della legge, è stata poi l'inclusione delle cure palliative nei Livelli essenziali di assistenza (Lea), avvenuta con il Dpcm del 12 gennaio 2017 e la successiva previsione contenuta nell'art. 2 della legge n. 219 del 2017. Infatti, se già la legge n. 38 del 2010 aveva riconosciuto il diritto dei cittadini ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore, solo con l'aggiornamento dei Lea queste prestazioni sono diventate obbligatorie perché siano uniformemente garantite su tutto il territorio nazionale. Questa innovazione ha reso, infatti, le cure palliative un diritto concretamente esigibile, parificandole ad altre prestazioni fondamentali del Sistema sanitario.

Tuttavia, sono rimaste significative differenze nell'assistenza erogata tra regione e regione: in alcune di esse, infatti, si possono riscontrare reti di hospice e di assistenza domiciliare ben strutturate, mentre in al-

tre i servizi a disposizione sono ancora estremamente frammentari e carenti. La stessa Corte costituzionale, nella recente sentenza n. 66 del 2025, ha evidenziato che oggi in Italia non è ancora garantito un accesso universale ed equo alle cure palliative nei vari contesti sanitari, domiciliari e ospedalieri, che vi sono spesso lunghe liste d'attesa (intollerabili in relazione a chi versa in situazioni di grave sofferenza) e che sovente si sconta una mancanza di personale adeguatamente formato e una distribuzione territoriale dell'offerta troppo divaricata.

I problemi rilevati dalla Corte denunciano, in realtà, non solo carenze organizzative ma un vero problema culturale, perché le cure palliative continuano a essere associate dalla maggioranza della popolazione solo al fine vita, mentre la legge le concepisce come un supporto significativo anche nelle fasi avanzate delle malattie croniche. Si tratta di una posizione legislativa che va considerata estremamente avanzata e importante in un momento storico, come quello attuale, in cui la ricerca sanitaria, supportata dall'intelligenza artificiale, sta raggiungendo esiti tali da consentire la soluzione positiva di malattie considerate incurabili sino a qualche anno fa. Nonostante ciò, molti pazienti utilizzano le cure palliative solo nelle ultime settimane o negli ultimi giorni di vita, quando queste sarebbero state estremamente utili già molto prima. Inoltre, è un dato di fatto innegabile che il passaggio dall'ospedale all'assistenza domiciliare o all'hospice risulta, in molti casi, estremamente complesso.

Si tratta di problematiche, evidentemente, su cui non ha alcun senso evocare contrapposizioni politiche o ideologiche, considerata l'as-

oluta centralità della persona nell'ordinamento giuridico italiano e la tutela della salute come «fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività» assicurata dall'articolo 32 della Costituzione. Questa visione, garantita dalla nostra Carta, rappresenta, anzi, uno dei punti di contatto più significativi tra l'ordinamento italiano e la Dottrina sociale della Chiesa che, fin dall'enciclica *Pacem in terris* di Giovanni XXIII, ha sottolineato come i diritti della persona siano radicati nella sua intrinseca dignità e debbano essere riconosciuti e rispettati dall'ordinamento civile. Anche papa Francesco aveva ribadito in più occasioni questo principio, ricordando che «la salute non è un bene di consumo, ma un diritto universale» (discorso al Consiglio nazionale dell'Ordine dei Medici, 2019), invitando a costruire Sistemi sanitari fondati sulla cura della persona nella sua totalità, specialmente dei più fragili. «Sulla vita non ci possono essere polarizzazioni o giochi al ribasso» ha affermato il cardinale Zuppi, arcivescovo di Bologna e presidente della Cei, nell'introduzione al recente Consiglio permanente dei vescovi italiani a Gorizia. È una conclusione che dovrebbe valere senz'altro anche per le nostre istituzioni.

Magistrato, componente del direttivo romano dell'Unione giuristi cattolici italiani (Ugci)



Festival di Salute

I tumori femminili e le nuove terapie Il futuro delle cure è già tra noi

L'oncologa Anna Sapino all'evento del Gruppo Gedi: ecco i frutti della ricerca più avanzata

TIZIANA MORICONI

Curare meglio, con meno. Prendiamo il tumore al seno, per esempio. Oggi disponiamo di decine di terapie - vecchie, nuove, nuovissime - che possono essere combinate, date in sequenza, prolungate nel tempo.

Questa realtà ha permesso di raggiungere importanti risultati in termini di riduzione del rischio di recidive e di aumento della sopravvivenza. In media. E il punto è proprio questo: in mezzo alla media ci sono donne che potrebbero essere trattate meno, ottenendo gli stessi vantaggi, e, anzi, riducendo gli effetti avversi che si vanno sommando nel tempo. Ma come riconoscerle? Questa è una delle grandi domande della nuova oncologia personalizzata, che va, via via, affinando gli strumenti per "stratificare" i pazienti. E cioè identificare chi ha davvero bisogno di trattamenti più prolungati o aggressivi, e chi no. I medici la chiamano de-escalation.

«È una domanda clinica urgente e per questo abbiamo lanciato un nuovo progetto di ricerca traslazionale, i cui risultati, quindi, possano essere rapidamente applicati nella pratica clinica», dice Anna Sapino, direttore scientifico dell'Istituto di Candiolo - Irccs, che domani, alle 9.30, sarà ospite del Festival di Salute nel

talk intitolato "Tumori: la frontiera". «In particolare - riprende Sapino - per le donne con un carcinoma mammario in stadio precoce, e quindi operabile, vogliamo comprendere quando sia possibile ridurre i trattamenti sia prima sia dopo la chirurgia. Mi riferisco, per esempio, alla terapia ormonale che da protocollo, oggi, viene prescritta fino a 10 anni dopo l'intervento».

Il progetto di cui parla Sapino si chiama "Odeon" (acronimo di "Optimization of De-Escalation strategies in early breast cancer") ed è finanziato grazie ai fondi del 5 per mille della Fondazione Piemontese per la Ricerca sul Cancro. Si basa su un approccio multidisciplinare che mette insieme dati clinici, genomici, radiomici (che provengono dalle immagini radiologiche) e anche patomici (derivanti dall'analisi dei tessuti); il tutto, ovviamente, analizzato con algoritmi di Intelligenza Artificiale. La ricerca durerà tre anni e ha finalità estremamente concrete: sviluppare e validare nuovi metodi di analisi delle cellule tumorali e delle immagini radiologiche da introdurre nella routine clinica, ossia una diagnostica morfologica e molecolare integrata di nuova generazione. «Il fine ultimo del progetto "Odeon" è quello di disegnare il giusto equilibrio tra terapia necessaria e seconda della vulnerabilità clinica. effetti collaterali

delle terapie e qualità di vita della paziente».

Tutto parte dai tessuti freschi conservati nella Biobanca vivente di Candiolo, struttura al centro di un altro grande progetto e di una visione ancora più futuristica: quella di utilizzare gli organoidi (piccoli tumori in 3D che crescono in vitro) per costruire gemelli virtuali dei pazienti. «La Biobanca metterà in collegamento tutti i nostri progetti di ricerca - spiega Sapino - Candiolo ha una grande esperienza nella creazione di organoidi e nel prossimo futuro faremo un passo ulteriore, ricostruendo anche il microambiente tumorale, fondamentale per comprendere l'evoluzione delle neoplasie. Questi organoidi serviranno, quindi, come modelli viventi per le sperimentazioni, anche per testare i farmaci. Per ciascun campione e per ciascun organoide saranno, infatti, registrati i dati molecolari e clinici completi della persona da cui provengono. Alla fine useremo le informazioni come pezzi di un puzzle assemblato con estrema attenzione per dare vita ai cosiddetti "digital twin": copie in silico, virtuali, di pazienti reali».



Quella dei gemelli digitali è, infatti, l'altra grande sfida dell'oncologia del futuro, una corsa a cui partecipano molti centri di ricerca, in Italia e all'estero. L'idea è di poter avere modelli da cui estrapolare dati affidabili e sui quali fare sperimentazioni senza neanche più "toccare" i pazienti. Per esempio, per riuscire a prevedere il percorso della malattia, il rischio di recidiva e la risposta ai diversi e possibili trattamenti in modo sempre più preciso. E poi agire di conse-

guenza nelle corsie dell'ospedale, quelle vere.

A fare da modello per il progetto pilota dei "digital twin" sarà proprio il tumore del seno: «Molti hanno questo obiettivo ambizioso - commenta la professoressa -. La nostra peculiarità è di avere all'interno tutte le competenze necessarie. Il progetto prevede, inoltre, un investimento in tecnologie e in professionalità informatiche per la creazione del "data lake" in cui far confluire tutti i dati e per lo sviluppo di

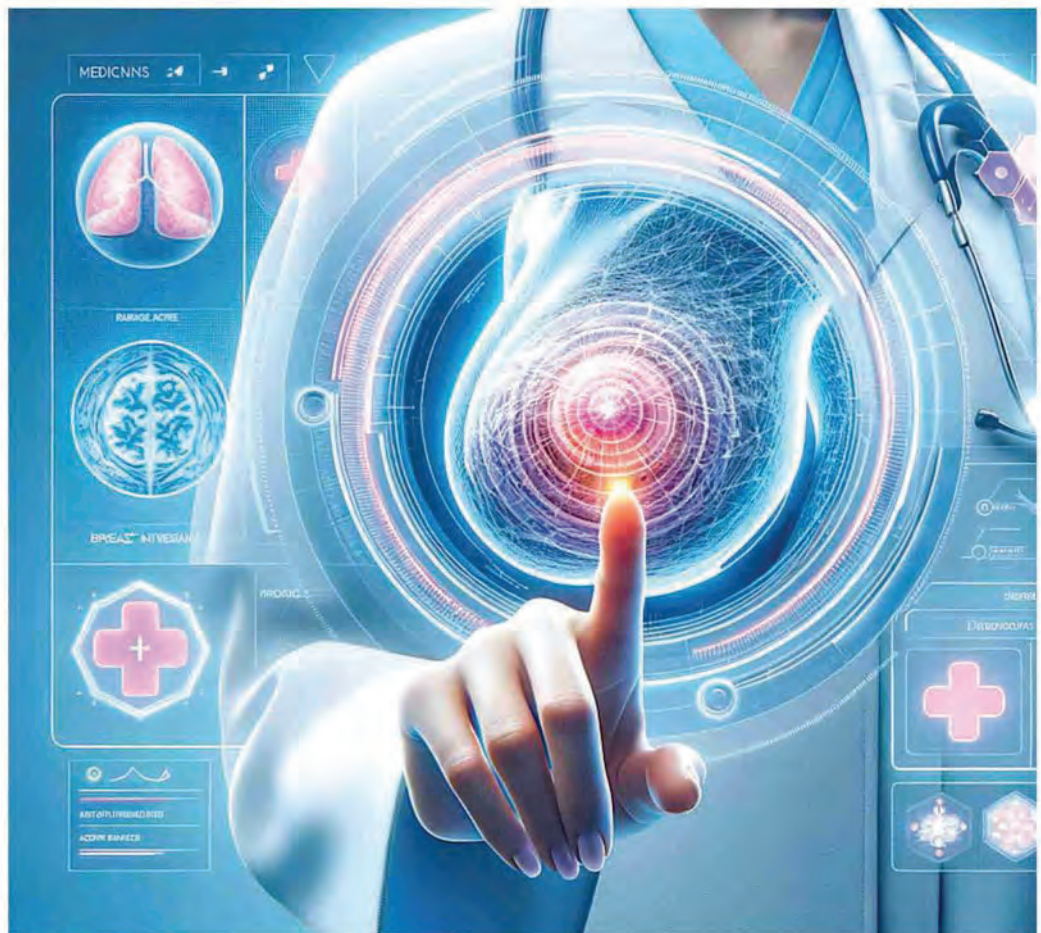
tool di valutazione del rischio più avanzati di quelli oggi esistenti. Le pazienti che vorranno - conclude Sapino - potranno contribuire a questo grande progetto e avere, in futuro, il loro gemello digitale». —

Con i gemelli digitali sarà possibile studiare i pazienti senza nemmeno toccarli
All'Istituto di Candiolo un progetto per analizzare le cellule malate con l'IA

Sul palco



Anna Sapino è direttore scientifico dell'Istituto di Candiolo - Irccs. Professoressa di Anatomia Patologica e direttrice del Dipartimento di Scienze Mediche dell'Università di Torino è presidente di IIGM, l'Italian Institute for Genomic Medicine



Approccio multidisciplinare: è la logica della ricerca biomedica, dal laboratorio al letto del malato



TUMORE AL SENO

Un test genomico prova a definire prima dell'intervento quale sia il trattamento migliore

di CRISTIANA GATTONI

«Vedo un futuro in cui sempre meno donne moriranno di cancro al seno e, speriamo, sempre meno si ammaleranno». A dirlo a 7 è il professor Paolo Veronesi, direttore del programma di senologia dell'Istituto Europeo di Oncologia di Milano e presidente della fondazione che porta il nome del padre Umberto, istituzione pioniera nella lotta contro i tumori femminili (seno, utero, ovaio). Nelle sue parole, si percepisce molto più di un auspicio: è una visione maturata negli anni, rafforzata dai progressi clinici, alimentata da una sfida che sembra non finire mai. Ed è proprio su questo orizzonte che si innesta la nuova piattaforma di ricerca e cura sul tumore al seno, finanziata dalla stessa Fondazione Umberto Veronesi, che vede il coinvolgimento di cinque centri di riferimento a livello nazionale (oltre all'Istituto Europeo di Oncologia, IRCCS Humanitas Research Hospital, IRCCS Ospedale San Raffaele di Milano, Istituto Nazionale dei Tumori e ASST Papa Giovanni XXIII). Tante forze unite, per sostenere un nuovo studio clinico – chiamato VIOLET – che riguarda il tumore al seno operabile ormono-positivo (ER positivo e HER2 negativo). Ovvero il sottotipo più diffuso: circa 7 casi su 10.

FARE PREVENZIONE

Alzi la mano chi non ha mai rimandato una mammografia. Eppure i numeri aiutano a rimettere in riga priorità e possibili paure: **il carcinoma della mammella è il tumore più frequentemente diagnosticato nelle donne in Italia (nel 2024 si stimano oltre 53.000 nuove diagnosi, dati AIOM).** D'altro canto, **il tasso di sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi ha raggiunto l'88%** e sono 925.000 le donne viventi in Italia dopo una diagnosi di tumore al seno.

«Una diagnosi precoce ci consente percentuali di guarigione elevatissime, che sfiorano il 100%, con interventi poco invasivi e cure leggere», sottolinea il professor Veronesi. **Lo strumento principale resta la mammografia, offerta gratuitamente dal Servizio sanitario nazionale ogni due anni alle donne tra i 50**

e i 69 anni (in alcune regioni, dai 45 ai 75 anni). Eppure non tutte aderiscono: nel Nord Italia partecipa oltre l'80% delle donne invitate, mentre al Sud la percentuale scende sotto il 50. «Abbiamo fatto un'indagine» racconta Veronesi «e uno dei motivi citati dalle donne che rifiutano lo screening è la paura stessa di scoprire di avere un tumore: un paradosso, perché proprio la diagnosi precoce rende la malattia curabile con il minimo impatto sulla vita quotidiana». Accanto al problema culturale, c'è anche un limite tecnico: «Per la singola persona lo screening può non essere sufficiente. Soprattutto con un seno molto denso la mammografia potrebbe non vedere tutto. Per questo consiglio di integrarla con l'ecografia e, se possibile, fare questi esami ogni anno: ecografia dai 35 anni, mammografia dai 40». Accanto agli esami e, occorre ricordarlo, all'autopalpazione – da fare una volta al mese dopo il ciclo, fin da giovani – conta anche la prevenzione “primaria”: «Si calcola che un terzo di tutti i tumori potrebbe essere evitato se non si fumasse più, se non si bevesse alcol (o comunque se ne bevesse poco), se si facesse attività fisica e si limitassero i grassi animali. Tutte cose arcinote, che però ancora trovano difficile applicazione, se pensiamo che ci sono 12,4 milioni di fumatori nel nostro Paese».

Ma prevenzione, informazione corretta (Fondazione Veronesi offre ad esempio, sul suo sito, manuali consultabili gratuitamente, dedicati all'alimentazione, attività fisica, psiconcologia per il benessere del corpo e della mente) e diagnosi precoce sono solo un pezzo della partita: l'altro pezzo, altrettanto importante, si gioca sul terreno della ricerca clinica.

IL NUOVO STUDIO

Quando la malattia si manifesta, si apre l'altra grande sfida: come curarla nel modo più efficace e meno invasivo possibile. Ed è qui che si inserisce lo studio **VIOLET**: «Vogliamo verificare se un test genomico, che oggi utilizziamo dopo l'intervento per decidere se fare o meno la chemioterapia, possa essere utile anche prima dell'operazione, per scegliere fin da subito il trattamento migliore», spiega la dottoressa Valentina Gambino, coordinatrice piattaforma di ricerca e cura di Fondazione Umberto Veronesi. Il progetto ha mosso i primi passi nel 2025, mentre l'avvio del reclutamento delle pazienti – circa 150 – è previsto per la primavera del 2026. «L'obiettivo» sottolinea Gambino «è valutare se, per alcune pazienti, la chemioterapia non sia necessariamente l'arma migliore prima dell'intervento chirurgico. L'associazione tra terapia ormonale e un farmaco di nuova generazione potrebbe garantire un doppio beneficio: da un lato maggiore tollerabilità e meno effetti collaterali, dall'altro una risposta più marcata che ridimensiona la massa tumorale e consente un intervento più conservativo. Si tratta, in sostanza, di capire quali pazienti traggono davvero vantaggio dalla chemioterapia prima dell'operazione e quali invece potrebbero ottenere migliori risultati con un altro approccio terapeutico prima dell'intervento».

La forza del progetto sta anche nel

modello organizzativo. «La piattaforma rappresenta un passo avanti rispetto al modello tradizionale di ricerca: condividendo dati e competenze tra più centri possiamo ottenere risultati in tempi più rapidi e soprattutto trasferirli più facilmente nella pratica clinica», dice Gambino. Il punto, insiste, è l'impatto sulla vita delle pazienti: «Parliamo di terapie personalizzate e de-escalation chirurgica: aumentare l'efficacia delle cure, conoscendo la biologia del tumore, e consentire una chirurgia più conservativa».

Se l'ipotesi di studio sarà confermata, per molte donne questo potrà tradursi in cure meno pesanti prima dell'intervento e in chirurgie più conservative dopo. «Anche a parità di inquadramento diagnostico, i tumori non sono uguali: la loro biologia cambia da paziente a paziente. Per questo la ricerca punta ad una medicina di precisione che sappia scoprire e sfruttare le caratteristiche molecolari di ogni tumore per personalizzare le cure, fino a rendere il tumore sempre più una malattia cronica».

SPENDERE PER LA RICERCA

Dalla sua nascita, Fondazione Veronesi ha sostenuto più di 30 progetti di ricerca pluriennali con l'obiettivo di trovare strategie innovative, nuovi farmaci e nuove combinazioni terapeutiche. Quanto alle sfide future, il prof. Veronesi non ha dub-

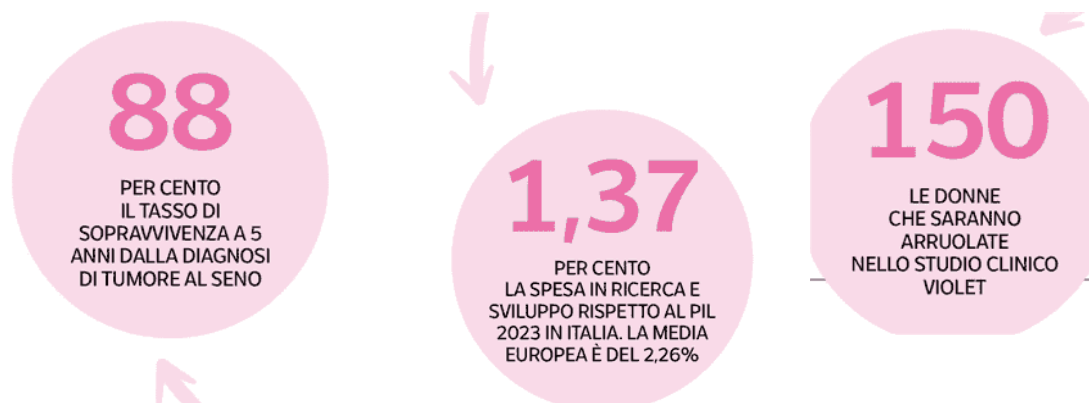
bi: «Il problema è che oggi non sappiamo distinguere con certezza chi, dopo l'intervento, è già guarita e chi invece rischia recidive. Per questo curiamo cento donne con terapie preventive, ma magari solo dieci o quindici ne hanno davvero beneficio, mentre le altre affrontano effetti collaterali che potrebbero essere evitati: pensiamo ad esempio a una terapia ormonale che provoca menopausa precoce in una donna di 40 anni. La vera sfida è evitare le cure adiuvanti inutili e riuscire a curare solo chi ne ha bisogno. Oggi siamo ancora un po' lontani da questo traguardo, ma ci arriveremo».

Le sfide di cui parla Veronesi si vincono anche con la calcolatrice. E i numeri dicono che l'Italia investe ancora troppo poco: nel 2023 la spesa in ricerca e sviluppo si è fermata all'1,37% del PIL (dati Istat), contro una media europea del 2,26%. Un passo in più in questa direzione significherebbe vincere due volte: garantire ai ricercatori il terreno per restare e crescere, e alle pazienti la prospettiva di cure sempre più leggere ed efficaci. Vale la pena provarci.

GLI APPUNTAMENTI DI OTTOBRE

Domenica 19 Milano ospita la **PittaRosso Pink Parade**, camminata di 5 km a sostegno della ricerca di Fondazione Veronesi sui tumori femminili. Partenza alle 10 da viale Malta, ma si può partecipare da tutta Italia in modalità diffusa

(pittarossopinkparade.it). Nel capoluogo lombardo sono previste visite senologiche gratuite a cura del CDI (dal 17 al 20, prenotazioni 02 48317300) mentre il 19, si aggiungono attività di prevenzione e incontri con i medici dell'Auxologico IRCCS.





Servizio L'appello delle associazioni

In Italia 52mila pazienti vivono con un tumore al seno metastatico: “Ora cure per tutte”

Le richieste di Europa Donna Italia alle istituzioni in vista della quinta Giornata nazionale di sensibilizzazione sul tumore al seno metastatico del 13 ottobre

9 ottobre 2025

In Italia vivono 52mila donne con un tumore al seno metastatico. Una condizione che richiede continuità di cure e percorsi dedicati di assistenza, soprattutto risposte rapide da parte del servizio sanitario nazionale. L'innovazione medico-scientifica, negli ultimi anni, ha portato all'introduzione di terapie efficaci che permettono di allungare la vita delle pazienti. Ma è necessario garantire una disponibilità dei nuovi farmaci tempestiva e uniforme sul territorio. È questa la richiesta di Europa Donna Italia alle istituzioni in vista della quinta Giornata nazionale di sensibilizzazione sul tumore al seno metastatico che si celebra il 13 ottobre per richiamare l'attenzione sulla forma più avanzata della malattia, che deriva dalla diffusione del tumore primario ad altri organi.

Mancano tempestività, uniformità ed equità nell'accesso alle cure

“Deve essere un compito prioritario per le istituzioni trasformare i progressi della ricerca in percorsi di cura e assistenza concreti. Soprattutto vanno garantite tempestività, uniformità ed equità per le nuove cure: non sono accettabili ritardi burocratici, né differenze territoriali da Regione a Regione nell'accesso ai farmaci innovativi”, avverte Rosanna D'Antona, Presidente di Europa Donna Italia, durante l'evento per la presentazione alle istituzioni della campagna “Pazienti, fino a un certo punto”. “Condividiamo le richieste avanzate da Europa Donna Italia – sottolineano nel corso dell'incontro Saverio Cinieri, Presidente Fondazione AIOM e Corrado Tinterri, Vicepresidente Senonetwork -. I progressi scientifici avvenuti in ambito farmacologico hanno portato a un aumento significativo della sopravvivenza per le donne e il carcinoma mammario avanzato sta assumendo sempre più le caratteristiche di una malattia cronica. Ma per dare a migliaia di pazienti tempo di vita in più è importante assicurare loro un accesso rapido alle nuove terapie.”

L'Aifa: ci faremo carico dei ritardi su nuove terapie

“Crediamo fermamente che le istanze delle pazienti debbano orientare le priorità delle politiche di accesso ai farmaci – dichiara Robert Nisticò, Presidente di AIFA, intervenuto all'evento – Anche per questo stiamo attivando lo sportello “AIFA Ascolta”, con cui vogliamo favorire l'ascolto e il dialogo diretto con le associazioni dei pazienti, per comprenderne da vicino i bisogni e dare risposte. Sicuramente i tempi di approvazione dei nuovi farmaci dipendono da un iter regolatorio complesso, necessario a garantire sicurezza ed efficacia. Ma se ci verranno segnalati ritardi, ad esempio nell'approvazione o nella dispensazione a livello regionale, ce ne faremo carico e porteremo queste criticità all'attenzione delle sedi opportune, per favorire un'accelerazione dei processi.” Anche rappresentanti della Camera dei deputati, del Senato e del ministero della Salute erano presenti all'incontro per la presentazione alle istituzioni della campagna “Pazienti, fino a un

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA

certo punto”. Realizzata da Europa Donna Italia con il patrocinio di AIOM – Associazione Italiana di Oncologia Medica -, Fondazione AIOM, Senonetwork – il network dei centri italiani di senologia – e delle associazioni di pazienti ANDOS Onlus, ROPI – Rete Oncologica Pazienti Italia – e Oltre il Nastro Rosa, la campagna vuole dare voce alle richieste delle donne che convivono con la malattia in fase metastatica.

La campagna di sensibilizzazione

La campagna gode anche del Patrocinio di Fondazione Pubblicità Progresso, è attualmente in programmazione su televisione, stampa, radio, cinema, web e social media. Cuore della campagna è uno spot ambientato in una sala d'attesa, simbolo del tempo sospeso vissuto da molte pazienti, che lentamente si riempie di donne – pazienti reali – con tumore metastatico, che manifestano l'urgenza di approvare i farmaci già validati a livello europeo ma ancora non disponibili in Italia. Attraverso la campagna il pubblico è invitato a unirsi ai numerosi eventi, circa 200 in tutta Italia, che le associazioni della rete di Europa Donna Italia organizzeranno per il 13 ottobre. Tra le iniziative: camminate collettive, spettacoli teatrali, flashmob, attività culturali e l'illuminazione in fucsia – colore del tumore al seno metastatico – di monumenti storici ed edifici pubblici.

IL NOBEL PARISI

“Gli scienziati parlino con la gente il prestigio va conquistato”

Scienza sotto attacco. Se ne parlerà a Padova al Festival di Salute con Giorgio Parisi, Nobel per la Fisica 2021, e Marino Zerial, direttore scientifico dello Human Technopole (11 ottobre 14,30).

Professor Parisi, si mette in discussione il valore dei vaccini e della ricerca biomedica. Perché?

«È una combinazione di motivi. L'industria farmaceutica non fa beneficenza e in passato, in certi casi, ha provocato anche alcuni danni. Come nel caso del talidomide, quando emersero le prime evidenze la cosa fu nascosta. C'è poi un tentativo di corrompere i medici che porta a pensare che gli scienziati siano al soldo dell'industria farmaceutica. } Nella maggioranza dei casi non è } così. Chi pubblica articoli scientifici deve sempre dichiarare se c'è un conflitto d'interessi. E il consenso

della comunità scientifica non si fonda mai su un singolo articolo ma coinvolge migliaia di esperti e la revisione di molti dati. Per quanto riguarda i vaccini contro Covid, migliaia di scienziati rivedono le evidenze».

In Italia, c'è un problema di rapporto tra la comunità scientifica e il governo?

«Le cose non sono mai andate molto bene. Per fortuna, il ministro Schillaci ha annullato la nomina del Gruppo tecnico consultivo nazionale sulle vaccinazioni in cui c'erano due componenti no vax. Il problema è che spesso il governo non consulta gli scienziati. In Inghilterra c'è un ufficio che rappresenta le competenze scientifiche. Da noi no».

Come convincere l'opinione pubblica che senza ricerca non si possono combattere le malattie?

«Gli scienziati credevano di avere prestigio e invece va conquistato. Devono parlare con le persone. Basterebbe dedicare alla comunicazione il 3 o 5% del proprio tempo. E va inserita l'Educazione sanitaria nei programmi scolastici. Un modo per fare prevenzione ed evitare allarmismi inutili».

Parliamo di finanziamenti. La quota che Italia ed Europa destinano alla ricerca basta?

«L'1,4% del Pil non basta. Ai tempi del Trattato di Lisbona, l'idea era arrivare al 3%. Oggi la Corea del Sud è al 4% e ottiene più produttività. L'Europa è indietro».

Valeria Pini



«Un Cern europeo sull'IA Così supereremo Cina e Usa»

Il Nobel Parisi e il progetto a Bologna: «Sarà multidisciplinare e pubblico»

di **Riccardo Luna**

«**G**iorgio! Lo devi fare tu il primo presidente del Centro europeo dell'Intelligenza artificiale!». Sei del pomeriggio. Sala dell'VIII Centenario, Università di Bologna. Il simposio è finito e decine di fisici di tutta Europa passano al tavolo della presidenza a omaggiare il promotore della riunione. Il premio Nobel Giorgio Parisi ringrazia e ogni tanto guarda il telefonino: Yoshua Bengio, lo scienziato con più citazioni al mondo al momento, gli ha mandato un paio di integrazioni al manifesto che è stato presentato. Se si parla di rischi dell'intelligenza artificiale lo firma anche lui, dice. Al suo fianco Pierluigi Contucci, l'altro promotore dell'iniziativa, tiene il conto delle firme: ha firmato anche l'altro premio Turing del 2018, Yann LeCun, oggi a capo della intelligenza artificiale di Meta, che non è potuto intervenire ma che sostiene l'iniziativa chiamata da tutti «il Cern dell'intelligenza artificiale», citando a esempio l'alleanza di scienziati che portò al varo del grande laboratorio di fisica delle particelle a Ginevra. Era il

1954 e l'Europa, che usciva a pezzi dalla guerra, ripartiva unendosi grazie alla scienza. Di fare una cosa analoga per l'intelligenza artificiale se ne parla dal 2018: fin qui sono state create reti di laboratori ma visto il divario con gli Stati Uniti si è capito che non basta. Per questo Parisi è sceso in campo.

Soddisfatto professore?

«La partecipazione è stata davvero notevole. Sono molto contento che sia intervenuto anche Cédric Villani».

Nel dicembre 1951 ci fu all'Unesco la storica riunione in cui venne deciso di fare il Cern: questo simposio bolognese ha la stessa importanza?

«No, una riunione all'Unesco vuol dire che c'è il consenso dei governi; quello in corso è un progetto più dettagliato da presentare ai governi».

Oggi avete detto che il primo motivo per fare il Cern è una questione di sovranità tecnologica europea: stiamo perdendo la corsa con Stati Uniti e Cina e questo può rendere l'Europa marginale.

«Questo è il primo motivo. Il secondo è che è fondamentale per tutti avere un centro di ricerca pubblico che si possa interessare a risolvere tutti quei problemi dell'intelligenza artificiale che al privato non interessano: la sicurezza, la privacy e come prevenire gli utilizzi malevoli della tecnologia. È

difficile che questi temi interessino all'industria privata che è interessata principalmente al profitto. Fare regolamenti non basta: non sappiamo ancora come queste cose si possono implementare».

Una delle riflessioni più interessanti emerse è che l'intelligenza artificiale sarebbe una tecnologia senza una scienza: funziona ma non abbiamo ancora capito esattamente come. Che vuol dire?

«È qualcosa di simile a quello che accadde con la macchina a vapore ma non c'era la teoria della termodinamica a spiegarlo».

E senza una teoria, la tecnologia non si può indirizzare?

«Non si è in grado di controllarla e di ottimizzarne gli usi. Oggi non sappiamo come ottenere il famoso allineamento dell'intelligenza artificiale con i valori degli esseri umani. E nemmeno come funzionano davvero le allucinazioni che spesso questi strumenti ancora hanno quando rispondono. Serve una scienza».

Nel suo discorso lei ha detto che uno dei vantaggi di una struttura di Cern sarà «far pranzare assieme gli scienziati»: perché è così importante?

«Perché quando fai un discorso ad un congresso, tendi a presentare le cose finite, ma non quelle che stanno a metà, cosa che invece accade a pausa

pranzo, dove nascono idee».

Parlate di un centro multidisciplinare: non solo fisici e informatici.

«È fondamentale. Dietro l'intelligenza artificiale generativa c'è anche il lavoro degli psicologi per esempio».

Potreste attrarre cervelli dagli Usa e tenere qui i nostri migliori talenti.

«L'Europa è di certo un ambiente più sereno per fare scienza oggi».

Promettete un approccio di modelli aperti: che vuol dire?

«Dare priorità allo sviluppo open-source, affinché gli strumenti siano accessibili a tutti, rafforzando l'accesso democratico e promuovendo l'innovazione».

Il Cern ha una grande infrastruttura a Ginevra: seguirete lo stesso modello?

«No, in Europa esistono diversi supercomputer che potremmo federare oltre a svilupparne uno in loco».

Dietro la nascita del Cern ci fu il grande lavoro di Edoardo Amaldi: è il suo «momento Amaldi»?

«No, lui aveva 40 anni, io quasi il doppio. Ma voglio contribuire a far sì che questa cosa si faccia».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Tra i vantaggi

Nel centro gli scienziati pranzano assieme: è anche qui che possono nascere nuove idee



Essere medico e scienziato al tempo dei no vax

Fare informazione scientifica in Italia è sempre stato complicato, osserva **Salvo Di Grazia**, medico e divulgatore. Ma mai come dopo il Covid. Ecco cosa va fatto per vincere la diffidenza e la disinformazione

di **Federico Tulli**

Dopo la “cura” per il cancro con il cosiddetto metodo Di Bella (fine anni 90) e la “cura” per malattie neurodegenerative con le cellule staminali del “metodo Stamina” (intorno al 2012) in Italia pensavamo di aver visto tutto. Sebbene la comunità scientifica sin da subito avesse messo in guardia contro l’assenza di basi scientifiche e le false promesse di guarigione, ci volle del tempo per convincere parte dell’opinione pubblica, ma anche del mondo politico, che fossero totalmente e inefficaci. Nel frattempo chi ci aveva creduto ha pagato fior di soldoni e in alcuni casi anche di più. Stamina fu addirittura sperimentato negli Spedali di Brescia. In entrambi i casi furono decisive le verifiche sperimentali ufficiali, che insieme a puntuali indagini giornalistiche e giudiziarie (nel caso di Stamina) smontarono le pretese salvifiche. Il caso Di Bella e il caso Vannoni (“inventore” di Stamina) hanno segnato duramente il dibattito italiano, mostrando quanto facilmente la disperazione possa essere strumentalizzata da pratiche prive di validazione scientifica. Ma se pensiamo al movimento “novax” che più di recente è fermentato contro il vaccino anti-Covid fino ad arrivare a portare suoi rappresentanti in un comitato consultivo del ministero della Salute e in audizione presso la Commissione parlamentare sulla gestione della pandemia istituita dall’attuale maggioranza, allora vuol dire che non tutte le scorie di quelle esperienze erano state smaltite. Come è stato possibile? Come se ne esce? Ne parliamo con il dottor Salvo Di Grazia, ginecologo, ostetrico e divulgatore scientifico autore di numerosi altri libri sulle false medicine e la cattiva scienza. «È proprio così. Sembrava impossibile che dopo i casi Stamina e Di Bella si potesse andare oltre, ma ci metterei anche Hamer e il falso nesso tra vaccini e autismo. E invece a quanto pare è possibilissimo e il limite non era ancora stato raggiunto». Di Grazia osserva che in Italia c’è sempre stata difficoltà nel divulgare o nello spiegare notizie scientificamente basate «perché per diversi motivi non c’è mai stato un terreno



fertile: a causa di una quota elevata di analfabetismo scientifico ma anche di una fortissima tendenza al pensiero magico, religioso».

Quindi attenersi al pensiero scientifico, alla sua logica e al suo metodo non è mai stato un grande successo. «Però l'atteggiamento di diffidenza, di sospetto verso istituzioni scientifiche e governi, accusati senza prove di nascondere effetti collaterali o di piegarsi agli interessi delle multinazionali farmaceutiche, con il Covid sono esplosi in maniera esponenziale». Secondo l'autore di *Salute e bugie* (Chiarelettere), sicuramente all'inizio si è vissuto un periodo di grande confusione: «La stessa ricerca, che sapeva cosa fare solo fino a un certo punto, a volte ha sbagliato a comunicare. E in questo anche le istituzioni hanno commesso errori. Da quel momento in poi c'è stata una discesa senza fine in un baratro di totale sfiducia verso tutte le istituzioni preposte». Questo passaggio in particolare ha aggravato le difficoltà per chi cerca di spiegare la medicina. «Qualsiasi cosa si dice, anche se è basata su dati oggettivi, è ormai vista con sospetto - osserva Di Grazia. I social e la fortissima polarizzazione che li caratterizza hanno amplificato tutto. Per cui chi sostiene l'attuale governo dà per certo che tutto quello che non coincide con quanto esso sostiene sia falso. Con il risultato che se chi governa si mostra non del tutto favorevole alle vaccinazioni, non le promuove con decisione e un medico dice che vaccinarsi è fondamentale questo viene visto come uno che lo dice per andare contro il governo e non perché si attiene semplicemente a dati e a conquiste scientifiche inconfutabili. Si arriva così a "ragionare" polarizzando politicamente un discorso che non ha nulla di politico perché ovviamente se può essere politica la scelta di rendere obbligatori o meno i vaccini, non è politica la discussione sull'utilità dei vaccini, è soltanto medica e scientifica. Quindi sicuramente rispetto ai casi Di Bella e Stamina c'è stato un peggioramento da questo punto di vista».

Come si rimettono a posto le cose? «Sinceramente non sono molto ottimista - dice Di Grazia - perché vedo che è una lotta davvero impari. Se ci si basa sui social dove si sono spostate anche l'informazione e la divulgazione si viene invasi da commenti spesso fatti ad arte per sommergere le tue parole. Si sta facendo divulgazione ma si parla al vento, al nulla. Però sicuramente bisogna tenere saldo il timone, tenere il punto - dice l'autore di saggi come *Quello che alle donne non dicono. La salute al femminile* (Laterza) - se i dati sono quelli, oggettivi, la medicina dice una cosa, e il medico parla e agisce con l'intenzione di curare per la guarigione del paziente. Poi ovviamente chi non ha interesse o chi non ha voglia di ascoltarla, faccia come vuole, però noi dobbiamo mantenere la rotta dritta seguendo i fatti oggettivi. Che i vaccini abbiano salvato vite umane e siano utili è un dato di fatto. Ci può anche essere una valanga di proteste, ma resta un dato di fatto e quindi bisogna continuare a dire come stanno le cose e a usare tutti i canali deputati a fare divulgazione e informazione». **Per una questione etica e di umanità.**



NEUROSCIENZE

L'autismo non è uguale per tutti

Una ricerca conferma che il disturbo può esistere in varie forme, e che l'età a cui si manifesta dipende più dai tratti genetici che da fattori come il genere e il contesto sociale

Michael Marshall, New Scientist, Regno Unito

L'età della prima diagnosi di autismo sembra essere in parte influenzata dalla genetica, che può anche influire sull'evoluzione del disturbo. "Questa scoperta rafforza la tesi secondo cui l'autismo in realtà potrebbe essere un insieme di malattie", commenta Natalie Sauerwald del Flatiron institute di New York, che non ha partecipato allo studio.

L'autismo è un disturbo del neurosviluppo caratterizzato da difficoltà nelle interazioni sociali nonché da comportamenti e interessi circoscritti. L'Organizzazione mondiale della sanità stima che una persona su 127 sia nello spettro autistico.

"La domanda a cui volevamo rispondere è perché alcuni casi di autismo sono diagnosticati tardivamente", spiega Varun Warrier dell'università di Cambridge, nel Regno Unito. Per scoprirlo, lui e i colleghi hanno raccolto dati su persone che hanno ricevuto una diagnosi tra i cinque e i 17 anni. Le persone che si prendono cura dei pazienti hanno risposto a un questionario sullo sviluppo sociale, emotivo e comportamentale per aiutare i ricercatori a capire se quei fattori fossero correlati all'età al momento della diagnosi.

Finora solo il genere e la situazione socioeconomica erano state associate all'età della diagnosi, che tendeva a essere più bassa per i maschi e per i figli di famiglie benestanti, ma il nuovo studio ha dimostrato che questi fattori hanno un'influenza minima. "Nessuno di essi spiega più del 10 per cento della varianza", dice Warrier.

Il team ha invece trovato prove che lo sviluppo dei bambini con autismo segue percorsi diversi: "Abbiamo scoperto che rientravano in due ampi gruppi", dice Warrier. Uno aveva cominciato a manifestare molto presto delle difficoltà, che poi sono rimaste abbastanza costanti, l'altro aveva avuto meno difficoltà nella prima

infanzia ma ne aveva incontrate di più nella tarda infanzia e all'inizio dell'adolescenza. Questo spiegava "tra il 10 e il 25 per cento della varianza nell'età della diagnosi", afferma Warrier.

I ricercatori hanno inoltre scoperto che le differenze tra i due gruppi erano rispecchiate nel dna dei bambini. Le persone che avevano ricevuto una diagnosi tardiva tendevano a possedere una gamma di varianti genetiche comuni diversa rispetto a quelle con diagnosi precoce, il che spiega l'11 per cento della variazione nell'età delle diagnosi di autismo. I ricercatori non avevano a disposizione dati sufficienti per cercare le varianti rare né quelle che si manifestano spontaneamente invece di essere ereditate.

Sostegno personalizzato

Malgrado i percorsi diversi, però, non c'è segno di una divisione netta, commenta Sauerwald. "Tra i due gruppi c'è sovrapposizione, forse perché non sono perfettamente separabili", dice.

Anche Warrier pensa che le differenze siano graduali, e sottolinea che nessuno dei due gruppi si possa ritenere con autismo più o meno grave perché ormai la ricerca dimostra che il disturbo può assumere numerose forme. A luglio Sauerwald e i colleghi hanno pubblicato uno studio in cui riferivano di aver individuato l'esisten-

za di quattro gruppi leggermente distinti, che presentavano sintomi, comportamenti e tratti genetici diversi.

Il team di Warrier ha anche scoperto che i bambini con diagnosi tardiva mostravano una maggiore probabilità di avere varianti genetiche associate ad altri disturbi, tra cui quello da deficit di attenzione e iperattività (Adhd) e quello da stress post-traumatico. Il team di Sauerwald ha riscontrato una correlazione simile tra diagnosi tardiva e Adhd, che come l'autismo è una forma di neurodiversità. Il motivo della correlazione non è stato ancora compreso, dice Sauerwald. "Sull'Adhd disponiamo di pochissimi dati", aggiunge, specialmente sui sintomi specifici.

Una migliore comprensione dei potenziali sottotipi di autismo potrebbe consentire di perfezionare le procedure diagnostiche e offrire un sostegno personalizzato ai bambini con autismo e alle loro famiglie. "Conoscendo meglio il disturbo, gli strumenti con cui intervenire, le precise esigenze e ciò che invece non serve, si potrebbe migliorare la qualità della vita di tante persone", conclude Warrier. ♦ *sdf*



SALUTE MENTALE

L'ansia può trasformare la vita in un'avventura

Se non è eccessiva ed è gestita correttamente, questa fastidiosa sensazione ci aiuta a imparare e migliorare. Il segreto è accettarla e provare a interpretarla come il segnale di un'opportunità

Arthur C. Brooks, The Atlantic, Stati Uniti

Di recente un'amica festeggiava un compleanno importante (che segnava l'inizio della seconda metà della sua vita) e ci ha detto che il suo nuovo obiettivo era smettere di sentirsi sempre così ansiosa, cominciando a divertirsi trasformando l'esistenza in "un'avventura". Mi ha chiesto un consiglio su come riuscirci e le ho parlato di qualcosa che il filosofo danese del diciannovesimo secolo Søren Kierkegaard definiva "un'avventura che ogni essere umano deve affrontare per non perdersi". Secondo lui era addirittura la "cosa più importante" della vita.

Parlava per caso della scalata del monte Everest, di una maratona o di qualsiasi altra impresa degli anni quaranta dell'ottocento? No. Kierkegaard si riferiva all'ansia, convinto che comprenderla e usarla fosse una grande opportunità.

Oggi questa proposta potrebbe sembrare bizzarra, anche alla luce del fatto che, come ha scritto Scott Stossel, autore di *Ansia. Paure e speranze alla ricerca di una pace interiore* (Giunti 2018), l'ansia è il disturbo mentale più comune negli Stati Uniti e colpisce più di quaranta milioni di adulti (soprattutto donne). E per la maggior parte sembra essere un flagello, non un'opportunità: qualcosa da eliminare, se possibile. Ma in realtà, per quanto riguarda la mia amica e la maggior parte di noi, Kierkegaard aveva ragione. Sempre restando all'interno dei confini di ciò che è sano e se gestita correttamente, l'ansia è una parte integrante della vita che ci permette di imparare, migliorare e perfino trasformare la nostra esistenza in un'avventura.

Meccanismo di allarme

Anche se si parla molto di ansia, può essere difficile descriverla e distinguerla da sensazioni simili come la paura, la preoccupazione o lo stress. Un modo per capire la dinamica con cui queste emozioni si combinano, è riconoscere che l'ansia è una forma di paura generalizzata, caratterizzata da pensieri negativi ricorrenti

(preoccupazioni) e manifestazioni fisiologiche (stress). I biologi evoluzionisti non considerano l'ansia come un malfunzionamento del sistema nervoso e percettivo, ma ritengono che sia parte di un meccanismo di allarme che impedisce ai pericoli potenziali di diventare danni reali.

L'ansia cronica, tuttavia, può diventare una forma di disadattamento. Se il sistema di allarme ha una soglia troppo bassa, come un rilevatore di fumo che si attiva ogni volta che si cucina qualcosa, questa sensibilità diventa un problema. Gli stimoli quotidiani – per esempio andare a una festa o parlare davanti a poche persone – non dovrebbero provocare ansia. Se accade, è un segnale di squilibrio.

Diverse ricerche hanno mostrato che l'incidenza dell'ansia come disturbo (cioè un fattore che interferisce in modo significativo sulla qualità della vita) è cresciuta in tutta la popolazione, in particolare tra i giovani: dal 2008 al 2018 la percentuale di statunitensi tra i 18 e i 25 anni con un disturbo d'ansia è quasi raddoppiata, arrivando al 15 per cento. Più di recente sono state colpite anche le fasce d'età inferiori. Durante la pandemia la percentuale di bambini e adolescenti che ne soffrivano ha raggiunto il 20 per cento.

Non c'è un consenso sulle cause di questo incremento, ma molte prove indicano che i social media hanno avuto un ruolo importante. Come hanno dimostrato alcuni esperti nel 2017 il rischio di sviluppare un disturbo d'ansia cresce parallelamente al tempo trascorso su queste piattaforme.

L'ansia eccessiva ha conseguenze psicologiche e fisiche. Le persone sempre in ansia manifestano livelli più elevati di in-



terleuchina 6, una proteina che può aumentare il rischio di sviluppare malattie autoimmuni e alcuni tipi di cancro, ed è associata anche alle coronaropatie. Secondo alcuni ricercatori le persone molto ansiose hanno un rischio di infarto paragonabile a quello dei fumatori.

Considerando queste informazioni verrebbe da pensare che l'ansia, a qualsiasi livello, sia un male da evitare o da ridurre al minimo. Ma non è così. Tanto per cominciare, ci protegge avvertendoci di pericoli potenziali. Se eliminassimo del tutto l'ansia quando siamo alla guida, per esempio, non saremmo sufficientemente vigili rispetto ai rischi del traffico.

Anche i racconti personali confermano alcuni aspetti positivi degli stati d'an-

sia: le persone che ne soffrono in modo debilitante riconoscono che questo stato comprende anche benefici emotivi. Come sottolinea Stossel, l'ansia può migliorare la sensibilità verso gli altri, favorire l'empatia e rafforzare la conoscenza di sé.

Ma cosa c'entra tutto questo con l'avventura di cui parlava Kierkegaard? La ricerca sulle esperienze ottimali può aiutarci a trovare una risposta.

Nel 2014 è stato pubblicato sul *Journal of Experimental Social Psychology* uno studio su come l'ansia agisce quando si è impegnati a svolgere un compito, focalizzandosi sul "flusso", cioè quel gratificante stato di totale concentrazione e coinvolgimento identificato negli anni settanta

dallo psicologo Mihály Csíkszentmihályi.

Filosofia e gratitudine

I ricercatori hanno scoperto che le persone impegnate in un'operazione informatica complessa raggiungevano livelli più elevati di flusso se mostravano un livello moderato di attivazione simpatica e dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene. In altre parole, provavano una certa ansia senza però esserne travolti. Forse vi sarà capitato di sentirvi particolarmente vivi quando lavorate al massimo e vi spingete vicini al limite.

Una scena dal film *Il mago di Oz*, 1939



MPTIMAGES/CONTRASTO





Servizio Nel Ddl semplificazioni

In farmacia non solo medicine: anche Ecg, visite e vaccini per tagliare le liste d'attesa

Primo via libera del Senato: si ampliano i servizi erogabili dai farmacisti. In manovra i fondi per la stabilizzazione della farmacie dei servizi

di Marzio Bartoloni

9 ottobre 2025

L'ellettrocardiogramma, la spirometria, l'holter o una visita cardiologica in telemedicina, il controllo della glicemia, le vaccinazioni per tutti gli over 12 - non solo quelle per il covid e l'influenza - ma anche lo screening per l'Epatite C e i tamponi diagnostici compresi quelli per scoprire qual è il miglior antibiotico da prendere in caso di infezione batterica e infine il ritiro dei dispositivi medici forniti dalle Asl e di cui si ha bisogno a casa fino alla possibilità di prenotare una prestazione sanitaria come al Cup o cambiare e scegliere un nuovo medico di famiglia o il pediatra di base per i propri figli. La vecchia farmacia dove andare con la ricetta soltanto a ritirare il proprio farmaco è sempre più un ricordo e avanza la cosiddetta farmacia dei servizi che con l'approvazione ieri al Senato del Ddl semplificazioni muove nuovi passi importanti in avanti. «Continua il percorso di semplificazione per offrire servizi più efficienti agli utenti», ha sottolineato ieri il ministro per la Pubblica amministrazione Paolo Zangrillo.

Per il cittadino è sicuramente una svolta, iniziata già ai tempi della pandemia quando le farmacie assicurarono una massiccia diffusione dei tamponi per scovare il Covid dando anche una mano importante nelle successive campagne di vaccinazione. Ora il suggello alla nuova farmacia che ha cambiato pelle arriva con il primo via libera a questo disegno di legge - dopo oltre un anno dal varo del Governo - a cui si aggiunge anche il possibile timbro della manovra di bilancio, attesa presto in Consiglio dei ministri, dove il ministero della Salute decreterà la fine della sperimentazione della farmacia dei servizi, partita a rilento nel 2009, stabilizzandola definitivamente come un nuovo asset del Servizio sanitario nazionale con tanto di finanziamento annuale che potrebbe aggirarsi sui 50-80 milioni l'anno. L'idea è infatti trasformare la farmacia sempre di più in un punto nevralgico della nuova Sanità territoriale (su cui il Pnrr investe 8 miliardi) attraverso il quale alleggerire anche le liste d'attesa per la prima diagnostica e le visite, consentendo al cittadino con la ricetta Ssn di effettuare le prestazioni più "leggere" nella farmacia sotto casa: un passo questo che è delineato anche nell'ultima convenzione firmata a marzo scorso con il Ssn e che ora ogni Regione può declinare come preferisce (già Marche e Lombardia hanno avviato sperimentazioni).

Ma veniamo al Ddl semplificazioni che ieri ha avuto il disco verde del Senato e passerà ora alla Camera: il provvedimento è in realtà un omnibus di 73 articoli che spazia sui temi più disparati - dal turismo alla scuola fino ai dehors di bar e ristoranti -, ma che è ha tra le novità più importanti proprio l'ampliamento dei servizi che potranno erogare le farmacie oltre alla tradizionale dispensazione del farmaco (anche su questo fronte ci sono però nuove semplificazioni sulle ricette dei malati cronici e la possibilità di ritirare un farmaco anche con la lettera di dimissione

ospedaliera). Il Ddl tra le altre cose rimuove il vincolo che consentiva di eseguire in farmacia le prestazioni analitiche di prima istanza - come l'esame della glicemia - solo se rientranti nell'ambito dell'"autocontrollo": in pratica al posto del fai da te il paziente sarà seguito dal farmacista che dopo l'analisi rilascerà un attestato di risultato da portare nel caso al medico. Si amplia la gamma delle somministrazioni vaccinali eseguibili dal farmacista (dopo aver seguito un corso) comprendendo tutti i vaccini previsti nel Piano nazionale prevenzione vaccinale per gli over 12. Sarà possibile effettuare i test per scovare infezioni batteriche e le terapie migliori per curarle e infine saranno possibili le prestazioni di telemedicina come un elettrocardiogramma o una visita specialistica che saranno refertate dal medico collegato a distanza (una possibilità utile soprattutto nelle farmacie nei comuni più piccoli o in montagna). Tutti questi servizi - già oggi in parte testati da 12mila farmacie sulle quasi 20mila totali - potranno essere erogati in appositi locali delle farmacia che dovranno apporre anche l'apposta insegna «farmacia dei servizi». Fin qui le novità per le farmacie contenute nel Ddl semplificazioni, perché anche nel Ddl concorrenza all'esame della commissione Industria del Senato bollano altre novità con un emendamento che punta a chiarire e rafforzare le regole che disciplinano la gestione e la proprietà delle farmacie.



Servizio Report Iss

Salute mentale: italiani depressi e autolesionisti, crescono gli accessi al Pronto soccorso

Poco più del 6% degli adulti e circa il 9% degli over 65 riferiscono sintomi depressivi che aumentano al 18% e al 25% tra chi vive in condizioni di disagio economico

di Ernesto Diffidenti

9 ottobre 2025

Gli italiani sono depressi e ora anche autolesionisti con una crescita costante di accessi al Pronto soccorso. Lo indica una fotografia, relativa al biennio 2023-2024, scattata dalle sorveglianze Passi e Passi d'Argento dell'Istituto superiore di sanità, pubblicata in occasione della Giornata mondiale della salute mentale che si celebra il 10 ottobre. I dati non sono incoraggianti e indicano la necessità di azioni concrete e tempestive: poco più del 6% degli adulti e circa il 9% degli over 65 riferiscono sintomi depressivi che aumentano al 18% e al 25% tra chi vive in condizioni di disagio economico.

I sintomi depressivi degli adulti

Dai dati Passi 2023-2024 emerge che in Italia una quota contenuta di adulti (poco più del 6%) riferisce sintomi depressivi e percepisce compromesso il proprio benessere psicologico per una media di quasi 16 giorni al mese.

I sintomi depressivi sono generalmente più frequenti con l'avanzare dell'età, fra le donne (7%), fra le persone socialmente più svantaggiate, per difficoltà economiche (18%), precarietà lavorativa (8%) o bassa istruzione (11%), fra chi vive da solo (7%) e fra chi è affetto da patologia cronica (11%).

Solo il 65% degli intervistati che riferiscono sintomi depressivi ricorrono all'aiuto di qualcuno, rivolgendosi soprattutto a medici/operatori sanitari.

Nelle Regioni del Sud la prevalenza di persone che riportano sintomi depressivi si è ridotta in modo costante dal 2008 al 2024, mentre nel Nord, dove si partiva da livelli analoghi a quelli registrati nel Sud la discesa si interrompe nel 2016 e il dato di prevalenza rimane stabile negli anni successivi; nel Centro, dove nel 2008 si registravano livelli più elevati del Paese, la riduzione è stata inizialmente veloce raggiungendo valori analoghi al resto d'Italia ma poi si arresta e il trend si inverte nel 2018 aumentando fino al 2024.

Un uomo israeliano usa un binocolo per guardare verso Gaza da Sderot il 9 ottobre 2025. Il 9 ottobre Israele e Hamas hanno concordato un accordo per il cessate il fuoco a Gaza per liberare gli ostaggi ancora in vita, in un passo importante verso la fine di una guerra che ha ucciso decine di migliaia di persone e scatenato una catastrofe umanitaria. (Foto di AHMAD GHARABLI / AFP)

Il disagio degli over 65

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA

Nel biennio 2023-2024 si stima che 9 ultra 65enni su 100 soffrono di sintomi depressivi e percepiscono compromesso il proprio benessere psicologico per una media di 17 giorni al mese.

I sintomi depressivi sono più frequenti all'avanzare dell'età (raggiungono il 13% dopo gli 85 anni), nella popolazione femminile (12% vs 5% negli uomini), tra le classi socialmente più svantaggiate per difficoltà economiche (25% in chi riferisce molte difficoltà economiche vs 6% di chi non ne riferisce) o per bassa istruzione (12% fra coloro che hanno al più la licenza elementare vs 5% fra i laureati), tra chi vive solo (11%) e fra le persone con diagnosi di patologia cronica (17% in chi riferisce due o più patologie croniche vs 5% di chi non ne ha).

Una discreta quota di persone con sintomi depressivi (23%) non chiede aiuto, chi lo fa si rivolge nel 26% dei casi solo ai propri familiari/amici, nel 13% solo o a un medico operatore sanitario e nella maggior parte dei casi (37%) a entrambi, medici e persone care.

La prevalenza di sintomi depressivi descrive un trend in riduzione significativo dal 2016 al 2024, in tutte le classi di età, anche fra quelle a maggior prevalenza (dal 13.2% al 7.3% fra i 65-74enni, dal 18.3% al 9.7% fra i 75-84enni e persino fra gli over85 dal 22.3% al 12.5%).

Cresce la domanda di cura

Secondo un'indagine condotta dall'Iss tra il 2021 e il 2023 su 19 Dipartimenti di salute mentale (Dsm) è in costante crescita la domanda di cura, con un aumento dei ricoveri nei reparti psichiatrici ospedalieri, e cresce anche la richiesta di consulenze psichiatriche nei Pronto Soccorso. E c'è anche un allarme allarme autolesionismo: i casi di gesti autolesivi intercettati nei Pronto Soccorso sono cresciuti indicando un bisogno crescente di interventi tempestivi e mirati.

A fronte di questo incremento l'Iss registra un leggero calo del numero di psichiatri, assistenti sociali e terapisti della riabilitazione psichiatrica con un leggero aumento degli psicologi e degli operatori sociali sanitari e la riduzione della telemedicina: i servizi erogati da remoto sono drasticamente diminuiti, con un ritorno prevalente alle prestazioni in presenza.

“I dati mostrano una fotografia complessa ma utile per comprendere le sfide future - commenta il team dell'ISS - e in particolare, rispetto al 2020, si registra un aumento della domanda di assistenza ospedaliera. Nonostante alcuni cambiamenti nella composizione e tipologia del personale, permane in particolare la criticità rappresentata dalla dotazione complessiva di risorse umane che richiama alla necessità di un impegno per rafforzarne l'offerta più in linea con gli standard indicati, per far fronte e rispondere alle nuove (e vecchie) esigenze della popolazione con, o suscettibile di sviluppo di, disturbi mentali.”

Disturbi della nutrizione, aggiornata la mappa dei centri

In supporto alle azioni centrali il ministero della Salute ha affidato all'Iss la mappatura dei centri di cura e delle associazioni dedicati ai Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione. A settembre 2025 la mappatura dei servizi territoriali dedicati ai disturbi della nutrizione e dell'alimentazione conta 225 strutture su tutto il territorio nazionale: 54 associazioni e 171 centri di cura, di cui 137 afferenti al Servizio sanitario nazionale e 34 al privato accreditato convenzionato. Per quanto riguarda la distribuzione territoriale dei centri di cura 83 centri sono al Nord, 36 al Centro Italia e 52 tra Sud e Isole.

I responsabili/referenti dei servizi sono 171 e 2.019 i professionisti dichiarati che compongono le équipe di lavoro; i professionisti risultano appositamente formati (82%) e aggiornati (79%) e per il 75% sono strutturati.

I centri sono strutturati per prendere in carico le fasce d'età 18-25 anni (95%), 13-17 anni (89%), 26-35 anni (84%), 36-45 anni (81%), più di 45 anni (74%); il 51% prende in carico anche la fascia 7-12 anni e il 21% dei 6 anni o meno.

Gli interventi offerti dai centri di cura consistono nel 98% dei casi in intervento psicoterapeutico; nel 98% in intervento psicoeducativo; nel 97% in monitoraggio della condizione psichica fisica e nutrizionale; nell'97% in intervento nutrizionale; nel 96% in intervento farmacoterapico; nel 66% intervento abilitativo/riabilitativo; nel 53% dei casi offrono attività ricreative/occupazionali; nel 32% dei casi scuola ospedaliera/domiciliare.

Per quanto riguarda la distribuzione territoriale delle associazioni registrate in piattaforma 35 sono al Nord, 11 al Centro e 8 al Sud.



Servizio La prevenzione

Malattie reumatologiche: il fumo aumenta il rischio del 35%, pesano anche inquinamento e obesità

In Italia oltre 5 milioni di persone vivono con una forma più o meno grave di malattia reumatologica

di Cesare Buquicchio

9 ottobre 2025

«Chi fuma ha un rischio di sviluppare l'artrite reumatoide che è del 35% superiore rispetto a chi non fuma, mentre per il lupus il rischio sale addirittura del 50%». A lanciare l'allarme è Andrea Doria, Presidente della Società Italiana di Reumatologia e Direttore dell'Unità Operativa Complessa di Reumatologia dell'Università di Padova, sottolineando come la prevenzione primaria stia diventando una realtà concreta anche nel campo delle malattie reumatologiche.

In Italia in 5 milioni convivono con malattie reumatologiche

In Italia oltre 5 milioni di persone vivono con una forma più o meno grave di malattia reumatologica. Negli ultimi quattro decenni le prospettive dei pazienti sono decisamente migliorate anche grazie alle innovazioni giunte dalla ricerca e all'azione instancabile delle associazioni. Molte patologie vengono cronicizzate e i nuovi trattamenti e terapie garantiscono pure una buona qualità di vita quotidiana. Di questa evoluzione si è discusso a Roma, alla Camera dei Deputati, in un convegno nazionale organizzato in vista della Giornata mondiale del malato reumatico del 12 ottobre. L'evento, promosso dall'ANMAR OdV (Associazione Nazionale Malati Reumatici), è stato anche l'occasione per festeggiare i 40 anni di attività dell'associazione. «È un piacere poter celebrare un compleanno così importante – ha sottolineato Silvia Tonolo, Presidente ANMAR OdV –. Molta strada è stata fatta dall'ormai lontano 1985. Grandi sono stati i successi ottenuti dai pazienti anche in termini di riconoscimento della nostra particolare condizione. Ci sono però ancora molte criticità e siamo sempre più convinti che le problematiche si possono risolvere solo tutti insieme».

Nutrienti e microbiota possono essere una chiave

«Oggi è possibile questa nuova linea della prevenzione primaria proprio perché conosciamo sia gli individui che sono a rischio di sviluppare le malattie reumatologiche, sia i fattori di rischio identificati con buona evidenza clinica», aggiunge il professor Doria. Oltre al fumo, particolare attenzione merita l'alimentazione: «I nutrienti possono influenzare sia positivamente che negativamente le cellule del sistema immunitario e quindi l'infiammazione. Inoltre, contribuiscono al mantenimento del microbioma, aspetto importante perché da esso dipende l'integrità della mucosa intestinale».

Attenzione su inquinamento e obesità

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA

Tra gli altri fattori di rischio modificabili figurano l'inquinamento atmosferico, l'obesità e lo stress meccanico sulle articolazioni. «Per esempio, dei pazienti che hanno la psoriasi della pelle, il 30% sviluppa un'artrite psoriasica. Nello sviluppo di questa patologia ha un ruolo fondamentale il sovraccarico meccanico delle entesi, quelle strutture che uniscono i tendini all'osso», evidenzia Doria, sottolineando l'importanza di informare correttamente i pazienti. Tuttavia, molti aspetti dell'assistenza sociosanitaria devono essere migliorati, fra questi la continuità di cura, l'integrazione ospedale-territorio, l'accesso alle nuove terapie, la creazione o potenziamento delle Reti Reumatologiche Regionali. Per tenere accesi i riflettori su questa situazione anche quest'anno l'ANMAR OdV promuove in Italia la Giornata Mondiale del Malato Reumatico. All'incontro alla Camera hanno partecipato clinici, medici di famiglia, rappresentanti delle istituzioni e delle altre associazioni, portando ciascuno il proprio contributo su come migliorare le condizioni dei pazienti, delle famiglie e dei caregiver, con particolare attenzione ai farmaci innovativi e a una sanità territoriale più vicina ai malati.



Servizio La giornata mondiale della vista

Un italiano su dieci ha problemi agli occhi, ma il Ssn spende solo l'1% per le cure

Questo squilibrio secondo l'Associazione pazienti malattie oculari produce ritardi nell'accesso alle cure, carenza di risorse e forte pressione sugli specialisti

di Redazione Salute

Oltre 6 milioni di italiani soffrono di malattie oculari, un terzo dei quali presenta una riduzione della vista invalidante. Oggi però, nonostante esistano tecnologie avanzate, trattamenti innovativi e strumenti diagnostici precoci, solo l'1% della spesa sanitaria pubblica è dedicato all'oftalmologia. Un settore che risulta dunque marginalizzato tra le priorità del Ssn. Questo squilibrio produce ritardi nell'accesso alle cure, carenza di risorse e forte pressione sugli specialisti. Lo segnala l'Associazione pazienti malattie oculari (Apmo) nata nel 2022, che in occasione della Giornata mondiale della vista che si celebra ogni secondo giovedì di ottobre ha riunito a Roma istituzioni, società scientifiche, associazioni pazienti e aziende per il primo meeting nazionale Apmo.

Schillaci: presto nuove prestazioni nei livelli essenziali

In Italia 2 persone su 100 dai 15 anni in su soffrono di gravi limitazioni sul piano visivo. Una percentuale che sale oltre il 5% tra chi ha più di 65 anni e oltre l'8% per chi ha almeno 75 anni. Mentre le limitazioni visive moderate riguardano oltre un terzo degli anziani, ovvero circa 4,5 milioni di persone. “Inoltre, secondo le più recenti stime internazionali, nei prossimi decenni ci sarà un aumento di richiesta delle cure per le malattie oculari, anche per l'impatto degli stili di vita come l'urbanizzazione, le ore trascorse davanti ai dispositivi, il poco tempo che trascorriamo all'aria aperta, comportando una notevole sfida per la sostenibilità dei sistemi sanitari”, sottolinea il ministro della Salute, Orazio Schillaci. Che ha ribadito l'impegno per un migliore accesso all'innovazione in oftalmologia, con possibili novità anche nei Lea, i livelli essenziali di assistenza. “Sappiamo bene - spiega Schillaci - che prevenzione e diagnosi precoci tempestive richiedono un accesso tempestivo ai servizi sanitari e alle innovazioni, riducendo le disuguaglianze che ancora persistono a livello regionale. E ciò nonostante i nuovi Lea abbiano introdotto importanti aggiornamenti nei procedimenti diagnostici e terapeutici in oftalmologia garantiti dal Servizio sanitario nazionale, aggiornando l'elenco delle prestazioni specialistiche. E' inoltre all'attenzione della Commissione Lea il reinserimento dell'esame del fondo oculare per i pazienti diabetici sia nelle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale sia nell'elenco delle malattie e condizioni croniche e invalidanti”, riferisce il ministro.

Le possibili nuove terapie per le maculopatie

Il ministro Schillaci ha segnalato anche come sul fronte delle innovazioni terapeutiche stia lavorando il Comitato tecnico nazionale per la prevenzione della cecità e dell'ipovisione, “impegnato nella promozione e valutazione di linee guida dedicate alle patologie oculari di rilevanza sociale; nello sviluppo della tele-oftalmologia nei programmi di salute pubblica, sia nella prospettiva della prevenzione, sia della riabilitazione. Vorrei inoltre segnalare - aggiunge il

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA

ministro - il lavoro di approfondimento del Tavolo tecnico sulle maculopatie sui temi riguardanti lo sviluppo delle terapie intravitreali in oftalmologia, con particolare riguardo ai profili connessi alla prevenzione e al trattamento dell'angiogenesi, anche con il coinvolgimento del Comitato" suddetto. "Un filone di grande attualità - rimarca Schillaci - considerando che si sono rese disponibili cure molto efficaci che inibiscono i fattori di crescita di nuovi vasi sanguigni che accelerano la degenerazione maculare, una patologia legata all'età, che colpisce 1 persona su 3 dopo i 75 anni ed è tra le principali cause di cecità".

Le iniziative dell'Associazione pazienti malattie oculari

L'Apmo, Associazione pazienti malattie oculari, rilancia gli obiettivi della Carta della salute dell'occhio, documento di orientamento e promozione della prevenzione in ambito oftalmologico, realizzato nell'ambito della campagna per la prevenzione e il trattamento dei disturbi e delle patologie oculari 'La salute dei tuoi occhi. Non perderla di vista', promossa dall'associazione in collaborazione con Siso (Società italiana di scienze oftalmologiche) e con il patrocinio dell'Istituto superiore di sanità e dell'Intergruppo parlamentare Prevenzione e cura delle malattie degli occhi, e in sinergia con altre 18 tra associazioni pazienti e società scientifiche. Nel primo anno della campagna sono state visitate 5 regioni (Lazio, Liguria, Lombardia, Puglia e Sicilia), con incontri istituzionali che hanno coinvolto i decisori e gli specialisti locali per analizzare punti di forza e criticità dell'assistenza e cura in ambito oftalmologico sul territorio, e con appuntamenti informativi e di screening territoriali. Gli incontri informativi hanno coinvolto oltre 400 persone, sottoposte a mini-screening per le più comuni patologie oculari: 1 su 5 è risultata "diagnosticata a rischio" a seguito del controllo. "Il bilancio della campagna è più che positivo, considerando che Apmo è nata di recente e tante sono le problematiche messe in campo e da affrontare", dichiara Francesco Bandello, presidente Apmo e direttore Unità Oculistica Irccs ospedale San Raffaele di Milano.

SAN RAFFAELE MONTE COMPATRI**L'arte come linguaggio di rinascita per la Giornata Mondiale della Salute Mentale**

L'arte dà conforto, speranza, purifica dalle ansie, sospende il tempo del disagio portando in un'altra dimensione, più serena e tranquilla. Da tempo ormai è assodato l'utilizzo dell'arte come terapia, sia nella parte contemplativa con visite a musei e mostre che nella parte attiva, esercitando la pittura. Proprio su quest'ultima via si pone la Casa di Cura San Raffaele di Monte Compatri che, in occasione della Giornata Mondiale della Salute Mentale, presenta il progetto «L'arte che cura», un'iniziativa, promossa dal Reparto di Psichiatria e patrocinata dal Comune dei Castelli Romani, che intende valorizzare l'espressione artistica come strumento terapeutico e di inclusione sociale. Il progetto nasce nell'ambito dei laboratori riabilitativi del reparto e si propone di integrare l'intervento clinico con percorsi creativi finalizzati al miglioramento della qualità della vita dei pazienti. Del resto, secondo gli ultimi Rapporti dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), oltre un mi-

liardo di persone nel mondo convive con disturbi mentali come ansia e depressione. «L'aumento del disagio mentale negli ultimi anni - spiega il Dott. Andrea Diamanti, Responsabile della Residenza Psichiatrica del San Raffaele Montecompatri - è stato particolarmente significativo nelle donne ma soprattutto nei giovani: la metà di tutte le malattie mentali inizia prima dei 14 anni, tendenza favorita dal diffuso uso di sostanze psicoattive in questa fascia di popolazione. Considerando le prospettive negative di questo momento storico e della presenza della barriera, invisibile ma potente dello stigma sociale, che penalizza le malattie mentali, l'arte diventa strumento di espressione, riscatto e umanizzazione». La pittura diventa così un mezzo privilegiato per favorire la comunicazione delle emozioni, il riconoscimento del sé e il rafforzamento dell'identità personale. L'iniziativa si colloca nell'ambito della mission del San Raffaele di Monte Compatri da sempre impegnato a promuovere un approccio multidisciplinare alla cura, che unisce competenza clinica, attenzione alla persona e coinvolgimento attivo della comunità. «Il progetto - puntualizza ancora lo psichiatra - sarà coordinato dai Tecnici di Riabilitazione

del reparto che accompagneranno i pazienti nella creazione delle opere, valorizzandone l'unicità e favorendo un clima di condivisione, trasformando il laboratorio espressivo in uno spazio di libertà, creatività e relazione in cui i pazienti potranno dare forma e colore alle proprie emozioni». E a dicembre le opere realizzate nei laboratori saranno presentate al pubblico in una mostra collettiva che offrirà ai cittadini, ai familiari e alle istituzioni del territorio l'occasione di conoscere da vicino i risultati del percorso terapeutico.



MALASANITÀ A BRINDISI

L'Asl senza medici costretta a chiamare i camici in pensione

ANTONIO SBRAGA

... Emergenza-medici all'Asl di Brindisi che, per superare l'urgenza, è costretta a «chiamare» in soccorso i camici bianchi in pensione. Perché «questa Azienda versa in una situazione di grave carenza di personale medico che rende difficoltoso il rispetto dei livelli essenziali di assistenza e pregiudica l'offerta sanitaria ai cittadini, emergenza accentuata da situazioni contingenti che vedono ulteriormente ridursi il personale medico». Così ha scritto l'Asl brindisina nell'«Avviso pubblico di manifestazione di interesse per personale medico specializzato in quiescenza per le esigenze delle Unità operative delle diverse strutture dell'Asl Brindisi», che cerca l'ingaggio di medici in pensione a gettoni orari da 60 euro. Però sono tutti gli organici sanitari pugliesi a versare in condizioni deficitarie, come indicano gli ultimi 2 rapporti presentati dall'agenzia ministeriale Agenas e dalla Fondazione Gimbe. La Puglia, infatti, risulta la settima Regione con il numero di dipendenti più basso in proporzione alla popolazione (solo 105 ogni 10 mila abitanti: 26 in meno rispetto alla media nazionale di 131). Perché la Puglia risulta la sestultima Regione per il minor numero sia di medici (solo 1,74 ogni mille residenti a fronte di una media nazionale di 1,86) che di infermieri (soltanto 4,14 per mille abitanti contro la media italiana di 4,64). Ed è addirittura peggiore la situazione per quanto riguarda gli operatori socio-sanitari: è la quartultima regione italiana con solo 1,1 Oss per mille abitanti (1,3 la media della penisola). La Regione ha perduto anche 508 tra medici e pediatri di famiglia nell'ultimo decennio: 449 camici bianchi di base in meno oltre a 59 specialisti dell'infanzia persi. Una dotazione inferiore che contribuisce a spiegare le difficoltà di accesso alle cure e l'aumento delle rinunce

registrato lo scorso anno: il 10,9% dei residenti, pari a ben 424 mila rinunciatari nel 2024 (+2,5% rispetto al 2023 secondo l'Istat). «Il netto aumento delle rinunce a visite specialistiche ed esami registrato nel 2024 è dovuto soprattutto ai lunghi tempi d'attesa», spiega il Rapporto stilato dalla Fondazione Gimbe. Nel quale è indicato anche il costo della «mobilità sanitaria interregionale», che nel 2022 ha registrato un saldo negativo di 230,2 milioni di euro, in aumento di quasi 99 milioni rispetto al 2021. Perché sono sempre di più quelli che vanno a farsi curare nel centro-nord (2 miliardi e 330 milioni di rimborsi alle altre Regioni nell'ultimo decennio per le prestazioni rese ai pazienti pugliesi in trasferta).

© RIPRODUZIONE RISERVATA

