il punto

confronti su medicina e sanità

Un progetto dell'Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri della Provincia di Torino

Poste Italiane S.p.A. Spedizione in Abbonamento Postale Aut. n°MIPA/CENTRO-SUD/192/2022 – Stampe Periodiche in Regime Libero – ISSN 2785-6240 - € 15,00

Crisi umanitarie internazionali.
Quale deve essere il ruolo dell'Ordine dei medici?

Il semestre filtro di medicina
una riforma che fa discutere

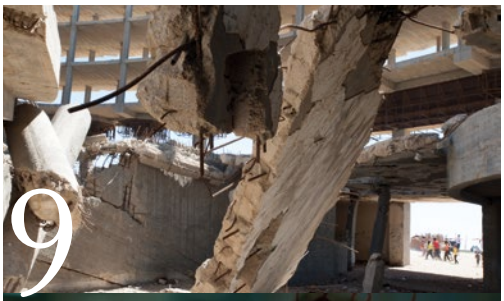
Dante e l'ebm,
un parallelismo inatteso nella Divina Commedia

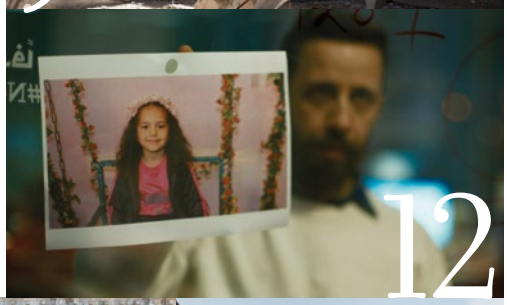
3 | 2025

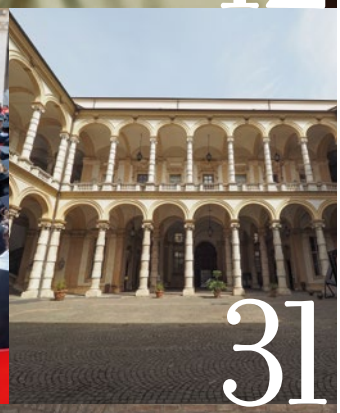
Il Pensiero Scientifico Editore

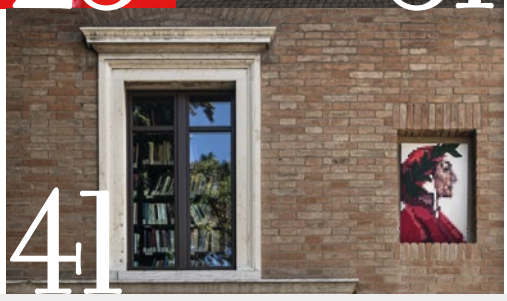
Sommario

il punto | 3 | 2025









3
Il ruolo dell'Ordine dei medici nelle crisi umanitarie
Guido Giustetto
Roberto Romizi

IL PUNTO SUI SANITARI PER GAZA

6
Dal #digiunogaza al flash mob "Luci sulla Palestina"
Moreno Festuccia

9
Una lettera a Lancet sul genocidio di Gaza
Daniele Coen

12
La voce dei bambini di Gaza
Maurizio Bonati

15
Dall'Africa alla Valle di Susa: i volti nascosti delle grandi crisi
Paolo Narcisi
Sara Strippoli

19
Oltre la chirurgia, oltre le cicatrici per un diritto alla vita
Raffaella Ronchetta

22
Perché la salute mentale deve diventare una priorità
Nerina Dirindin

IL PUNTO SULLA RIFORMA DELL'ACCESSO A MEDICINA

25
Selezione e formazione dei medici: equilibrio tra domanda, qualità e passione
Fabrizio Consorti

28
Il rischio di un'illusione tradita
Gianluca Oriolo
Fausto Agate

31
Semestre filtro: più equità, ma non più laureati
Paola Cassoni

33
Per una riforma utile ai futuri medici e al nostro Servizio sanitario nazionale
Roberto Monaco

34
Intelligenza artificiale in medicina e sanità: la nuova legge italiana
Fabio Di Bello

38
Per favore, non fare quella ricerca
Adam Seth Cifu

41
Alla ricerca della moderna epistemologia medica nella Divina Commedia
Nicola Baldi

46
LIBRI
Il diritto di perdere tempo insieme

Gli articoli raccolti in questo numero sono post pubblicati sul sito www.ilpunto.it

@ilpunto_OMCeO _ilpunto RivistailPunto

il punto
confronti su medicina e sanità

ANNO IV, NUMERO 3
LUGLIO-SETTEMBRE 2025

Direttore scientifico
Guido Giustetto

Direttore editoriale
Rosa Revellino

Comitato redazionale
Francesca Alessandro, Francesco Cuniberti, Venera Gagliano, Marta Mello, Aldo Mozzone, Chiara Rivetti, Angelica Salvadori (*OMCeO Torino*). Celeste De Fiore, Laura Tonon (*Il Pensiero Scientifico Editore*)

Comitato editoriale
Marco Bobbio, Michela Chiarlo, Libero Ciuffreda, Giampaolo Collecchia, Lucia Craxì, Fabrizio Elia, Elena Gagliasso, Giuseppe R. Gristina, Roberto Longhin, Giuseppe Naretto, Luciano Orsi, Elisabetta Pulice, Lorenzo Richiardi, Massimo Sartori, Vera Tripodi, Marco Vergano, Paolo Vineis

Comitato direttivo dell'OMCeO di Torino
Guido Giustetto (*presidente*) Chiara Rivetti (*vicepresidente*) Vladimir Erardi Bacic (*segretario*) Savino Santovito (*tesoriere*) Francesca Alessandro, Davide Bosio, Roberto Congiu, Francesco Cuniberti, Gilberto Fiore, Federico Latini, Marta Mello, Aldo Mozzone, Fernando Muià, Angelica Salvadori, Emanuele Stramignoni, Alessandra Taraschi, Renato Turra, Roberto Venesia

Sede e contatti
OMCeO Torino
Corso Francia 8 – 10143 Torino
email: info@ilpunto.it

Produzione e amministrazione
Il Pensiero Scientifico Editore
Via San Giovanni Valdarno 8, 00138 Roma
tel. 06862821 | fax 0686282250
e-mail: pensiero@pensiero.it
internet: www.pensiero.it
c/c postale: 902015

Editore responsabile
Giovanni Luca De Fiore

Progetto grafico e impaginazione
Typo85 S.r.l., Roma

Stampa
Lion Brand S.r.l., Roma

Autorizzazione Tribunale di Torino numero registro stampa 65/2021 del 29/12/2021 (già 793 del 12/01/1953).

Immagini
In copertina: "Basilica di San Maurizio, Pinerolo", di Sonyworld (iStock). Nelle pagine interne le foto non firmate sono di iStock. Tutti i diritti sono riservati.

Diritti d'autore
Tutto il materiale pubblicato in queste pagine è disponibile sotto la licenza "Creative Commons Attribuzione - Non commerciale - Condividi allo stesso modo 4.0 Internazionale". Può essere riprodotto a patto di citare ilpunto.it, di non usarlo per fini commerciali e di condividerlo con la stessa licenza.

Finito di stampare dicembre 2025

Abbonamenti 2025
Per l'Italia: privati € 40,00 (per gli iscritti OMCeO Torino ricompreso nell'iscrizione all'Ordine); enti, istituzioni, biblioteche € 50,00.
Per l'estero: € 60,00.
L'abbonamento decorre dal mese di gennaio a dicembre

Per abbonamenti:
Andrea De Fiore
tel. 06 86282324
e-mail: andrea.defiore@pensiero.it

Il ruolo dell'Ordine dei medici **nelle crisi umanitarie**

Guido Giustetto
Direttore scientifico de il punto*, confronti su medicina e sanità, rivista dell'OMCeO Torino*

Roberto Romizi
Direttore de Il Cesalpino*, rivista dell'OMCeO di Arezzo*

La scorsa estate, alcuni Ordini dei medici e molti colleghi avevano preso posizione sulla grave crisi umanitaria nella striscia di Gaza, sostenendo le organizzazioni mediche operative in quel territorio e aderendo a iniziative di solidarietà quali "Digiuno per Gaza" e "Luci sulla Palestina – 100 ospedali per Gaza". Ci venne allora la curiosità di conoscere in modo più sistematico quale posizione gli Ordini avessero assunto, in un'ottica solidaristica e umanitaria, di fronte alle situazioni di conflitto armato dove vi è un impatto gravissimo sulla sicurezza del personale sanitario, sull'accesso alle cure e sulla salute della popolazione. Inviammo pertanto un breve questionario a tutti i Presidenti con l'obiettivo di conoscere se e come i diversi Ordini avessero ritenuto opportuno e possibile intervenire, esprimere posizioni, promuovere iniziative o stimolare riflessioni in ambito medico e deontologico e quali fossero state le eventuali difficoltà.
Abbiamo ricevuto risposta da circa la metà degli Ordini. Il campione non è rappresentativo né per distribuzione geografica né per dimensioni, perciò le osservazioni che seguono hanno un valore puramente descrittivo e non statistico. Partendo dall'analisi delle singole risposte, esse intendono offrire un quadro generale, proporre alcune considerazioni e avanzare proposte.
Di seguito le domande e una sintesi delle risposte.

Un Ordine dei Medici, in situazioni di crisi umanitarie internazionali con gravi conseguenze sanitarie documentate, deve esprimere pubblicamente una posizione ufficiale?
Oltre l'85% delle risposte ritiene che l'Ordine debba esprimere pubblicamente posizioni ufficiali nelle crisi umanitarie; il 30% specifica che ciò debba avvenire con un ampio consenso tra gli iscritti o gli organi collegiali.

Quali sono i limiti e le potenzialità di un Ordine nel trattare questioni sanitarie in contesti di conflitto o emergenza internazionale?
Dalle risposte emergono come principali limiti il rischio che la posizione ordinistica sia oggetto di strumentalizzazione politica e il dubbio che il mandato istituzionale non comprenda questo ambito. Sul versante delle potenzialità viene sottolineato che l'autorevolezza etico-deontologica dà la possibilità di influenzare la popolazione tramite l'informazione, di promuovere la conoscenza dei principi universali di salute e la difesa dei diritti umani, di fare pressione sulle istituzioni per mobilitare aiuti.

I singoli medici, come professionisti, hanno un dovere deontologico di pronunciarsi o agire in tali contesti?
L'80% delle risposte ritiene che ogni medico abbia un dovere deontologico di prendere posizione o agire in contesti di conflitto, ma il 30% reputa tale dovere valido solo a titolo personale.

Quali esperienze, iniziative o buone pratiche l'Ordine ha promosso o intende promuovere in situazioni di conflitto o comunque di emergenza?
Quasi il 70% delle risposte segnala assenza di iniziative. Tra le azioni effettivamente realizzate, vengono citate l'adesione al digiuno per Gaza, la pubblicazione di articoli, la promozione di raccolte fondi, i comunicati stampa di solidarietà, l'invio di beni in Ucraina.

L'Ordine ha preso posizione ufficiale in merito alla crisi di Gaza? Se sì, in quale forma? Se no, per quali ragioni?
L'80% degli Ordini che hanno risposto al questionario non ha assunto una posizione ufficiale su Gaza, anche se nel 10% dei casi il tema è stato affrontato in discussioni interne. Le principali ragioni indicate sono la mancanza di consenso interno e la percezione che il tema non rientri fra i compiti istituzionali.
Il restante 20% ha invece preso posizione pubblica, attraverso comunicati, mozioni del Consiglio direttivo o iniziative pubbliche, spesso in collaborazione con altre istituzioni.

Il caso di Gaza ha rappresentato per molti un banco di prova, in cui l'urgenza etica si è confrontata con il timore di assumere posizioni percepite come politiche

Alcune considerazioni

La larghissima maggioranza delle risposte ritiene che un Ordine debba esprimersi pubblicamente in situazioni di crisi umanitaria, sia sempre, sia previa approvazione dei propri iscritti o degli organi collegiali. Solo una minoranza vi si oppone. Con percentuali analoghe, a livello individuale si ritiene che i singoli medici abbiano un dovere etico o deontologico di prendere posizione di fronte alle crisi, seppure con sfumature diverse (sempre, solo a titolo personale o soltanto in caso di coinvolgimento diretto).
Quando si passa dalle dichiarazioni di principio ai comportamenti effettivi, emerge la prima frattura: solo una minoranza degli Ordini dichiara di avere promosso iniziative o preso posizione rispetto alla crisi di Gaza, mentre la grande maggioranza non si è espressa ufficialmente. Questa apparente contraddizione si comprende analizzando le risposte sulle potenzialità e limiti degli Ordini.
Gli Ordini si descrivono come portatori di un ruolo etico e deontologico forte, capaci di sensibilizzare la società e di farsi interpreti dei valori della professione medica anche oltre la pratica clinica. Hanno una capacità comunicativa e simbolica riconosciuta, che può incidere nel dibattito pubblico e nelle istituzioni.
Al tempo stesso, molte risposte sottolineano il rischio di politicizzazione e paventano l'assenza di un mandato esplicito e istituzionale in questo campo. Si teme che l'intervento rischi di essere interpretato come una presa di posizione politica in favore o contro una delle parti in conflitto piuttosto che etica o deontologica sul piano umanitario.
Questa tensione tra legittimazione etica e prudenza istituzionale porta spesso all'assen-

za di azioni concrete, bloccando volontà e capacità di intervenire. In altre parole: forte mandato etico, ma incertezza e timidezza istituzionale che generano un vero congelamento operativo.

Conclusioni e proposte

Il caso di Gaza ha rappresentato per molti un banco di prova, in cui l'urgenza etica si è confrontata con il timore di assumere posizioni percepite come politiche. Se crediamo che l'Ordine possa avere un ruolo durante le crisi umanitarie e se quest'analisi, pur sommaria, è corretta, quali proposte si possono formulare per uscire dall'impasse?
In sintesi i punti critici su cui intervenire sembrano essere:

- dubbi sul mandato istituzionale dell'Ordine: l'intervento nelle crisi umanitarie è di competenza?
- confusione tra etica, deontologia e politica: è possibile rendere il discorso etico-umanitario-solidaristico inattaccabile e non sovrapponibile o confondibile con le posizioni dei partiti politici?
- capacità operativa: come riuscire a prendere decisioni tempestive, condividendole con colleghi e organi collegiali? Si può pensare ad una specie di repository di documenti, spunti strutturati per comunicati, pronto all'uso?

Quelle che seguono sono solo alcune prime proposte per colmare il divario tra intenzioni basate sui principi e azioni frenate dall'incertezza. Una strada operativa potrebbe essere la loro sperimentazione in un piccolo numero di Ordini disponibili.

1. Promuovere iniziative e momenti di confronto all'interno degli Ordini che rendano esplicite le proprie competenze e funzioni (tra cui, secondo legge 3/2018, quelle di enti pubblici che "promuovono e assicurano l'indipendenza, l'autonomia e la responsabilità delle professioni e dell'esercizio professionale, la qualità tecnico-professionale, la valorizzazione della funzione sociale, la salvaguardia dei diritti umani e dei principi etici dell'esercizio professionale indicati nei rispettivi codici deontologici, al fine di garantire la tutela della salute individuale e collettiva"), chiarendo in modo netto la distinzione tra intervento etico-umanitario e presa di posizione politica.
2. Fornire indicazioni nazionali basate su criteri oggettivi – come violazioni documentate del diritto umanitario o danni a personale e strutture sanitarie – per giustificare e diffondere posizioni ufficiali e pubbliche; suggerire esempi di linguaggio deontologico e modelli di comunicati centrati sui principi. L'individuazione di criteri verificabili e condivisi rafforza la legittimità dell'intervento.
3. Organizzare all'interno dell'Ordine un piccolo gruppo di lavoro stabile dedicato all'analisi delle crisi umanitarie, incaricato di preparare rapidamente position paper – anche sulla base di consultazioni rapide degli iscritti – da condividere e approvare, anche a maggioranza, con gli organi collegiali.
4. Mettere a disposizione, anche in collaborazione con le Ong, documenti e protocolli utilizzabili per la redazione di comunicati e proposte.

Il nodo per gli Ordini non è scegliere una parte, ma riaffermare la tutela della salute come diritto umano universale, anche nei contesti più complessi

In definitiva, il nodo per gli Ordini non è scegliere una parte, ma riaffermare la tutela della salute come diritto umano universale, anche nei contesti più complessi.

Dal **#digiunogaza** al flash mob **"Luci sulla Palestina"**

L'OMCeO Torino ha aderito e promosso un digiuno a staffetta contro il genocidio a Gaza, partito da altri operatori sanitari italiani e mirato a esprimere solidarietà ai colleghi a Gaza e protestare contro la carestia e la malnutrizione. L'iniziativa invita i medici a digiunare e a condividere la loro adesione sui social con l'hashtag #digiunogaza. Il 2 ottobre 2025 è stata anche una giornata di flash mob nazionale con le luci accese davanti agli ospedali. Ne parliamo con **Moreno Festuccia**, medico ematologo, Asl TO4, Struttura complessa di Medicina interna, Presidio ospedaliero di Cuorgnè, coordinatore per il Piemonte e la Valle d'Aosta della rete #DigiunoGaza.

Intervista a

Moreno Festuccia

Medico ematologo Presidio ospedaliero di Cuorgnè (Torino)

Come è nata la rete #digiunogaza e in che modo si è trasformata in un movimento nazionale di operatori sanitari?
La rete #digiunogaza è nata dall'idea di due operatori sanitari toscani – Francesco Niccolai e Daniela Gianelli – e si è poi estesa dalla Toscana all'Emilia-Romagna e al Lazio e poi in Piemonte e Valle d'Aosta, prima di diffondersi su tutto il territorio nazionale. Abbiamo aderito perché l'abbiamo vista come un'iniziativa semplice ma efficace. Siamo partiti con una staffetta di digiuno, saltando la pausa pranzo ed esponendo un cartello con su scritto: "digiuno contro il genocidio a Gaza". Poi, il 28 agosto, abbiamo organizzato una giornata nazionale di digiuno negli ospedali che ha visto la partecipazione di più di 10.000 operatori sanitari. Da lì abbiamo costruito un coordinamento operativo (riunioni più volte alla settimana, suddivisione dei compiti) e abbiamo deciso di proseguire con la protesta, non tanto per esprimere un generico dissenso, ma per cercare di ottenere risultati concreti. Abbiamo proposto una giornata di digiuno settimanale, ogni giovedì del mese di settembre, arrivando fino al flash mob nazionale "Luci sulla Palestina" di giovedì 2 ottobre. La creazione e gestione del sito internet e dei profili social ci ha consentito di crescere in visibilità e di raggiungere le Regioni mancanti. Il sentimento di sofferenza e dolore tra gli operatori sanitari era forte, ma spesso nascosto o comunque inespresso, eccetto rare iniziative personali. La nostra percezione era quella di tanti mucchi di paglia uno per ogni Regione; bastava una scintilla per illuminare tutto! I fiammiferi sono stati i nostri nuovi coordinatori regionali. L'esempio più lampante è stata la Lombardia, che, grazie al lavoro di coordinamento del dottor Carlo Maino, ha raccolto più di 7000 iscrizioni al flash mob in pochi giorni.
Le nostre richieste non sono mai cambiate: fin dall'inizio chiediamo alle istituzioni sanitarie, alle direzioni generali delle aziende sanitarie e ospedaliere e alle amministrazioni civili di prendere una posizione netta contro un crimine che diverse istituzioni internazionali, comprese le Nazioni Unite, hanno riconosciuto come riconducibile alla definizione di genocidio. Per questo sosteniamo ogni forma di distacco e boicottaggio praticabile rispetto ad aziende o rapporti che contribuiscono a sostenere quelle politiche: vogliamo azioni concrete, non solo parole.

#DigiunoGaza
Operatrici e operatori sanitari contro il genocidio palestinese a Gaza

Quanti presidi e professionisti sanitari hanno aderito al flash mob nazionale "Luci sulla Palestina – 100 ospedali per Gaza"?
Si stima che oltre 60.000 persone abbiano partecipato al flash mob del 2 ottobre: una catena di luci che ha toccato ospedali dal sud al nord del nostro Paese, fino alle isole. Sul form di adesione abbiamo registrato

circa 34.000 iscrizioni, ma l'adesione reale è probabilmente di molto maggiore, perché molte strutture si sono auto organizzate e molte persone si sono unite sul posto senza segnalarlo. In Piemonte, ad esempio, abbiamo partecipato con 28 presidi ufficiali più due nati spontaneamente: alla fine quindi una trentina di presidi solo nella nostra Regione, con 3200 iscritti.

Quali reazioni ha osservato tra i colleghi e nella comunità sanitaria?
La reazione tra i colleghi è stata profondamente emozionante: abbiamo visto gente che si è messa a disposizione nonostante i turni, la carenza di personale, gli impegni familiari. Molti si sono sentiti protagonisti e hanno messo a disposizione le loro competenze e anche il tempo che non avevano. Ci siamo sentiti davvero parte di una comunità, dove le parole d'ordine erano collaborazione, condivisione e responsabilità. Abbiamo creato gruppi locali, sottogruppi per ogni presidio, e per la prima volta è stata letta pubblicamente, a staffetta, "100 nomi per Regione": la lista dei 1677 sanitari uccisi a Gaza – un lavoro che ha richiesto una preparazione notevole. Ogni presidio, seppur in sintonia con gli altri 240 sul territorio nazionale, è stato organizzato e gestito in modo diverso, secondo le sensibilità degli operatori sanitari del luogo. Inaspettata e molto toccante è stata la partecipazione delle comunità di lingua araba: in diversi presidi sono arrivate intere famiglie, e in particolare le ragazze, con i loro veli colorati, si sono messe in fila per aiutarci nel leggere i nomi degli operatori sanitari palestinesi uccisi. Ci siamo sentiti uniti su valori ben più alti rispetto alle proprie origini geografiche, la propria lingua madre o il colore della propria pelle.

È diventato impossibile continuare a svolgere il mio lavoro come se nulla fosse: la distanza tra la mia attività quotidiana e quell'enormità di sofferenza era inaccettabile

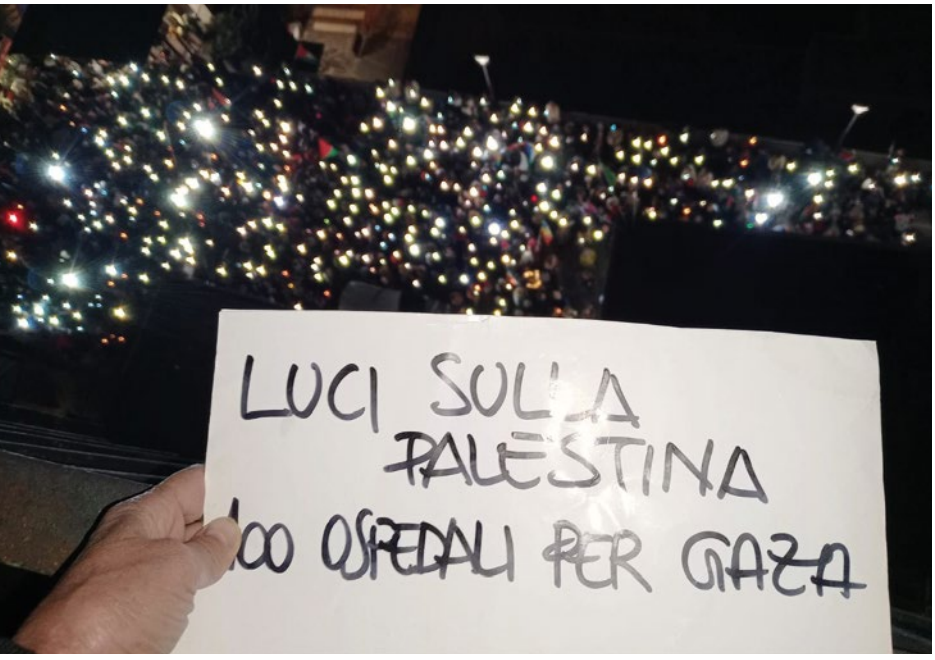
Cosa l'ha spinta personalmente a organizzare e partecipare a queste iniziative?
Per me è stato quasi un bisogno fisico, non una scelta intellettuale. Andavo al lavoro e mi chiedevo quale senso avesse cercare di migliorare la vita dei miei pazienti, se a poche ore di volo da noi migliaia di bambini perdevano la vita o rimanevano orfani a causa delle bombe, della fame, delle malattie, nel silenzio e nella complicità dei nostri governi occidentali. È diventato impossibile continuare a svolgere il mio lavoro come se nulla fosse: la distanza tra la mia attività quotidiana e quell'enormità di sofferenza era inaccettabile. Sentivo che bisognava fare qualcosa che avesse un impatto reale, non solo uno sfogo emotivo: per questo ho deciso di dare il mio contributo nel diffondere e sviluppare il progetto della rete #digiunogaza: il digiuno a staffetta, i presidi settimanali, fino alla manifestazione nazionale e oltre – non ci fermiamo certo qui!

Il diritto internazionale umanitario e le Convenzioni di Ginevra tutelano ospedali, soccorritori e civili: quanto è frustrante constatare la loro violazione sistematica?
È profondamente frustrante e inaccettabile. Gli ospedali devono essere luoghi di cura, non bersagli; i soccorritori non possono essere considerati obiettivi. Quando si normalizza la distruzione delle strutture sanitarie giustificando gli attacchi con dei pretesti, si spalanca la porta a qualsiasi devastazione: chiese, scuole e universi-

tà, monumenti, delegazioni diplomatiche, dissidenti; tutto può essere colpito in qualsiasi momento e in qualsiasi luogo. La tecnologia ora lo permette. Questo non è mai stato considerato accettabile: il diritto internazionale descrive queste azioni come crimini di guerra. Non dimentichiamo che sul territorio di Gaza tutte le strutture sanitarie sono state colpite e rese totalmente o parzialmente inagibili, gli ospedali sono ridotti a tende, mancano anestetici e medicinali. Vedere questo, sapendo cosa significhi per la vita delle persone e dei nostri colleghi sul campo, è insopportabile. Come sanitari non possiamo restare in silenzio davanti a evidenze così gravi.

Perché è importante che siano proprio i medici e gli operatori sanitari a farsi portavoce di questa protesta?
I sanitari hanno una credibilità particolare nella società: siamo percepiti come chi mette il corpo e la faccia per la cura dell'altro. Questo ci conferisce una responsabilità e, al tempo stesso, una possibilità di incidere. Quando medici, infermieri, operatori sanitari prendono posizione non stanno facendo propaganda partitica: stanno ricordando che esistono valori fondamentali inviolabili, come il diritto alla vita e il diritto alla cura. Sono diritti di tutti, senza distinzione. La nostra testimonianza può smuovere coscienze e attirare persone di buona volontà che magari prima stavano in silenzio. Inoltre, il coinvolgimento dei sanitari può essere la spinta per un movimento più ampio: abbiamo visto accessi al nostro sito internet da numerosi Paesi europei e anche dagli Stati Uniti. Il Portogallo ha partecipato con due presidi al nostro flash mob. Una grande partecipazione diventa un segnale visibile che ci può permettere di esercitare sempre più pressione sulle istituzioni. Pensiamo veramente che si possano creare le basi per un movimento che rimetta al centro dell'interesse comune quelli che sono i veri valori. Non il profitto, la ricchezza e la competizione, ma la fratellanza, il rispetto, la delicatezza, la cooperazione, l'ascolto e, infine, l'umanità.

Se fermare anche un solo bombardamento significa salvare più vite di quante ne salveremmo in anni di lavoro, allora questa dev'essere la nostra priorità morale



Come si concilia il dovere di neutralità dei medici con la scelta di manifestare pubblicamente contro violazioni specifiche?
Personalmente non credo che la neutralità debba essere intesa come assenza di giudizio di fronte a un crimine. C'è una differenza netta tra militanza partitica e presa di posizione professionale e morale. Quando c'è un abominio che mette a rischio la vita di migliaia di civili e di colleghi sanitari, la neutralità passiva è in realtà un'inerzia eticamente discutibile. Non schierarsi in questo caso equivale a mettersi dalla parte dei carnefici. Noi non abbiamo abbandonato i nostri pazienti: molte forme di protesta sono organizzate in modo da non lasciare scoperti i servizi sanitari e di cura. Manifestare significa per noi riportare all'attenzione pubblica e istituzionale l'obbligo di proteggere civili e soccorritori. Prendere posizione non è rinunciare al

dovere professionale: è esercitarlo appieno, ricordando che la tutela della vita non si ferma ai confini dell'ospedale o della nostra Nazione.

Ritiene che iniziative come queste possano avere ricadute pratiche – sull'opinione pubblica e sulle istituzioni – oltre che ricordare l'obbligo morale e legale di protezione?

Sì, e per due motivi. Primo: la forza simbolica e la credibilità dei sanitari possono spingere l'opinione pubblica a uscire dall'indifferenza. Secondo: la mobilitazione dal basso può tradursi in pressione politica. Noi, come già detto, abbiamo un obiettivo molto preciso: chiedere che le amministrazioni, le Asl, le aziende sanitarie prendano posizione chiara e adottino provvedimenti (a partire da boicottaggi mirati, sospensioni di rapporti o altre azioni concrete) per non supportare chi compie crimini. Abbiamo preparato una bozza di delibera che abbiamo inviato alle istituzioni sanitarie; ora stiamo raccogliendo le risposte.

La nostra mobilitazione è frutto di una preparazione solida: non vogliamo solo testimonianza emotiva, ma azioni con ricadute reali. Se un movimento popolare riesce a imporre scelte ai governi – come accaduto in altri contesti storici – possiamo salvare vite molto più di quanto facciamo quotidianamente con la nostra attività clinica. È una questione di scala e di priorità: se fermare anche un solo bombardamento significa salvare più vite di quante ne salveremmo in anni di lavoro, allora quella è la priorità morale da perseguire anche come professionisti della salute.

Una lettera a Lancet sul genocidio di Gaza

Oltre la neutralità, perché i medici devono prendere posizione

Daniele Coen
Già direttore Medicina d'urgenza e pronto soccorso Ospedale Niguarda Ca' Granda

The Lancet ha dedicato alla Palestina la copertina del suo fascicolo del 4 ottobre 2025. In grandi caratteri blu si leggono otto righe tratte da una lettera pubblicata al suo interno. Li traduco qui, prima di continuare: "La maggior parte delle società scientifiche mediche e chirurgiche di tutto il mondo è rimasta in silenzio o ha rilasciato solo vaghe dichiarazioni sull''healthocide' in corso a Gaza [...] Restare in silenzio, sostenendo di essere neutrali, è in realtà una forma di complicità".

In Italia le cose non sono molto diverse, perché anche da noi le società scientifiche che hanno preso apertamente posizione sui massacri di Gaza si contano sulle dita di una mano. Per fortuna, ci hanno pensato i medici in prima persona a farlo, come è successo la sera del 2 ottobre, quando decine di migliaia di medici, infermieri e altri operatori sanitari hanno manifestato davanti ai propri ospedali proiettando verso il cielo la luce delle loro torce e dei loro cellulari e leggendo a voce

La nostra vocazione alla cura di tutti ci impedisce di ignorare azioni politiche che producono sofferenza e morte

alta i nomi dei 1677 colleghi morti a Gaza mentre portavano aiuto alla popolazione civile. Questa mobilitazione, che è stata promossa dalle reti #DigiunoGaza e Sanitari per Gaza e ha visto più di 25mila partecipanti, è un ulteriore segnale di quanto la popolazione civile senta un bisogno ormai insopprimibile di manifestare la propria solidarietà al popolo palestinese e il proprio sdegno per il genocidio che il governo israeliano porta avanti da due anni nel più assoluto disprezzo del diritto umanitario internazionale.

Resta il fatto che sulle affermazioni del Lancet e, più in generale, sull'opportunità che i medici si esprimano sull'eccidio della popolazione palestinese come professionisti e non solo come comuni cittadini, si è aperto un vivace dibattito di cui vorrei discutere qui alcuni aspetti.

Molti osservano, soprattutto, che le società mediche non dovrebbero "fare politica", in quanto è proprio la loro neutralità a garantirci la possibilità di svolgere la nostra missione nei confronti di chiunque ne abbia bisogno. È però vero che proprio la nostra vocazione alla cura di tutti, indipendentemente da sesso, etnia, opinioni politiche o credo religioso, ci impedisce di ignorare azioni "politiche" come il blocco degli aiuti alimentari, la sospensione dell'acqua potabile, la distruzione delle abitazioni, che hanno rilevantissime conseguenze sulla salute della popolazione palestinese.

Bisogna inoltre ricordare che la neutralità degli operatori sanitari è stata misconosciuta in primo luogo dall'esercito israeliano che ha colpito, come mai prima d'ora, gli ospedali e il personale sanitario. L'Organizzazione mondiale della sanità e altre agenzie delle Nazioni Unite hanno segnalato almeno 772 attacchi a strutture e personale sanitari, con il 94 per cento degli ospedali distrutti o gravemente danneggiati. È senz'altro vero che in ogni guerra vi sono state vittime tra i nostri colleghi e bombardamenti a tappeto che non hanno certo risparmiato gli ospedali. Basta pensare alle bombe degli alleati su

La lettera al Lancet

[...] This is beyond politics; this is about care. Some say that medical societies must remain apolitical. However, ignoring political issues that affect health means ignoring real barriers to care. Staying silent while pretending to be neutral is, in effect, a form of complicity.
The principle of medical neutrality, grounded in international humanitarian law, does not mean indifference; it obliges us to condemn any erosion of this norm as a threat to both care and ethics. As the World Medical Association's Declaration of Geneva affirms, physicians must act in the interest of humanity, especially in times of crisis.
The Israeli Medical Association urges the provision of medical assistance to all humans indiscriminately. As doctors, we must support all victims of conflict, denounce attacks on medical staff and facilities, and ensure care reaches those in need (appendix).
Let us be remembered for our solidarity, not our silence. This is a decisive moment. Future generations will judge whether we defended life or looked away. Medicine is more than science—it is a moral duty. And when that duty is under threat, silence becomes betrayal.

Alessandro Vitale, Mohammad Abu Hilalb, Andrew A Gumbsd, Amir Szoldf, Umberto Cilloa, Isabella Frigerio
Gaza's healthocide: medical societies must not stay silent
The Lancet, 4 ottobre 2025.

Dresda, se non vogliamo scomodare il ricordo dell'atomica su Hiroshima e Nagasaki. Raramente però, si erano visti attacchi preordinati e consapevolmente diretti contro gli ospedali, le ambulanze, i soccorritori.
Nel corso dell'invasione israeliana di Gaza tutto questo fa invece parte di una drammatica quotidianità. Ne sono esempi – che non scorderemo – l'atroce attacco in due tempi all'ospedale Nasser del 25 di agosto e la drammatica storia di Hind Rajab, la cui voce ha commosso gli spettatori del Festival di Venezia e di tutto il mondo. Una bambina di cinque anni, morta in attesa dei soccorsi che non sarebbero mai arrivati perché l'ambulanza della Mezzaluna Rossa, inviata per lei, è stata distrutta dal fuoco dell'artiglieria israeliana, nonostante poco prima gli stessi israeliani ne avessero autorizzato l'intervento.
Questi attacchi disconoscono e investono frontalmente il principio della neutralità dei medici, sostenuto dalla dichiarazione di Ginevra della World medical association che richiama tutti noi ad agire nel superiore interesse dell'umanità, soprattutto nei momenti di crisi.
Vi sono altre ragioni meno ideali, ma non per questo meno importanti, che rendono utile la protesta dei medici. Nonostante la nostra professione abbia perso la considerazione che aveva un tempo, dobbiamo ricordare che il nostro ruolo sociale è tutt'altro che irrilevante. Abbiamo canali di comunicazione e riferimenti internazionali che ci consentono di ottenere e diffondere informazioni affidabili sui temi di nostra specifica competenza. Abbiamo presenze istituzionali, scriviamo su quotidiani e riviste, e non di rado siamo invitati in televisione. Soprattutto, moltissime persone si fidano di noi e ci considerano, come appunto si diceva più sopra, professionisti al di sopra delle parti le cui opinioni meritano di essere ascoltate con attenzione. Condividere una netta posizione sulla Palestina può indurre anche i rappresentanti di altre professioni a farlo (come è già successo tra i giornalisti, gli avvocati e i magistrati) e influenzare le decisioni di chi ci governa.
La lettera pubblicata su Lancet è stata scritta da sei professionisti sanitari di cui tre nostri colleghi italiani. Non trovo modo migliore per concludere che riproporre ancora una volta le loro parole: "Dobbiamo essere ricordati per la nostra solidarietà, non per il nostro silenzio. Questo è un momento decisivo. Le future generazioni giudicheranno se abbiamo difeso la vita o se ci siamo girati dall'altra parte. La Medicina è più di una scienza, è un dovere morale. E quando questo dovere viene minacciato, il silenzio diventa tradimento".

Il nostro ruolo sociale è tutt'altro che irrilevante. Moltissime persone si fidano di noi e ci considerano professionisti al di sopra delle parti le cui opinioni meritano di essere ascoltate

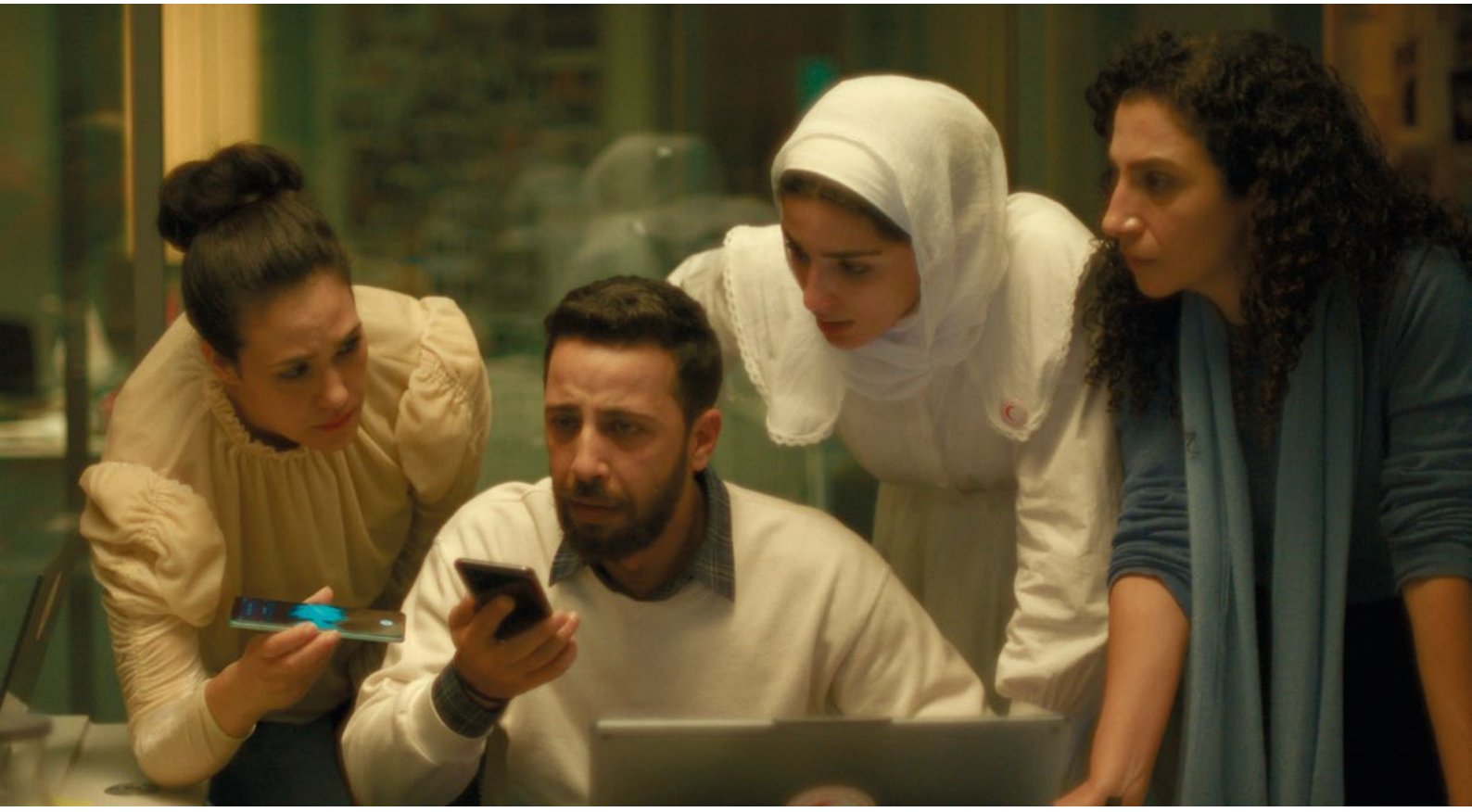
La voce dei bambini di Gaza

Hind Rajab e i bambini palestinesi che invano chiedono aiuto

Maurizio Bonati
Direttore della rivista Ricerca&Pratica

Ventiquattro minuti di applausi per un film di ottantanove minuti, un rapporto di poco più di uno a quattro. Standing ovation al termine della proiezione alle Giornate degli autori e alla cerimonia finale della 82esima edizione della Mostra del cinema di Venezia con l'assegnazione del Leone d'argento Gran premio della Giuria, il secondo posto a *La voce di Hind Rajab*. Fortissima la commozione e tempesta emotiva suscitate dalla visione degli spettrogrammi che percorrono lo schermo e dall'ascolto della voce di Hind. Tutto strano e anomalo, che ci deve far riflettere e, in qualche modo, reagire. Riflettere sulla manifestazione di misericordia e di pietà aggrappate ad una voce, manifestazione di un'intera platea consapevole che non è la reazione ad un espediente della regista, Kaouther Ben Hania, ma della realtà di cui è vittima un intero popolo: oltre 20.000 bambine e i bambini, ragazze e ragazzi palestinesi hanno perso la vita sotto i bombardamenti dalle forze israeliane a Gaza, uno ogni ora dall'ottobre 2023. È come se ogni giorno morisse un'intera classe: una catastrofe umanitaria. Questo docufilm è un modo di restituire visibilità ad una moltitudine annientata attraverso la voce di una vittima, una tratta dal mucchio dei morti. Abilità della regista nel catturare lo "sguardo" degli spettatori attraverso una voce, ma non solo, e gliene è stato giustamente dato merito; è anche l'attenzione e la necessità di comprendere di spettatori in gran parte disorientati.

A fine gennaio 2024, mentre è in corso l'offensiva "Spade di ferro", lanciata da



La voce di Hind non è stata doppiata, è la sua voce. È la voce di Gaza, quella che gli israeliani vogliono silenziare

Israele nella Striscia di Gaza, l'auto su cui viaggia Hind, bambina palestinese di 6 anni, insieme ad altri cinque familiari, viene crivellata di colpi: 355 pallottole che trasformano il veicolo in una massa di lamiere contorte. Stanno fuggendo, mentre la mamma di Hind e i fratelli più grandi sono scappati a piedi. Hind è l'unica sopravvissuta e cerca più volte di contattare i servizi di emergenza con il cellulare, finché non si stabilisce un contatto stabile con il sistema di soccorso della Mezzaluna Rossa, situato a 80 chilometri da Gaza, che coordina gli interventi laddove serve aiuto. Dall'altro capo del telefono, i soccorritori della Mezzaluna Rossa cercano di calmarla e assisterla, mentre chiedono all'esercito israeliano il permesso di raggiungerla. Un'ambulanza dista solo otto minuti dall'auto, viene ripetuto più volte, ma il rispetto delle procedure esige il suo tempo. Per tre ore Hind resta al telefono, fino a quando la chiamata viene bruscamente interrotta, dopo aver ripetuto più volte: "Ho così paura, per favore venite". Nel frattempo l'ambulanza viene inviata ma viene a sua volta distrutta, uccidendo i paramedici che erano a bordo.

Dopo dodici giorni, una squadra della protezione civile palestinese ha raggiunto la zona trovando le vittime e l'auto. A soli cinquanta metri giaceva l'ambulanza carbonizzata. Sebbene alcune inchieste giornalistiche, tra cui quelle di The Washington Post and Sky News, e il lavoro del gruppo indipendente di ricerca inglese "Forensic Architecture" abbiano identificato con alta probabilità il carro armato che ha fatto fuoco sull'auto e sull'ambulanza dei soccorritori, e anche il militare a capo del mezzo, le forze armate israeliane (Idf) non hanno mai ammesso la propria responsabilità.

Kaouther Ben Hania, regista tunisina e attivista politica, in corsa per gli Oscar 2024 con il docufilm *Four Daughters* – che racconta la storia di quattro sorelle, due delle quali si uniscono all'Isis – è riuscita, prima del Washington Post, a ottenere le registrazioni. Contrariamente ai circa tre anni normalmente necessari per realizzare un film, il docufilm è stato prodotto e presentato alla Mostra di Venezia in circa un anno, "perché assecondare il silenzio è rendersi complici".

La voce di Hind non è stata doppiata, è la sua voce, è la voce di Gaza, quella che gli israeliani vogliono silenziare. I volontari sono interpretati da attori che, in entrambi i ruoli, piangono alternandosi al telefono per "trattenere" Hind. Un film a metà tra documentario e fiction, che però rende partecipe lo spettatore dell'impotenza dei volontari della Mezzaluna Rossa, e anche dell'impotenza di tutti noi, di una responsabilità condivisa, del silenzio o della denuncia tardiva, dello stare a guardare troppo a lungo.

Hind amava andare sulla spiaggia di Gaza City a giocare con il fratello, quella che Trump e i sodali vogliono trasformare in una riviera. Kaouther Ben Hania sceglie di chiudere il film con la sequenza dei bambini che giocano sulla spiaggia: un *knock out* finale per lo spettatore.

La giuria di Venezia 82 avrebbe potuto osare di più assegnando il Leone d'oro a *La voce di Hind Rajab*, invece che a *Father Mother*

Sister Brother di Jim Jarrmusch, un film senza pretese se non quelle di mediare con il pubblico e il mercato internazionale, in particolare quello americano in vista dei prossimi Oscar. *La voce di Hind Rajab* concorrerà tra i titoli internazionali con il buon viatico anche dei suoi produttori (in particolare i famosi Brad Pitt e Joaquin Phoenix). Sarà comunque il botteghino dei prossimi mesi a incidere sull'esito finale. Bisogna quindi andare a vederlo e invitare altri a farlo (anche, purtroppo, acquistando la visione sulle piattaforme digitali).

Ma è possibile fare altro come segno di solidarietà al popolo della Palestina? Negli ultimi mesi, i tentativi si sono moltiplicati: alcuni gesti di "semplice" testimonianza o protesta, altri più diretti. A Gaza quasi duemila operatori sanitari sono stati uccisi, trecento incarcerati; tutti i 36 centri sanitari sono stati colpiti e solo un paio risultano ancora funzionanti – seppur in modo insufficiente. La presenza di volontari sanitari di organizzazioni internazionali è limitata e osteggiata dal governo e dall'esercito israeliani. Come comunità sanitaria internazionale ancora una volta si è in ritardo. Solo la Società internazionale di nefrologia contempla nel suo organigramma la cooperazione e la disponibilità di operatori per interventi in zone di conflitto. Altre società e associazioni di categoria potrebbero attivarsi, testimoniando una solidarietà attiva.

Nel corso degli ultimi mesi alcune centinaia di bambini palestinesi sono arrivate in Italia per essere curati, anche in Piemonte al Regina Margherita: un importante impegno e testimonianza. Ma oltre all'occasionalità dell'emergenza, all'impatto mediatico, quale il futuro per questi bambini che sono stati accolti? E quelli rimasti? Per quelli già pazienti cronici, per quelli sopravvissuti e ora diventati pazienti cronici perché mutilati o privati della serenità mentale, cosa è possibile fare? Cosa possiamo fare come operatori sanitari italiani, oltre che cittadini? Cosa ci insegna questa tragica fase del cronico crimine contro l'umanità?

Ecco, andare a vedere e "sentire" *La voce di Hind Rajab* pone anche queste domande. È anche questo il compito di un buon film. Come ha detto la regista Ben Hania alla premiazione, si tratta di "ascoltare le grida delle persone a cui nessuno risponde. La voce di Hind è la stessa di Gaza. Il cinema ci dà coraggio, lei non c'è più ma la sua presenza è ancora qui, è nella sua voce, e risuonerà finché non ci sarà giustizia". ◢

Cosa possiamo fare come operatori sanitari italiani, oltre che cittadini? Cosa ci insegna questa tragica fase del cronico crimine contro l'umanità? Andare a vedere e "sentire" *La voce di Hind Rajab* pone anche queste domande

La voce di Hind Rajab

Regia: Kaouther Ben Hania

Con: Saja al-Kilani, Clara Khuri, Mu'tazz Milhis, 'Amir Hulayhil

Tunisia, Francia, Regno Unito, Stati Uniti d'America, 2025

Durata: 89'

Dall'Africa alla Valle di Susa: i volti nascosti delle grandi crisi

Intervista a

Paolo Narcisi

Medico rianimatore al CTO di Torino
Presidente di Rainbow4Africa

A cura di
Sara Strippoli

Ufficio stampa OMCeO Torino

Non solo Gaza. In Africa si muore: circa 60 Paesi nel mondo sono coinvolti in conflitti. Solo in Sudan si contano milioni di vittime, con massacri e stupri persino all'interno degli ospedali; la carestia sta decimando l'Eritrea, e in Tanzania e in Kenya si continua a morire. Le grandi crisi internazionali provocano migrazioni: persone in transito che si spostano in cerca di una vita migliore. Ne arrivano migliaia ogni mese al confine con la Francia, al Rifugio Fraternità Massi di Oulx. Ne abbiamo parlato con **Paolo Narcisi**, pinerolese, volontario da anni, medico rianimatore al CTO di Torino e presidente di Rainbow4Africa. Negli ultimi cinque anni, alle missioni nel continente africano si sono aggiunte quelle in Alta Valle di Susa, diventata specchio degli orrori del mondo.

Quali sono i numeri dei passaggi di stranieri in transito al confine con la Francia?
Al Centro di Oulx, a ottobre, sono passati 1716 stranieri, in gran parte provenienti dal Sudan e dall'Eritrea. A settembre erano 1977, e i numeri restano più o meno simili; prima dell'estate si superavano anche i 2000 al mese. A ottobre abbiamo effettuato 400 visite. Le patologie di cui soffrono sono strettamente legate al viaggio che hanno alle spalle e alle sofferenze subite nei loro Paesi d'origine. Se prendiamo come riferimento gli oltre 1700 di ottobre, 876 arrivavano dal Sudan e 446 dall'Eritrea: il primo è un Paese in guerra, l'altro è colpito da una carestia gravissima. Quindi chi arriva dall'Eritrea è generalmente sottopeso e alcuni presentano patologie respiratorie legate alla malnutrizione. Dal Sudan curiamo uomini e donne, molti dei quali hanno subito torture. Quasi tutti sono passati attraverso la Libia, dove hanno subito ulteriori violenze. E poi c'è il viaggio in mare, con tutto quello che comporta. Le malattie che vediamo sono le più varie.

Uomini e donne, anche bambini?
Ci sono anche famiglie. Diciamo che per il 7-8 per cento sono donne, e la maggior parte di loro non viaggia da sola, ma con i bambini e il compagno. Ci sono moltissimi minori non accompagnati, circa il 16 per cento del totale. Ad esempio, sempre a ottobre, 274 minori non accompagnati sono passati dal Rifugio.

Come è organizzata e ripartita l'accoglienza nei diversi ruoli?
L'associazione si occupa dell'accoglienza, diciamo così, "alberghiera", mentre noi gestiamo la parte sanitaria. La Diaconia Valdese cura la parte legale, offrendo consigli per eventuali accompagnamenti e per la richiesta di asilo. Nel centro ci sono dagli 80 ai 120 posti letto certi all'interno della struttura muraria, con la possibilità

di aumentarli grazie ad alcuni moduli abitativi collocati nel giardino. Ma ci sono stati momenti in cui abbiamo ospitato anche 230-240 persone, soprattutto nell'autunno dell'anno scorso; in quei casi, la gente dormiva per terra, ovunque ci fosse spazio disponibile. A tutti viene dato da mangiare e vengono consegnati vestiti adatti alla montagna, perché molti arrivano senza aver mai visto la neve in vita loro, senza sapere cos'è una montagna. Arrivano dal deserto con gli stessi abiti con cui sono partiti.
Tutti i giorni è attivo un ambulatorio con un medico, e tutte le notti c'è assistenza infermieristica. Lavorano medici e infermieri, insieme ai dipendenti dell'associazione Talita Kum e agli operatori che si occupano di cucina e pulizie. Poi ci sono circa cinquanta volontari — forse anche di più — che aiutano con le pulizie, cucinano, tengono compagnia e fanno giocare i bambini. C'è una grande risposta anche da parte della società civile che partecipa attivamente alla gestione del Rifugio. Cerchiamo di curare il più possibile all'interno dell'ambulatorio, con ecografie per le donne in gravidanza – che sono numerose – ed elettrocardiogrammi. Spesso, però, è necessario fare riferimento agli ospedali di Susa e Rivoli, dove abbiamo ottime collaborazioni, e questo grazie all'intervento della Croce Rossa di Susa, che si occupa sia del trasporto verso il Rifugio quando le persone vengono respinte dai francesi, sia del trasferimento agli ospedali della Bassa Val di Susa.

Chi finanzia questa grande organizzazione capace di accogliere numeri così alti di immigrati?
Tutto il mondo valdese è molto attivo; c'è la Fondazione Magnetto. In passato c'erano finanziamenti del Comune di Oulx (Ulzio) e di Bardonecchia, soldi erogati dalla Prefettura, risorse che servivano soprattutto per il mantenimento del Centro e andavano all'associazione Talita Kum, che ha la gestione operativa: cibo, bollette e tutto il necessario. Immagini cosa vuol dire scaldare e illuminare d'inverno una struttura così grande a Ulzio. Riceviamo anche aiuti dalle fondazioni bancarie: l'anno scorso, ad esempio, abbiamo potuto acquistare un mezzo importante per il trasporto dei migranti e dei volontari. In questa fase, di sicuro, i donatori privati hanno il peso maggiore. La parte pubblica, invece, è completamente assente: non c'è alcun contributo né da parte della Prefettura né dei Comuni. Per i medicinali ci sostiene il Banco Farmaceutico.

Il Rifugio Fraternità Massi di Oulx

Quanto costa un centro come quello di Ulzio?
Non meno di 700.000 euro all'anno.

I passaggi di migranti continuano ad aumentare?
Non c'è mai stata una diminuzione dei passaggi, semmai un aumento. Noi osserviamo le grandi crisi internazionali e sappiamo che, nei mesi successivi, i flussi crescono. Ad esempio, dopo il Ferragosto di Kabul, a distanza di sei mesi dall'abbandono di Kabul da parte degli occidentali, sono arrivati moltissimi afghani. Sei-otto mesi dopo lo scoppio della guerra civile in Su-

dan, hanno cominciato ad arrivare sudanesi, e poiché il conflitto continua i flussi non si interrompono. La guerra in Ucraina non ha generato grandi arrivi perché il percorso dei profughi era diverso, ma il Corno d'Africa ha subito una grave carestia a causa della mancanza di grano ucraino, e così sono gli africani a partire. Noi sappiamo che quando il telegiornale dà la notizia di una crisi grave nel mondo abbiamo picchi importanti, i numeri crescono e poi, piano piano, si stabilizzano. Da Gaza, invece, non arriva nessuno perché è chiusa; se fosse possibile uscire, i profughi sarebbero arrivati a migliaia.

Rainbow4Africa aveva in programma una partenza a ottobre 2023, è così?
Sì, una missione era pronta a partire il 14 ottobre. A differenza di altri Paesi africani in cui operiamo, il livello degli ospedali all'interno della Striscia di Gaza è molto più elevato, quindi il nostro supporto è diverso: per esempio, ci concentriamo soprattutto sulla formazione in ambito chirurgico. All'improvviso, con l'attacco del 7 ottobre, tutto si è fermato, e ora siamo in lista d'attesa per poter tornare con i nostri team non appena sarà possibile.

La mobilitazione per Gaza è stata imponente, gli operatori sanitari hanno lanciato messaggi da tutta Italia in solidarietà ai loro colleghi e alle vittime del genocidio. Molto o nulla, invece, si parla delle altre guerre che stanno decimando intere popolazioni.
È così, ed è uno dei nostri grandi crucci e una delle battaglie che stiamo portando avanti: dare più visibilità a tutte le guerre perché è per noi fondamentale che la protesta per la tutela della vita dei civili, da Gaza all'Ucraina, non resti isolata ma venga estesa a tutti i conflitti. Il Sudan, ad esempio, sembra non interessare a nessuno, e noi stiamo lavorando con la comunità sudanese di Torino per organizzare container e la partenza di un team chirurgico, non appena le autorità ci indicheranno un luogo sicuro dove poter prestare assistenza. Probabilmente in Sudan ci sono il doppio dei morti rispetto a Gaza, con 18 milioni di profughi interni ed esterni: persone costrette a lasciare il proprio Paese, la propria città e il proprio villaggio per spostamenti interni. La violenza contro i civili ha superato persino le cifre e gli episodi riportati a Gaza: interi villaggi sono stati incendiati, lo stupro è diventato un'arma di distruzione di massa e le donne vengono abusate e poi uccise davanti ai loro figli. La scorsa settimana, all'interno di un ospedale, sono state massacrate 460 persone: siamo di fronte alla forma più estrema di ciò che si definisce crimine di guerra. Un bombardamento può ancora essere interpretato come un tragico errore; in questo caso, invece, i miliziani sono entrati nell'ospedale e hanno stuprato e ucciso con il machete pazienti e personale sanitario. Ma tutto questo orrore viene ignorato dai mezzi di comunicazione: Internet, radio e giornali non ne parlano.

Cosa si può fare? Sensibilizzazione, risorse. Cos'altro?
Servono risorse, senza dubbio. Partiamo dal nostro territorio, sapendo che il discorso si estende poi a tutta l'Italia. Per quanto riguarda ciò che possiamo fare localmente, cominciamo dall'Ordine dei Medici, in un confronto già avviato con il presidente Guido Giustetto: l'obiettivo è sensibilizzare i colleghi che possono offrire supporto sia in Val di Susa sia a Torino, dove è attivo il progetto Torino Street Care. Sono coinvolte associazioni come Rainbow4Africa e Camminare Insieme, che forniscono assistenza alle persone che vivono in strada, senza fissa dimora e, più recentemente, anche a chi è vittima della

Una delle battaglie che stiamo portando avanti è dare più visibilità a tutte le guerre perché è per noi fondamentale che la protesta per la tutela della vita dei civili venga estesa a tutti i conflitti

dipendenza da droga. Il crack, in particolare, è diventato un problema gravissimo a Torino: decine, forse centinaia di persone vivono in tende, fabbriche abbandonate o luoghi come l'ex piscina Sempione occupata in ogni spazio, dagli ex spogliatoi a qualunque angolo disponibile, da persone dipendenti dal crack. Molti sono italiani e tante sono donne, anche molto giovani. È una piaga enorme che si somma all'aumento delle patologie psichiatriche nel post-covid e alla difficoltà delle famiglie di assistere i malati, che in molti casi finiscono anch'essi per strada. È dunque importante sensibilizzare i nostri colleghi perché possano darci una mano a Torino: avremmo bisogno anche del supporto di psichiatri abituati a lavorare con persone che non sono i "classici" pazienti che vanno in studio o in ambulatorio, ma uomini e donne con disturbi psichiatrici che vivono in strada e diventano vittime di dipendenze e che richiedono un approccio completamente diverso perché pluripatologici. E poi, naturalmente, servono risorse economiche per continuare i progetti di cooperazione in Africa. È appena rientrato un nostro team dal Malawi, uno dei Paesi più belli ma anche più poveri del mondo: per 20 milioni di abitanti ci sono 400 medici, cioè un medico ogni 50.000 persone. Si può immaginare cosa significhi. Continuiamo a lavorare in Tanzania, in Kenya, in Sierra Leone e proseguiamo – e continueremo – anche in Italia, al confine con la Francia e a Torino.

L'impegno con Rainbow4Africa e il Centro di Oulx le consente di fare ancora il medico?
Se si dorme poco si riesce a fare tante cose. Io continuo a lavorare come rianimatore al Centro traumatologico ortopedico di Torino. il pronto soccorso rimane la mia casa. Sono il responsabile dei medici dell'azienda Città della salute e della scienza che lavorano sui mezzi del 118. Nel resto del tempo cerco di coordinare le attività di Rainbow4Africa e, come presidente, uno dei miei compiti principali è proprio quello di trovare risorse. Quanto poi riesco a prendermi una vacanza, cerco di andare in Africa a lavorare in una sala operatoria.

Quando è iniziato il suo lavoro come volontario?
Nel 1995, con la Croce Rossa Internazionale. Ero appena specializzato quando un collega più anziano mi propose di partire per Sarajevo come anestesista: quella è stata la mia prima missione e di lì ho continuato. Poi, nel 2009, con un gruppo di colleghi e amici abbiamo fondato Rainbow4Africa.

L'impegno nel volontariato in Italia è in calo?
Sicuramente sì. Lo vediamo, ad esempio, nelle ambulanze: autisti e barellieri sono sempre più spesso persone anziane. Fare il volontario è più semplice quando si hanno certezze economiche; se si hanno problemi economici è meno probabile potersi dedicare al volontario. Il disagio giovanile e la difficoltà a trovare lavoro hanno inevitabilmente ricadute anche sull'impegno come volontari. Inoltre, molti medici, che in Italia vengono spesso poco valorizzati ma all'estero trovano condizioni migliori, finiscono per andare via... E a quel punto chissà se poi scelgono di partire per fare i volontari in Africa.

Rainbow4Africa

È un'associazione senza fini di lucro impegnata nella promozione dello sviluppo sostenibile del continente africano. Opera in ambito sanitario con l'obiettivo di migliorare la qualità, la specificità e l'accessibilità dei servizi.
L'impegno principale è rivolto alla formazione professionale del personale locale.
Per chi volesse dare un contributo con bonifico:
Intestato a Rainbow4Africa
Iban: IT16A0306909606100000116065

Oltre la chirurgia, oltre le cicatrici **per un diritto alla vita**

Nel cuore di Fort Portal, una piccola città dell'Uganda, come in altre città del Congo e del Benin, un gruppo di volontarie e volontari – operatrici e operatori sanitari – sta cambiando le vite di centinaia di bambini e adulti grazie alla chirurgia plastica ricostruttiva, una pratica che restituisce dignità e speranza al loro futuro

Raffaella Ronchetta
Giornalista

Era il 2012 quando a Torino nasceva **Cute Project Onlus**, un'associazione di volontariato che ha deciso di non limitarsi a curare i corpi, ma di cambiare il destino di chi vive in un mondo dove le ustioni rappresentano una delle principali cause di invalidità – spesso invisibile agli occhi del mondo – e dove è difficile accedere alle cure più basilari. Da allora, Cute Project ha operato più di 1200 pazienti tra Congo, Uganda e Benin, svolgendo gratuitamente attività chirurgiche per la cura delle ustioni e degli esiti cicatriziali e, contestualmente, formando il personale sanitario locale nell'ambito della chirurgia plastica ricostruttiva, con un indirizzo specifico rivolto alla cura delle ustioni e dei loro esiti.

Restituire il movimento, restituire la vita

Le ustioni rappresentano un'emergenza sanitaria in molte regioni del mondo e sono una delle principali cause di invalidità. In particolare, i bambini sono i più vulnerabili: spesso subiscono gravi ustioni a causa di incidenti con il fuoco utilizzato per cucinare o riscaldarsi. Per loro questi interventi non sono solo una questione estetica, ma una necessità vitale.
Grazie agli interventi di Cute Project, molti hanno riacquistato la possibilità di muoversi, mangiare, giocare e tornare a vivere una vita normale. Le manine si sono riaperte, le braccia si sono liberate dal busto, le gambe hanno ripreso a correre.
"Nei Paesi africani più poveri c'è grande necessità di chirurgia plastica ricostruttiva" racconta Daniele Bollero, presidente di Cute Project e chirurgo plastico al CTO di Torino. "Non esiste una formazione specifica: i pazienti ustionati o incidentati non ricevono cure adeguate, e questo porta alla formazione di cicatrici retraenti e all'inabilità".
Oltre al trattamento delle ustioni, l'associazione si occupa anche di malformazioni congenite e cicatrici post-infettive, come quelle causate da aggressioni con acido — un trauma che in Africa ha conseguenze

devastanti non solo sul corpo, ma anche sull'identità e sull'integrazione sociale della persona. La chirurgia plastica ricostruttiva offre una seconda possibilità a queste vittime, restituendo loro la dignità e una speranza per il futuro. "In questi anni abbiamo realizzato diverse missioni, con attività chirurgica, medica, fisioterapica e formazione teorico-pratica" prosegue Bollero. "Fra le tante: trattamento chirurgico e medicazioni di ustioni e cicatrici, bendaggi, utilizzo di apparecchiature per il trattamento delle perdite di sostanza, tecniche di riabilitazione nei pazienti con cicatrici post-ustione. Nelle diverse missioni ogni anno lasciamo materiale da medicazione, farmaci, strumenti chirurgici e medici e rimaniamo in contatto con il personale locale che segue i pazienti trattati".

Un impatto che dura: formazione e continuità

Le missioni umanitarie di Cute Project non sono mai solo interventi chirurgici, ma si basano su un approccio integrato che unisce chirurgia e formazione. Ogni missione prevede sessioni formative teoriche e pratiche, sia in aula che in sala operatoria, dove medici e infermieri apprendono tecniche avanzate di trattamento e chirurgia plastica ricostruttiva, così che il personale locale diventi autonomo nel proseguire le cure dei pazienti operati.
Ogni missione coinvolge un gruppo composto da chirurghi, anestesisti, infermieri e fisioterapisti, ma anche esperti di comunicazione e un'artista-fotografa, per garantire che l'impatto del lavoro vada oltre il periodo di permanenza del gruppo di volontari e volontarie.
In Uganda, all'ospedale di Fort Portal, ci sono Daniele e Silvia, Vincenzo e Loredana, Edris e Diana, Fabrizio e Dorina, Francesca, Patricia, Jennifer e le infermiere ugandesi, Prossy e Doreen. Alcuni restano chiusi in sala operatoria tutto il giorno, escono solo la sera. E poi c'è Monica, che fotografa, racconta, si muove nell'ospedale come fosse casa sua, chiacchiera con i pazienti, accarezza le teste dei bimbi.
L'ospedale di Fort Portal è una struttura semplice: il materiale utilizzato abitualmente in sala operatoria è "vecchio", non adatto a progredire nelle tecniche chirurgiche. Per questo Cute Project spedisce dall'Italia circa 700 chilogrammi di materiali: ferri chirurgici, teli operatori, elettrobisturi, respiratori, farmaci anestetici, antibiotici e antidolorifici. Il primo giorno di missione si allestisce la sala operatoria, poi si inizia a operare.
Durante l'ultima missione, nel mese di febbraio, sono stati operati 79 pazienti, di cui 43 in anestesia generale e 36 in anestesia locale, con una prevalenza di bambini e giovani. La maggior parte degli interventi ha riguardato cicatrici retraenti post-ustione, che impedivano la mobilità. Per molti, semplici azioni quotidiane co-

Le attività di Cute Project in Italia

Altro pilastro del lavoro di Cute Project è la formazione. In Italia l'associazione ha ideato nel 2016 il laboratorio "Cuty Firephant", dedicato a sensibilizzare i bambini e le famiglie sul rischio di ustioni. Attraverso semplici e chiare vignette illustrate dell'elefantino Cuty Firephant vengono raccontate al bambino le più comuni scene dove può succedere l'ustione. Il bimbo colorando la vignetta impara divertendosi. Ogni anno, più di mille bambini della scuola dell'infanzia ed elementare sono coinvolti in queste attività formative, che li educano a riconoscere i pericoli legati al fuoco e a evitare incidenti domestici.
Cute Project, inoltre, gestisce un ambulatorio gratuito di chirurgia plastica, riservato a persone che non hanno accesso alle cure a causa di difficoltà economiche o di marginalità sociale. Questo ambulatorio, situato a Torino presso l'Arsenale della Pace, offre trattamenti a chi altrimenti sarebbe escluso dal sistema sanitario nazionale, aiutando a restituire dignità e qualità della vita a chi vive nell'ombra della società.

me aprire una mano, sollevare un braccio o camminare erano impossibili.
Le giornate iniziano e finiscono in ospedale, dalle nove del mattino fino a sera inoltrata. Non ci sono orari: si va a casa quando si è finito. L'ospedale è un piccolo villaggio. Nei prati, sotto le passerelle, vicino ai reparti, nella cucina o nelle aree adibite al bucato, i familiari dei pazienti – soprattutto le donne – si occupano di tutto: cucinano, lavano, stendono al sole. Soprattutto aspettano, di sapere, di capire, di avere notizie.
In mezzo a quella moltitudine colorata e dolorante arriva il personale di Cute: veloce, attento, empatico. Il loro arrivo o, meglio, il loro ritorno, è quasi una festa, fatta di abbracci, attesa, sorrisi, e di gratuità di saperi e competenze.

Esther, Collin e gli altri: volti di una rinascita a Fort Portal nell'ultima missione di Cute Project

La cicatrice ha molti vissuti: è il ricordo del trauma, è la disfunzionalità che lo accompagna, è dolore, è alterazione della percezione del corpo e, talvolta, dell'intera persona. Il chirurgo plastico, grazie alla sua capacità di coniugare funzionalità ed estetica, prova a ridare nuova forma al trauma, al dolore, del corpo e della mente, aiutando il paziente a superare quanto subito.
Dietro ogni numero c'è una storia di sofferenza e speranza. Come quella di Esther, vittima di un'aggressione con acido da parte della seconda moglie del marito. Il suo volto racconta la brutalità di un gesto, ma anche il potere della chirurgia nel restituire un po' di normalità. Porta una parrucca, una mascherina. Si nasconde. Ha chiesto che le venissero sistemati proprio gli occhi, la prima parte del volto che tutti vedono, e il dottor Edris Kalanzi, medico ugandese formatosi in Italia, questo ha fatto. I suoi occhi ora non fanno più paura. Avrà bisogno di altri interventi, forse tornerà nelle prossime missioni, forse no.
L'ultimo giorno di missione arriva Collin, un bambino di nove anni che lo scorso anno aveva il braccio attaccato al busto, a causa dell'esito di una cicatrice da ustione. Dopo un intervento chirurgico complesso, e un periodo difficile per una polmonite post-operatoria, Collin è riuscito a recuperare la mobilità e a tornare alla vita. È tornato per salutare i medici che lo hanno operato; presto sarà pronto per un nuovo intervento, per trattare la cicatrice che ancora gli impedisce di muovere liberamente il collo. Un risultato che sarebbe stato impossibile senza il lavoro del team locale, che continua a seguire i pazienti anche dopo la partenza del gruppo di Cute Project.
Molti altri bambini, come Samuel e Raham, hanno beneficiato degli interventi di Cute Project, riacquistando la funzionalità e migliorando la loro qualità di vita. Altri, troppo piccoli ancora, dovranno aspettare la prossima missione. Le mamme, arrivate anche da molto lontano, ci contano: e quando Cute Project tornerà, saranno sedute sul prato dell'ospedale di Fort Portal, davanti alla sala visite, sperando che sia il turno del loro bimbo o della loro bimba.
Ogni cicatrice racconta una storia, ma non tutte devono finire nello stesso modo.

Cute Project richiede risorse significative per operare. È sostenuto da donazioni private, fondi 8×1000 della Chiesa Valdese e partner come Flying Angels Foundation (che copre i costi logistici delle missioni mediche). L'organizzazione fa appello a contributi di qualsiasi entità per continuare la propria attività: ogni contributo può fare la differenza È possibile effettuare una donazione via bonifico bancario o PayPal (tutti i dettagli sul sito).
Per il 5×1000: codice fiscale 97778830014

Perché la salute mentale **deve diventare una priorità**

Numeri e realtà che chiedono più attenzione

Nerina Dirindin
Coripe Piemonte
Associazione Salute Diritto Fondamentale

Da sempre, la salute mentale è uno dei settori più trascurati dai sistemi sanitari. Sottovalutata dalle politiche pubbliche e ignorata dal settore privato, la salute mentale riceve solo una minima parte dell'attenzione e delle risorse di cui ha bisogno. Il risultato è che troppe persone soffrono in silenzio, subiscono violazioni dei diritti fondamentali, sono escluse dalla vita comunitaria, sopportano stigma e discriminazioni, sono mortificate da servizi inaccessibili e sono accolte in strutture per lo più degradate. Ciò succede in tutti i Paesi del mondo, nonostante l'impegno di molti professionisti costretti ad adeguarsi alla povertà dei sistemi in cui operano.

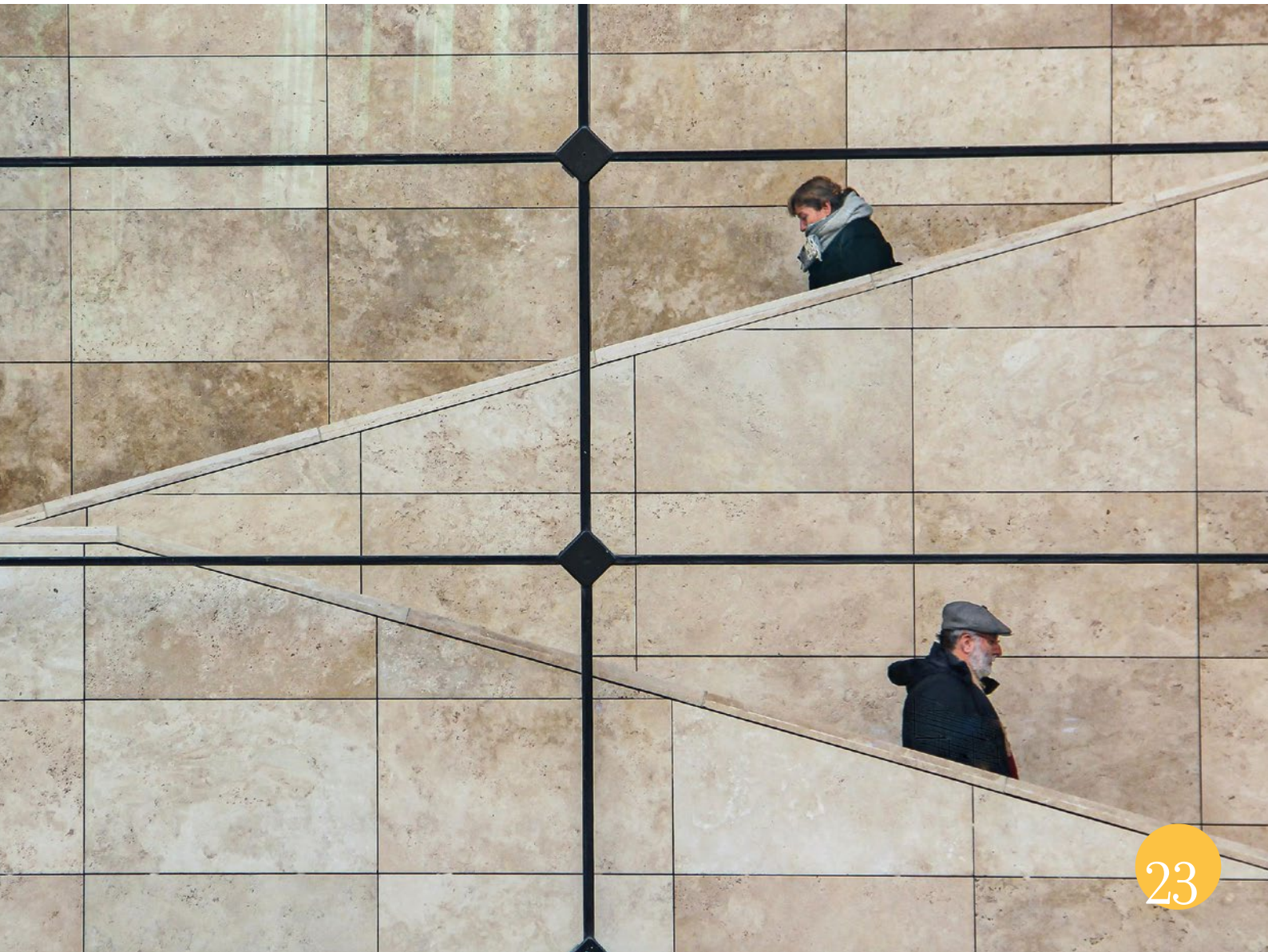
Eppure, i disturbi mentali sono un'importante componente della salute generale: colpiscono moltissime persone (si stima una persona su otto, a livello mondiale), sono causa di mortalità precoce (le persone con problemi di salute mentale presentano tassi di mortalità 2-3 volte superiori a quelli della popolazione generale), producono un pesante carico di malattia e disabilità (i disturbi mentali, neurologici e da abuso di sostanze rappresentano il 10 per cento di tutti gli anni di vita persi in buona salute, *daly*), colpiscono sempre più diffusamente i giovani (oltre il 14 per cento degli adolescenti di età compresa tra 10 e 19 anni) e frenano la crescita economica e sociale (aggravando la povertà e le condizioni di svantaggio).[1]

La sottovalutazione della salute mentale si riscontra anche nelle informazioni disponibili: i flussi informativi e gli studi scientifici sono in tutto il mondo piuttosto limitati, soprattutto se paragonati a quelli che riguardano altre patologie. Per avere un'idea delle dimensioni dei disturbi mentali dobbiamo rassegnarci a utilizzare stime e dati parziali, fortunatamente sistematizzati da qualche organismo internazionale, in particolare dall'Organizzazione mondiale della sanità. Anche per l'Italia i dati epidemiologici e sulle attività svolte dal Servizio sanitario nazionale soffrono di molte lacune (riguardano ad esempio esclusivamente gli adulti), anche se costituiscono un prezioso patrimonio conoscitivo.[2]

Ma perché tanta disattenzione alla salute mentale?

Come per tutte le patologie che beneficiano poco dello sviluppo tecnologico e farmacologico, la salute mentale non ha sponsor: le cure non consentono di salvare vite umane chiaramente riconosciute dai decisori e dai media; l'efficacia dei lunghi trattamenti è difficilmente misurabile; la complessità dell'assistenza raramente consente ai professionisti di fare brillanti carriere; l'impegno richiesto agli operatori è particolarmente gravoso sotto il profilo umano oltre che professionale; la ricerca scientifica non garantisce risultati immediatamente spendibili a fini concorsuali. Non va inoltre dimenticato che i disturbi mentali colpiscono soprattutto i più vulnerabili (i tassi di prevalenza sono molto più elevati fra i disoccupati, le persone con disabilità fisica, le donne[3]), ovvero proprio quelle persone

che non hanno voce e di cui è difficile prendersi cura.
Con riguardo all'Italia, i confronti internazionali ci restituiscono l'immagine di un Paese che, nonostante le tante difficoltà che ha dovuto affrontare nel corso dei decenni, ha saputo fare scelte coraggiose e di grande valenza etica. La chiusura dei manicomi e l'organizzazione di una rete di servizi territoriali (ancora incompiuta) hanno ridato libertà e dignità alle persone e permesso di utilizzare in modo più razionale le poche risorse disponibili. Ne sono conferma alcuni dati poco conosciuti: l'Italia ha uno dei più bassi tassi di ricovero per disturbi mentali e comportamentali dell'intera Europa (7 volte inferiore a quello della Germania e 5 volte più basso di quello della Francia), la più bassa dotazione di posti letto psichiatrici (un decimo della media europea, solo il 6 per cento di quelli della Germania) e una delle più basse spese per la salute mentale (grosso modo un terzo di quella della Germania e della Francia).[4,5] La maggior spesa di molti Paesi è in gran parte dovuta all'ampio utilizzo degli ospedali psichiatrici, drasticamente ridotta in Italia con la chiusura dei manicomi, anche se il nostro Paese non ha saputo adeguare le risorse destinate all'assistenza territoriale, ancora molto carenti.
Dobbiamo infatti riconoscere che la realtà italiana presenta numerose criticità: ampie disuguaglianze fra Regioni e all'interno delle stesse, diffusa carenza di professionisti e di risorse economiche, approccio ancora legato al modello psichiatrico anziché a quello biopsicosociale, scarsa attenzione alle nuove forme di disagio (in particolare di quelle che colpiscono gli adolescenti), sviluppo della rete territo-



Investire nella salute mentale fa progredire la salute delle comunità, contribuisce a porre fine a violazioni dei diritti umani e favorisce lo sviluppo sociale ed economico dei territori

riale a macchia di leopardo, carente assistenza all'interno delle carceri, impiego di forme di contenzione che ledono la dignità di chi la riceve e di chi la prescrive. Non mancano piccole ma significative esperienze che, grazie all'impegno di singoli gruppi di professionisti, continuano a prendersi cura della persona nella sua globalità, praticano orari di apertura non limitati a poche ore al giorno e a pochi giorni alla settimana, si impegnano a non legare i ricoverati nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura (Spdc),[6] raggiungono ove necessario le persone al loro domicilio, ascoltano e coinvolgono i pazienti e i familiari nelle scelte che li riguardano. Ancora troppo poco, ma sufficiente per fornire un orizzonte di speranza.

In questo panorama, qual è la situazione della salute mentale in Piemonte?

La situazione è molto preoccupante, sotto molti profili. Da alcuni anni il Piemonte destina alla salute mentale meno risorse rispetto al resto del Paese: circa 67 euro per persona nel 2022 (ultimo dato disponibile), il 6,3 per cento in meno rispetto ai valori medi nazionali. Il divario è cresciuto nel corso degli anni con solo una lievissima flessione nel 2022. In valore assoluto, la Regione Piemonte spende 245 milioni di euro, corrispondenti al solo 2,7 per cento del Fondo sanitario regionale, a fronte di una media nazionale del 3 per cento. Si ricorda che nel 2001 la Conferenza dei presidenti delle Regioni assunse l'impegno di raggiungere il 5 per cento del Fondo sanitario regionale.

Ancora più eclatante è la situazione del personale, la cui dotazione è nel 2023 inferiore di un terzo rispetto alla media nazionale: 39,7 professionisti ogni 100.000 abitanti, contro una media nazionale di 58,3. Inoltre, l'evoluzione della dotazione di personale è in controtendenza rispetto al resto del Paese: dal 2019 al 2023, la dotazione è diminuita del 6,5 per cento in Piemonte mentre nel resto del Paese è aumentata del 2,6 per cento.

Emergono altri dati preoccupanti: la forte presenza di posti letto residenziali (il 55 per cento in più della media nazionale, con conseguente forte assorbimento di risorse); la lunga permanenza dei pazienti nelle residenze (+71 per cento), il diffuso ricorso al ricovero ospedaliero (+57 per cento) e il frequente ricorso al pronto soccorso (+49 per cento).

Questi dati sono sufficienti per affermare che la salute mentale deve diventare una priorità per le politiche sanitarie del Piemonte, e dell'intero Paese. Investire nella salute mentale fa progredire la salute delle comunità, contribuisce a porre fine a violazioni dei diritti umani e favorisce lo sviluppo sociale ed economico dei territori. È tempo di destinare maggiore attenzione e maggiori risorse alla salute mentale.

Bibliografia e note

1 Oecd health policy studies. A new benchmark for mental health systems: tackling the social and economic costs of mental ill-health. Paris: Oecd Publishing, Paris, 2021.

2 La principale fonte informativa è il flusso del Ministero della salute, Sistema informativo per la salute mentale, dal quale ogni anno è tratto un rapporto statistico.

3 de Girolamo G, et al. La prevalenza dei disturbi mentali in Italia. Il progetto Esemed-Wmh. Una sintesi.

4 Oecd health policy studies. A new benchmark for mental health systems: tackling the social and economic costs of mental ill-health. Paris: Oecd Publishing, 2021.

5 Eurostat. Mental health and related issues statistics.

6 La rete dei servizi psichiatrici di diagnosi e cura liberi da restrizioni ("Club Spdc no restraint") comprende circa una ventina di servizi che si impegnano a rispettare i diritti umani e la Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità.

Il semestre filtro cambia l'accesso a Medicina

La riforma dell'accesso ai corsi di laurea in Medicina, Odontoiatria e Veterinaria segna una svolta storica nel sistema universitario italiano. Con l'introduzione del semestre filtro al posto del tradizionale test d'ingresso, cambiano non solo le modalità di selezione degli studenti, ma l'intera organizzazione degli atenei e la programmazione del fabbisogno sanitario nazionale. Entrata in vigore per l'anno accademico 2025/2026, la riforma modifica la legge 264/1999 sostituendo il test preliminare con un periodo formativo di sei mesi durante il quale gli studenti sostengono tre esami su materie di base, ripetibili in due sessioni. Un cambiamento che genera interrogativi, aspettative e timori tra i diversi attori coinvolti. Per comprendere la portata di questa trasformazione, abbiamo raccolto quattro prospettive complementari.

Selezione e formazione dei medici: equilibrio tra domanda, qualità e passione

Fabrizio Consorti
Specialista in Chirurgia generale
Consigliere onorario della Società italiana di Pedagogia medica

Il numero chiuso indica la scelta autonoma di una università di limitare il numero di studenti per un certo corso. Il numero programmato discende dalla previsione di quanti medici serviranno sei anni dopo

La necessità di una regolamentazione dell'accesso ai corsi di laurea in Medicina discende dall'esigenza di conformità con una norma europea, che chiede che il numero di studenti sia commisurato alle risorse didattiche (aule, spazi ospedalieri e del territorio per la pratica) e che siano certificate 5500 ore di didattica sotto la diretta supervisione di un docente o un tutor. Senza il rispetto di questi criteri, la laurea non avrebbe valore legale nell'Unione europea. Anche per questo motivo, formare un medico nell'università pubblica costa molte centinaia di migliaia di euro alla collettività. Perciò, non è giustificato formare più medici di quanti ne servano al Paese, perché significa spendere denaro pubblico per creare futuri disoccupati, cosa che è innanzi tutto ingiusta verso i nostri giovani.

I corsi di medicina non sono a numero chiuso ma a numero programmato. Il numero chiuso indica la scelta autonoma di una università di limitare il numero di studenti per un certo corso, il numero programmato discende dalla previsione di quanti medici serviranno sei anni dopo, per le esigenze del Servizio sanitario nazionale. La previsione si allunga a nove/undici anni, se si include anche il percorso di formazione post-laurea (scuola di medicina generale o specializzazione). Tali numeri sono decisi ogni anno dal Ministero dell'università e della ricerca, sentito il parere di un tavolo tecnico ad hoc e della Conferenza Stato-Regioni, perché solo le Regioni conoscono il loro fabbisogno futuro di medici. Come si comprende, si tratta di una decisione che, se pur fondata sui dati di anzianità dei medici in attività e sul loro turnover, è pur sempre molto difficile.

Scopo principale della procedura selettiva ai corsi a numero programmato dovrebbe essere quello di scegliere studenti che hanno la probabilità più alta di diventare buoni medici. L'ammissione non è perciò un premio meritocratico, ma una scelta tecnica che deriva dall'obbligo di fornire il miglior servizio possibile al Paese. Solo

per fare un esempio, l'ammissione alla Polizia di Stato è – comprensibilmente – assoggettata anche a valutazione psico-attitudinale dei candidati (agiranno armati, per la nostra sicurezza). Sembra perciò incredibile che ammettere una ragazza o un ragazzo ventenni agli studi medici avvenga solo perché sa rispondere a domande di discipline scientifiche di base, in qualsiasi formato vengano esse poste.
È pur vero che dovrebbe essere dovere e competenza specifica dei corsi di laurea in medicina facilitare lo sviluppo negli studenti degli orientamenti etici e deontologici della professione medica, della capacità di riconoscere e accogliere le emozioni violentissime che si accompagnano alla cura, confrontati come siamo col dolore, la sofferenza, la marginalità, la morte. Inoltre, i futuri medici devono acquisire la capacità di utilizzare una mole enorme di conoscenza per risolvere problemi, con soluzioni basate su prove scientifiche di efficacia ma anche adattate ai gruppi sociali e comunità, così come al singolo e condivise dalla persona, soggetto compartecipe delle cure. Tuttavia, poter partire da un gruppo iniziale che dimostra le migliori potenzialità per realizzare questa impresa meravigliosa, la renderebbe un po' più facile ed efficace.
Per questo, nel 2016 la Conferenza permanente dei presidenti dei corsi di laurea in medicina avviò uno studio longitudinale e multicentrico sul benessere e le attitudini degli studenti di medicina, i cui risultati, nelle diverse fasi dello studio previste (all'inizio del corso, all'inizio del terzo anno e alla fine del sesto anno) e a due anni dopo la laurea, dovrebbero dare importanti indicazioni su come migliorare la valutazione delle caratteristiche psicoattitudinali dei candidati, finalizzato a fornire evidenze per un migliore processo di selezione. La pandemia ha causato un arresto forzato dello studio subito dopo la raccolta dei risultati al terzo anno, ma i dati e l'alto livello di adesione degli studenti coinvolti dimostrano che è possibile e significativo raccogliere anche queste informazioni su coloro che aspirano alla carriera medica. Il problema della selezione non è solo italiano ma internazionale e – pur nelle differenze – l'indicazione di

massima che viene dalla letteratura e dalle esperienze di molti Paesi è che il sistema migliore è una miscela di valutazioni delle abilità cognitive e psicoattitudinali.
Per quanto attiene la situazione attuale in Italia, il numero di posti nei corsi di laurea in medicina è stato aumentato e c'è già la previsione di aumentarlo ulteriormente negli anni prossimi, cosa che rischia di inginocchiare la capacità formativa delle facoltà mediche, già strutturalmente ai limiti, con un ricorso obbligato sempre più ampio alla didattica a distanza. Ciò produrrà ovviamente un aumento del numero dei neolaureati e potenzialmente il prodursi in una nuova pletora medica. Permane però l'imbuto formativo nella formazione post-laurea, con un numero di posti disponibili inferiori ai neolaureati.
Ma questo è solo parte del problema. Infatti, ci sono specializzazioni in cui il numero di posti disponibili non viene coperto da candidati (esempio tipico è la chirurgia, in grave crisi di vocazione) e si moltiplicano le segnalazioni di giovani colleghe e colleghi che abbandonano il sistema sanitario pubblico per quello privato o verso l'estero.
In questo contesto, personalmente non ho motivi di ritenere che il semestre filtro o aperto sia più equo dei sistemi precedenti. Si tratta pur sempre una valutazione parziale, meritocratica ma non funzionale alla selezione dei candidati più adatti. Il numero di coloro che si sono iscritti è più o meno equivalente a quello di coloro che negli anni scorsi si sottoponeva alla prova di ammissione e non c'è motivo di ritenere che sia anche diversa la composizione demografica e sociale. È improbabile che le facoltà mediche abbiano aule a sufficienza per questo numero di studenti, quindi, molti di loro stanno frequentando a distanza: sarà interessante osservare se ciò causerà una differenza significativa di riuscita.
In questo contesto, personalmente non ho motivi per ritenere che il semestre filtro o aperto sia più equo dei sistemi precedenti. Si tratta pur sempre di una valutazione parziale, meritocratica ma non funzionale alla selezione dei candidati più adatti. Il numero degli iscritti è più o meno equivalente a quello di coloro che negli anni scorsi si sottoponevano alla prova di ammissione, e non c'è motivo di ritenere che sia diversa anche la composizione demografica e sociale. È improbabile che le facoltà di medicina dispongano di aule sufficienti per accogliere questo numero di studenti; di conseguenza, molti di loro stanno seguendo le lezioni a distanza. Sarà interessante osservare se ciò determinerà differenze significative nei risultati
Da ultimo, un grave problema è la sorte di coloro che non si qualificheranno in graduatoria per proseguire gli studi medici. Non saranno pochi, più della metà di coloro che stanno frequentando, considerando anche i posti offerti dalle università private (che, per censo, non sono alla portata di tutte le famiglie). Professioni nobili come quella dell'educatore professionale, dell'assistente sociale, di uno qualsiasi dei ruoli tecnici, per non parlare dell'infermieristica, non possono essere considerate la seconda scelta per un giovane che voleva fare il medico. I posti sono assicurati, perché i corsi di studio hanno la possibilità di ammettere fino al 20 per cento di studenti in sovrannumero e la posizione in classifica determinerà anche la sede universitaria di frequenza, come già avveniva in passato.
Rimane il problema che tutte le professioni sanitarie richiedono una vocazione specifica e una scelta di ripiego contraddice il principio fondamentale di una selezione efficace.

L'indicazione di massima che viene dalla letteratura e dalle esperienze di molti Paesi è che il sistema migliore è una miscela di valutazioni delle abilità cognitive e psicoattitudinali

Il rischio di **un'illusione tradita**

Le riflessioni del Segretariato italiano studenti in medicina

È stato detto che la riforma dell'accesso sarebbe servita anche a togliere il numero chiuso e ad aumentare il numero di medici. Siete d'accordo? I posti nelle scuole di medicina sono stati aumentati? Quale correlazione c'è tra riforma dell'accesso e aumento laureati?

Come studenti di medicina, riteniamo che il nuovo sistema del semestre filtro presenti importanti criticità e che non possa essere considerato una soluzione efficace alla carenza di medici specialisti in Italia. I dati internazionali dell'*Health at a Glance 2025: Oecd Indicators*, pubblicati nel 2025, mostrano infatti che il nostro Paese, in termini di numero complessivo di medici per 100.000 abitanti, è in linea con altre nazioni europee come Francia e Svizzera.[1] La reale carenza riguarda piuttosto alcune specifiche aree di specializzazione, rese meno appetibili per la mancanza di incentivi e di condizioni attrattive.

Intervista a

Gianluca Oriolo
National Officer on Medical Education Sism Italy APS

Fausto Agate
Liaison Officer on Medical Education issues Sism Italy APS

Un semplice aumento del numero di immatricolazioni, se non accompagnato da una revisione strutturale del sistema di formazione post-laurea, rischia di spostare il problema nel tempo. Si potrebbe infatti generare un eccesso di laureati privi della possibilità di completare il percorso formativo necessario per accedere al Servizio sanitario nazionale.
Di fatto, senza una pianificazione strategica complessiva, questa misura rischia non solo di non risolvere la carenza di specialisti, ma anche di produrre frustrazione e precarietà tra le nuove generazioni di medici.
Il semestre filtro, a nostro avviso, si presenta come una risposta superficiale a un problema molto più complesso e strutturale. L'idea di un accesso più libero e meritocratico si scontra con una realtà universitaria ancora impreparata a sostenere un cambiamento di tale portata, con il rischio di compromettere sia la qualità della formazione sia il benessere psicologico e sociale degli studenti che intraprendono questo percorso.

Il semestre filtro si presenta come una risposta superficiale a un problema molto più complesso e strutturale

Quindi non pensate che il sistema del semestre con i tre esami ripetibili due volte sia più equo rispetto al test unico precedente? Non potrebbe essere vero che il nuovo sistema induca un numero di ragazzi maggiore e di diversa estrazione sociale a tentare di diventare medico?
Sebbene la riforma si presenti come uno strumento per rendere l'accesso più meritocratico e inclusivo, nella pratica rischia di amplificare le disuguaglianze già esistenti tra gli studenti. Le differenze legate al percorso scolastico di provenienza, alle risorse economiche e alle opportunità di preparazione risultano infatti ancora decisive nel determinare le possibilità di successo, rendendo il sistema più selettivo che realmente paritario. In questo modo, l'idea di un accesso più giusto si scontra con una realtà in cui persistono e in alcuni casi si accentuano le disparità di partenza.
Con questa riforma, infatti, la sostituzione del test di accesso nazionale ha comportato anche l'eliminazione degli obblighi formativi aggiuntivi, che prima permettevano agli studenti di colmare eventuali lacune provenienti dalla scuola superiore. In questo modo, la preparazione di partenza del singolo studente non viene più valutata né considerata, con conseguenze significative soprattutto per chi proviene da indirizzi di studio non prettamente scientifici.
A questo si collega un altro aspetto: l'abolizione del test d'ingresso tende a favorire chi possiede già una solida base nelle ma-

I corsi privati un tempo dedicati al superamento del test nazionale sono ora stati sostituiti da corsi pensati per affrontare gli esami del semestre filtro

terie scientifiche, spesso legata al tipo di scuola frequentata o alla possibilità di aver seguito corsi di preparazione specifici. Di fatto, questa riforma introduce una nuova forma di selezione, basata sul diverso background scolastico degli studenti e su un periodo di formazione universitaria troppo breve. Poche settimane di lezioni non bastano certo a colmare anni di differenze nel metodo di studio e nelle conoscenze e a mettere gli studenti sulla stessa linea di partenza. Non sorprende quindi che si stiano moltiplicando le scuole private nate per preparare gli studenti agli esami del primo semestre di medicina.
In sostanza, la rimozione del test d'ingresso tradizionale non ha eliminato la selezione basata sulle risorse economiche, ma l'ha semplicemente trasformata. I corsi privati un tempo dedicati al superamento del test nazionale sono ora stati sostituiti da corsi pensati per affrontare gli esami del semestre filtro, che rappresentano la nuova soglia selettiva. Chi dispone di maggiori mezzi economici può accedere a una preparazione più mirata e approfondita, mentre chi non ha le stesse possibilità deve affidarsi unicamente alla formazione universitaria, che però sta riducendo la propria capacità di supporto. Di conseguenza, la promessa di una selezione più equa e di una reale riduzione delle disuguaglianze rimane solo sulla carta: nella pratica, queste disuguaglianze continuano a esistere e rischiano addirittura di aumentare.

A proposito delle difficoltà delle Università, le facoltà di medicina sono preparate a ricevere un numero alto di iscritti?
Secondo i dati del Ministero dell'università e della ricerca, sono 64.825 gli studenti iscritti al semestre aperto per il 2025-2026. In 54.313 hanno scelto Medicina e chirurgia a fronte di 16.680 posti disponibili delle Università statali. Dalle attuali informazioni che abbiamo raccolto dalle nostre unità territoriali, a nostro avviso, le facoltà non risultano ancora adeguatamente preparate ad accogliere l'elevato numero di iscritti previsto dal nuovo sistema del semestre filtro mantenendo una qualità della formazione ottimale.
L'incremento delle immatricolazioni non è stato accompagnato da un potenziamento proporzionale delle infrastrutture universitarie né da un aumento del personale docente. Tale squilibrio rischia di compromettere la qualità della formazione, poiché il rapporto tra studenti e docenti tenderà inevitabilmente ad ampliarsi, riducendo le opportunità di interazione diretta e di apprendimento personalizzato.
Dal punto di vista organizzativo, numerosi atenei stanno cercando di adattarsi con soluzioni temporanee e non sempre adeguate, in una corsa contro il tempo che comporta difficoltà sia logistiche sia finanziarie. Per garantire almeno in parte la qualità didattica, molti corsi di laurea hanno scelto di mantenere una quota minima del 50 per cento delle attività in pre-

senza, integrando il restante monte ore attraverso la didattica a distanza, misura resa necessaria dalla carenza di spazi fisici idonei a ospitare un numero così elevato di studenti.
Inoltre, il numero di iscritti ammessi al semestre filtro risulta significativamente superiore rispetto ai posti effettivamente disponibili per l'accesso definitivo al corso di laurea. Ciò determina un'elevata selettività interna e un conseguente rischio di demotivazione e frustrazione tra gli studenti, che si trovano ad affrontare mesi di studio e di esami senza la certezza di poter proseguire il proprio percorso formativo.

Però gli iscritti che non entreranno avranno la possibilità di scegliere un'altra strada. Quelle proposte dalla riforma sono alternative valide, che gli studenti prenderanno veramente in considerazione? Vedete delle criticità in questa scelta?
Per quanto riguarda gli studenti che non superano il semestre filtro e, di conseguenza, non riescono ad accedere al corso di laurea in medicina, la riforma non prevede al momento un percorso alternativo strutturato né una chiara riserva di posti all'interno di altre facoltà affini. In assenza di una pianificazione definita, molti studenti rischiano di trovarsi in una situazione di incertezza, dopo aver investito mesi di studio e di frequenza in un corso che non garantisce la prosecuzione. Va inoltre considerato che anche le facoltà cosiddette alternative (come biologia o biotecnologie) dispongono di un numero programmato di posti. Pertanto, un eventuale afflusso elevato di studenti provenienti dal semestre filtro potrebbe generare un sovraccarico del sistema e, di conseguenza, nuove forme di selezione. In mancanza di un criterio univoco e trasparente di riassegnazione, il rischio è quello di creare conflitti e disparità tra studenti, che potrebbero percepire il percorso come ingiusto o disorganizzato. Si verrebbero così a instaurare ulteriori forme di competizione non solo all'interno del corso di medicina, ma anche tra i diversi corsi affini, aggravando ulteriormente il clima di incertezza e pressione psicologica già presente. Questo clima determina un aumento della pressione psicologica sugli studenti, che si trovano a vivere un prolungato stato di incertezza durante tutto il percorso. Una situazione che rischia di generare elevati livelli di stress e ansia, destinati a protrarsi per mesi, poiché le nuove matricole si trovano a studiare, frequentare le lezioni e sostenere esami senza alcuna garanzia circa l'esito finale dei propri sforzi e la possibilità di proseguire nel corso di laurea. Inoltre gli studenti tenderanno a percepirsi sempre più come rivali piuttosto che come colleghi, con il rischio di creare un ambiente ancora più competitivo, teso e in alcuni casi demotivante. A conferma di questi rischi, uno studio realizzato in collaborazione con l'Associazione degli studenti di Medicina francese (Anemf) evidenzia le ripercussioni psicologiche vissute dagli studenti del primo anno nei corsi di Medicina in Francia, dove è in vigore un sistema analogo a quello che si sta introducendo in Italia. A queste problematiche si aggiunge anche un diffuso senso di ingiustizia: la maggior parte degli studenti, infatti, non riuscirà a superare il semestre filtro, maturando una sensazione di illusione tradita, dovuta all'idea iniziale di un accesso apparentemente garantito che in realtà non esiste. In conclusione, l'impatto psicologico di questo modello formativo non può essere sottovalutato. L'aumento dello stress, la competizione interna e il senso di precarietà rischiano di compromettere non solo la serenità, ma anche la qualità del percorso formativo dei futuri professionisti della salute. ◢

Quattro consigli a chi inizia Medicina
Adam Seth Cifu

Semestre filtro: più equità, ma non più laureati

Prospettive e ricadute per l'Ateneo torinese

La riforma dell'accesso viene presentata anche come risposta alla carenza di medici. Secondo lei esiste una relazione tra riforma e numero dei laureati?

La riforma dell'accesso non produce un aumento direttamente proporzionale dei posti nei corsi di laurea. Il sistema del semestre filtro anziché del test unico di accesso non corrisponde a un incremento significativo di studenti che poi entreranno effettivamente nei corsi. L'esempio di Torino è chiaro: più di 3000 persone stanno seguendo il semestre aperto, ma i posti disponibili sono 548.

Intervista a

Paola Cassoni

Direttrice
Scuola di Medicina
Università di Torino

Insieme alla riforma il Ministero ha chiesto agli atenei di ampliare l'offerta, ma sempre rimanendo nei limiti delle loro capacità strutturali. L'Università di Torino ha già un corso molto grande (circa 500 studenti) a cui ha potuto aggiungere solo venti posti. Per questo è difficile sostenere che esista una relazione diretta tra la riforma e un aumento consistente dei futuri laureati, che comunque arriverebbe fra sei anni, non nell'immediato.

Forse l'obiettivo di aumentare il numero dei medici laureati non sarà raggiunto. Invece sul piano della meritocrazia e dell'equità questo sistema potrebbe risultare migliore del precedente?

Secondo me sì, l'obiettivo della riforma era anche mettere tutti i candidati a Medicina, Odontoiatria e Veterinaria nelle stesse condizioni. Il primo semestre offrirà a tutti la stessa preparazione seguita dagli stessi esami. Prima, invece, esistevano differenze significative dovute alla possibilità, per alcuni, di frequentare corsi privati di preparazione al test di ammissione. Il nuovo sistema sicuramente elimina questo squilibrio. Inoltre, gli esami del semestre filtro riguardano materie realmente pertinenti ai corsi di laurea (chimica, fisica e biologia), mentre il vecchio test includeva quesiti di logica, cultura generale e attualità non direttamente legati ai contenuti accademici. Adesso non solo l'ammissione si basa su materie pertinenti ma anche su esami che gli studenti avrebbero comunque dovuto sostenere dopo l'ingresso.

Se a Torino, per ipotesi, tutti i circa 3000 iscritti superassero il semestre, solo 548 potrebbero entrare a Medicina, secondo il numero programmato

Le facoltà erano preparate a ricevere un numero così alto di iscritti? L'Ateneo di Torino come ha affrontato questa mole di iscrizioni così alte?
Nessuna università era preparata a gestire volumi di studenti molto superiori agli anni precedenti. Abbiamo dovuto riorganizzarci in tempi rapidi. A Torino, per esempio, abbiamo cercato di portare il più possibile gli studenti in aula. Innanzitutto, abbiamo chiesto a ciascuno degli iscritti di indicare la preferenza tra didattica in presenza o da remoto, la grande maggioranza ha scelto la presenza.
A partire da questa informazione gli sforzi sono stati orientati in questo senso: da settembre fino a metà ottobre la didattica è stata interamente in presenza. Nella seconda metà di ottobre, a causa della mancanza di spazi, anche chi aveva scelto la presenza ha dovuto seguire parzialmente da remoto.
C'è stato un grande sforzo organizzativo per garantire la didattica in aula, non solo per una questione formativa ma soprattutto per favorire le relazioni tra studenti, che sono una componente importantissima del percorso e dell'esperienza universitaria.

Chi non entrerà a Medicina potrà scegliere un'altra strada tra i percorsi affini che ogni candidato ha dovuto selezionare contestualmente all'iscrizione al semestre filtro. Ma se le richieste superano i posti disponibili, come si deciderà chi entra?
La scelta di quali corsi frequentare in caso di mancata selezione gli studenti l'hanno fatta a luglio, quando si sono iscritti al semestre filtro, e hanno anche dovuto indicare una serie di sedi universitarie in cui erano disponibili a frequentarlo. Questo allo scopo di ampliare il più possibile le opzioni di collocamento dopo la selezione. Per coloro che non entreranno nella prima scelta i vari atenei mettono a disposizione i posti rimasti liberi nei corsi delle professioni sanitarie o in altri corsi affini che avevano disponibilità dall'anno precedente. In alcuni casi, a seconda delle possibilità dell'ateneo, è previsto anche un numero aggiuntivo rispetto al numero programmato, fino a un massimo del 20 per cento nei corsi alternativi. Inoltre, è probabile che una parte degli studenti che non entreranno nella prima scelta decida comunque di ritentare il semestre filtro l'anno successivo. Per questo non ci aspettiamo una coda di studenti completamente esclusi da ogni percorso. Va però considerato che l'accesso dipende dall'esito dei tre esami previsti, che devono essere superati tutti, con due sessioni disponibili (20 novembre e 10 dicembre). È auspicabile che la maggior parte degli iscritti passi gli esami, ma non è garantito, e questo introduce un elemento di imprevedibilità. Se a Torino, per ipotesi, tutti i circa 3000 iscritti superassero il semestre, solo 548 potrebbero entrare a Medicina, secondo il numero programmato. Odontoiatria e Veterinaria hanno anch'esse un numero già fissato. Nel complesso, si parlerebbe di circa 700 studenti collocati nelle prime scelte, mentre oltre 2000 dovrebbero distribuirsi nei corsi alternativi a Torino o nel resto d'Italia. Ogni ateneo ha infatti dichiarato un limite massimo di disponibilità, fino alla saturazione dei posti residui o del possibile incremento del 20 per cento. In caso di saturazione dei posti, gli studenti verranno quindi assegnati ad altri atenei che hanno ancora disponibilità. La distribuzione si definirà progressivamente, quando a dicembre si saprà quanti studenti avranno superato gli esami.
Per quanto riguarda criteri aggiuntivi di priorità (come l'età o altri parametri di selezione), non risultano indicazioni di questo tipo, almeno allo stato attuale, proprio per quell'elemento di imprevedibilità di cui parlavo prima. Vedremo e costruiremo piano piano delle soluzioni ai problemi che ci si porranno.

Vedremo e costruiremo piano piano delle soluzioni ai problemi che ci si porranno

Per una riforma utile ai futuri medici e al nostro Servizio sanitario nazionale

Era necessaria una revisione delle modalità di accesso alla facoltà di Medicina? Sicuramente sì. Quella messa in atto è la miglior riforma possibile? Solo la prova del tempo ci darà la risposta. In ogni caso la Fnomceo è pronta a collaborare con la politica, per mettere in atto gli opportuni aggiustamenti, nell'interesse dei futuri medici e del Servizio sanitario nazionale (Ssn), in cui si troveranno ad operare.

È inutile celare che, sin da subito, la Fnomceo ha espresso alcune perplessità sulla riforma: la selezione, infatti, non è stata eliminata, ma solo posticipata, e subordinata al superamento di tre esami, da provare due volte, dopo il cosiddetto semestre filtro. Un semestre che poi si è rivelato essere un bimestre, in quanto già si sono svolte le prime selezioni, tra l'altro non scevre da criticità. Lodevoli le intenzioni: quelle di permettere a tutti gli studenti di iscriversi, confrontarsi con le materie, capire se quella di Medicina sia veramente la loro strada senza disuguaglianze dovute alla possibilità o meno di frequentare costosi corsi a pagamento. E tanti sono stati i giovani che si sono iscritti, segno che la professione medica esercita ancora attrazione, un'attrazione convinta, pronta a superare ostacoli e difficoltà. Purtroppo, però, nella realtà le spese per le famiglie non sono diminuite: tasse di iscrizione da pagare, mantenimento degli studenti fuori sede. E disparità con le università private, che non hanno il semestre filtro. Dubbi sulla qualità della didattica dovuta all'affollamento delle aule erano stati poi espresse dalla la Conferenza dei Rettori.

Roberto Monaco
Segretario generale FNOMCeO
Responsabile Area Formazione

Ora è il momento di lavorare insieme – politici, legislatori, medici, università, studenti – perché, con gli opportuni correttivi, diventi una riforma efficace

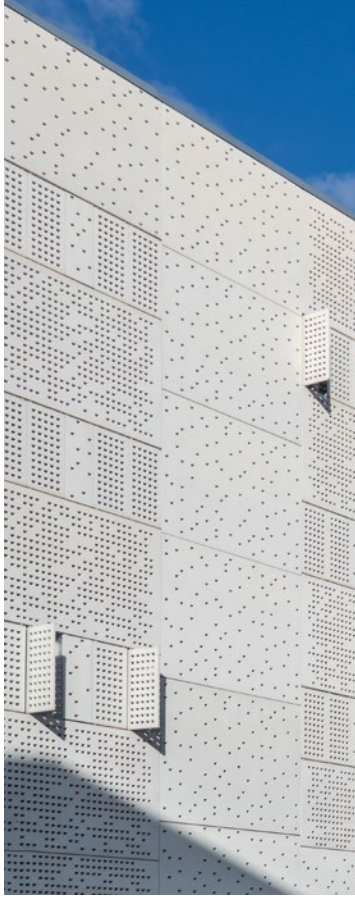
Una buona soluzione a tutte queste possibili criticità, che sono state da più parti segnalate, potrebbe essere quella di anticipare la preparazione agli studi nelle materie mediche già a partire dalle scuole superiori, portando a regime e istituzionalizzando il Liceo biomedico, utilmente sperimentato già da anni dalla Fnomceo, e, prima ancora, da alcuni Ordini dei medici. Il progetto prevede l'inserimento, tra le attività degli studenti liceali, di alcune lezioni frontali e pratiche che permettono di prendere confidenza sia con le materie delle scienze della vita, sia con la professione nelle sue varie declinazioni e con l'essere medico, grazie alla collaborazione degli Ordini dei medici.

Altro avvertimento della Fnomceo è che l'allargamento del numero programmato deve essere correlato con un aumento dei posti nelle scuole di specializzazione, per non creare un nuovo imbuto formativo, e con un aumento delle assunzioni nel Ssn, per scongiurare un imbuto lavorativo. Già dal 2030, infatti, le diverse proiezioni prevedono l'inizio di una nuova pletora medica in quanto i nuovi specialisti supereranno, per numero, i medici che saranno andati in pensione. Il richiamo è quindi quello a una oculata programmazione, fatta a dieci anni dall'immatricolazione e su più livelli, non ultimo quello di un aumento dei fabbisogni del Ssn e dei medici per posto letto o per numero di assistiti.

Una riforma necessaria, dunque, quella dell'accesso a medicina. Ora è il momento di lavorare insieme – politici, legislatori, medici, università, studenti – perché, con gli opportuni correttivi, diventi veramente una riforma utile per il miglior futuro del nostro Ssn. Perché da soli si va forse più veloci, ma insieme si va sicuramente più lontano.

Intelligenza artificiale in medicina e sanità: la nuova legge italiana

Il valore dei dati e il primato del giudizio umano



Fabio Di Bello
Ingegnere matematico, esperto in intelligenza artificiale applicata alla medicina
Senior AI Development Manager, Wiley

Con l'approvazione definitiva del disegno di legge 1146-B sull'intelligenza artificiale, l'Italia compie un passo decisivo verso una medicina più digitale, ma anche più regolata e consapevole. Per la prima volta, l'uso dell'intelligenza artificiale in ambito sanitario viene incardinato in una cornice normativa organica, che si integra con l'AI Act europeo e stabilisce principi fondamentali di trasparenza, responsabilità e tutela della relazione medico-paziente.

Cosa dice la legge

La legge afferma con chiarezza che l'intelligenza artificiale deve essere considerata uno strumento di supporto, non un surrogato della decisione clinica. La responsabilità dell'atto medico rimane saldamente nelle mani del professionista, mentre il paziente ha diritto di sapere quando una tecnologia basata sull'intelligenza artificiale è impiegata nel suo percorso di cura. Il testo riconosce inoltre l'interesse pubblico del trattamento dei dati sanitari per fini di ricerca, prevedendo la possibilità di riutilizzare, in condizioni controllate, dati pseudonimizzati anche senza un nuovo consenso esplicito. È prevista, infine, la creazione di una piattaforma nazionale di intelligenza artificiale integrata al fascicolo sanitario elettronico, gestita da Agenas, che offrirà suggerimenti non vincolanti a medici e cittadini, promuovendo una sanità più connessa e basata sull'evidenza.

Dietro ogni sistema di supporto decisionale basato su intelligenza artificiale si nasconde però un gigantesco cervello collettivo: l'insieme delle banche dati cliniche. Esse costituiscono il substrato cognitivo della medicina digitale contemporanea. Dentro vi si trovano referti, anamnesi, esami, codici standardizzati, linee guida, revisioni sistematiche, registri di patologia e dati provenienti dal mondo reale. Affinché tutto questo patrimonio informativo diventi davvero utile alla pratica clinica, è necessario che i dati siano governati in modo rigoroso: servono qualità, coerenza, aggiornamento, tracciabilità e un'infrastruttura semantica che consenta alle diverse fonti di "dialogare" tra loro. Senza questa architettura, l'intelligenza artificiale rischia di produrre l'effetto opposto a quello desiderato: quello che gli informatici chiamano *garbage in, garbage out*, cioè raccomandazioni sbagliate generate da dati incoerenti.

Quando invece i sistemi sono costruiti con rigore, l'intelligenza artificiale diventa un vero assistente cognitivo per il medico. Può suggerire percorsi diagnostici più efficienti, individuare terapie personalizzate, segnalare possibili controindicazioni,

Dietro ogni sistema di supporto decisionale si nasconde un gigantesco cervello collettivo: l'insieme delle banche dati cliniche

richiamare nuove evidenze scientifiche o scoprire correlazioni non evidenti nei dati. La condizione essenziale è che ogni suggerimento sia spiegabile e tracciabile: il medico deve poter comprendere perché il sistema propone una determinata opzione e su quali fonti si basa.
Un'intelligenza artificiale che consiglia senza spiegare non è medicina, ma magia. Il cuore etico di questa trasformazione resta la figura del medico. La legge ribadisce un principio non negoziabile: l'intelligenza artificiale non decide, ma assiste. È il concetto, ormai classico, dello *human in the loop*: la tecnologia entra nel processo clinico come supporto al ragionamento, non come sostituto del giudizio professionale. Il medico deve poter valutare criticamente ogni raccomandazione, accettarla o respingerla, e soprattutto accedere ai log decisionali, ossia ai registri che documentano in modo strutturato i passaggi attraverso cui il sistema è giunto a una determinata conclusione – dai dati in ingresso ai modelli utilizzati, fino ai parametri e alle ponderazioni che hanno influenzato l'esito. Questi registri costituiscono la base della auditabilità, cioè la possibilità di ricostruire, verificare e motivare a posteriori il percorso decisionale seguito dall'algoritmo. L'auditabilità rappresenta la condizione tecnica ed etica che consente di esaminare come e perché l'algoritmo abbia generato una certa raccomandazione, assicurando trasparenza, controllo umano e responsabilità verificabile.
La responsabilità ultima dell'atto clinico resta umana, e la tecnologia non deve indebolire ma potenziare la competenza.
Da un punto di vista regolatorio, il riferimento principale è l'AI Act europeo (Regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio sull'intelligenza artificiale, approvato nel 2024), che introduce un sistema armonizzato di classificazione del rischio per le applicazioni di intelligenza artificiale.
In questo quadro, i sistemi di supporto alle decisioni cliniche (*clinical decision support systems*) che influenzano direttamente decisioni diagnostiche o terapeutiche rientrano nella categoria dei *software as a medical device*, secondo la definizione del Regolamento Ue 2017/745 sui dispositivi medici (Mdr). Essi sono classificati come "ad alto rischio" perché possono incidere in modo sostanziale sulla salute e sulla sicurezza del paziente: un errore algoritmico potrebbe portare a una diagnosi errata o a un trattamento inappropriato, con conseguenze cliniche gravi. Questa classificazione comporta requisiti stringenti

AgID (Agenzia per l'Italia digitale): è l'ente che definisce le linee guida tecniche e gli standard per la trasformazione digitale della Pubblica amministrazione, inclusi gli aspetti di interoperabilità, sicurezza informatica e certificazione dei sistemi informativi sanitari.

Agenzia per la cybersicurezza nazionale (Acn): ha il compito di garantire la protezione delle infrastrutture digitali critiche e dei dati sensibili, assicurando che i sistemi di intelligenza artificiale rispettino i requisiti di sicurezza e resilienza informatica.

Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali): svolge un ruolo di coordinamento tecnico e monitoraggio sull'adozione dell'innovazione digitale in sanità, con particolare riferimento alla valutazione delle tecnologie sanitarie (Hta, *Health technology assessment*) e all'integrazione nei percorsi clinico-assistenziali.

Ministero della Salute: è l'autorità di riferimento per la definizione delle politiche sanitarie nazionali e la supervisione generale dei dispositivi medici e dei software ad essi assimilati, inclusa la conformità al Regolamento (Ue) 2017/745 (Mdr) e all'AI Act europeo.

in termini di qualità, sicurezza, gestione del rischio, validazione clinica e usabilità. Il produttore deve garantire che il sistema sia stato sviluppato e testato secondo standard riconosciuti (per esempio: ISO 13485 per la qualità, ISO 14971 per la gestione del rischio, IEC 62304 per il ciclo di vita del software e IEC 62366 per l'usabilità) e che le prestazioni cliniche siano validate attraverso evidenze documentate.
Sul piano della privacy, resta pienamente applicabile il Regolamento Ue 2016/679 (Gdpr), che disciplina il trattamento dei dati personali, compresi quelli sensibili o relativi alla salute.
Tra gli obblighi fondamentali vi sono la pseudonimizzazione, la minimizzazione, la tracciabilità e la valutazione d'impatto sulla protezione dei dati. Per pseudonimizzazione si intende il processo mediante il quale i dati personali vengono trattati in modo che non possano più essere attribuiti a un interessato specifico senza l'uso di informazioni aggiuntive, conservate separatamente e protette da adeguate misure tecniche e organizzative. Essa differisce dall'anonimizzazione completa, in quanto quest'ultima elimina in modo irreversibile ogni possibilità di identificazione, rendendo i dati definitivamente non riconducibili a una persona fisica. I dati pseudonimizzati, invece, restano potenzialmente riconducibili al soggetto mediante una chiave di corrispondenza, e quindi sono tuttora considerati dati personali ai sensi del Gdpr.
La normativa europea prevede inoltre modalità agevolate per l'uso secondario dei dati sanitari a fini di ricerca, in particolare attraverso il Regolamento sullo spazio europeo dei dati sanitari (Ehds), che introduce un quadro per la condivisione sicura dei dati a scopo scientifico. Tuttavia, tale utilizzo è subordinato all'adozione di garanzie tecniche e organizzative rigorose per la protezione dei diritti fondamentali dei pazienti, tra cui l'uso di infrastrutture sicure, la supervisione etica e la tracciabilità completa dei processi di accesso e analisi dei dati.

I punti critici

Tuttavia, non mancano le criticità. Una delle principali è che molti aspetti tecnici e procedurali sono demandati ai decreti attuativi del Ministero della salute, che dovranno essere emanati nei prossimi mesi per rendere effettiva la legge. In assenza di regole operative chiare, il rischio concreto è che la normativa resti un contenitore di principi generali senza tradursi in strumenti realmente applicabili e verificabili nella pratica clinica.
Un'altra zona grigia riguarda la distribuzione delle competenze tra i diversi organismi coinvolti nella governance dell'intelligenza artificiale in sanità – AgID, Agenzia per la cybersicurezza nazionale, Agenas e Ministero della salute – con il pericolo di sovrapposizioni e rallentamenti burocratici. La chiarezza nel riparto delle competenze tra questi enti sarà cruciale per evitare duplicazioni, incoerenze normative e ritardi nell'attuazione delle misure di controllo e certificazione. Solo una governance integrata, coordinata e fondata su regole tecniche condivise potrà garantire che l'intelligenza artificiale in medicina si traduca da promessa tecnologica in pratica clinica sicura, trasparente e realmente utile ai pazienti.
Sul fronte dei dati, il riconoscimento dell'interesse pubblico per la ricerca è certamente un passo avanti, ma solleva questioni delicate. La pseudonimizzazione, se non accompagnata da controlli rigorosi, non garantisce sempre l'anonimato effettivo, e il paziente deve essere messo nelle condizioni di comprendere davvero come i propri dati vengono utilizzati. Serve quindi una vigilanza costante del Garante per la privacy e una cultura della trasparenza che ancora oggi non è diffusa in modo uniforme.

La legge fissa un principio fondamentale: l'intelligenza artificiale aiuta, ma non decide

C'è poi un aspetto più sottile, ma forse ancora più cruciale: il rischio che l'introduzione dell'intelligenza artificiale in sanità alimenti una nuova forma di medicina difensiva. Se il medico segue l'algoritmo e sbaglia, resta responsabile; se non lo segue e l'algoritmo aveva ragione, potrebbe essere accusato di negligenza. È un dilemma che la legge non risolve esplicitamente e che richiederà interpretazioni giurisprudenziali e deontologiche attente. Il rischio è che, per paura, i medici finiscano per affidarsi più del dovuto alla macchina, riducendo la propria autonomia critica.

Un'ulteriore criticità riguarda la velocità con cui gli algoritmi evolvono. I modelli di intelligenza artificiale devono essere continuamente aggiornati per riflettere nuove evidenze scientifiche, ma il processo di certificazione è complesso e costoso. Una normativa troppo rigida può rallentare l'innovazione, mentre una troppo permissiva può esporre a rischi di sicurezza. Servirà un equilibrio dinamico tra controllo e flessibilità, capace di adattarsi al ritmo della ricerca.

Infine, non va trascurato il rischio di creare nuove disuguaglianze. Le grandi strutture ospedaliere e le Regioni dotate di solide infrastrutture digitali potranno adottare rapidamente sistemi di intelligenza artificiale sofisticati; le realtà più piccole e periferiche, prive di risorse tecniche o di dati adeguati, rischiano di restare escluse, accentuando il divario tecnologico tra centro e periferia.

Nonostante questi limiti, il nuovo decreto segna una svolta storica. È un atto di maturità istituzionale che riconosce l'importanza di governare l'innovazione, non di subirla. Ma perché diventi davvero efficace serviranno decreti attuativi rigorosi, formazione diffusa, investimenti nelle infrastrutture e, soprattutto, una cultura clinica capace di comprendere l'intelligenza artificiale senza farsi dominare da essa.

L'intelligenza artificiale non è magia né minaccia: è uno strumento cognitivo che, se costruito con integrità e trasparenza, può migliorare la qualità delle cure, ridurre la variabilità e sostenere il giudizio clinico del medico. La nuova legge fissa un principio fondamentale – l'intelligenza artificiale aiuta, ma non decide – che dovrà tradursi in prassi quotidiana. Perché ciò accada, occorre costruire un'architettura di fiducia fondata su dati ben governati, sistemi trasparenti e medici formati e consapevoli. Solo così la medicina potrà davvero diventare "aumentata", restando pienamente umana.

La legge sull'intelligenza artificiale in medicina

Per la FNOMCeO è un passo avanti nella tutela della sicurezza e del ruolo del medico

"Oggi è un buon giorno per i medici, per i cittadini, per il Servizio sanitario nazionale: la legge quadro sull'intelligenza artificiale, approvata in via definitiva dal Senato, circoscrive in maniera chiara il perimetro di applicazione dell'intelligenza artificiale in medicina. E, nel ribadire che l'intelligenza artificiale è strumento prezioso nelle mani del medico, e non suo surrogato, definisce, per la prima volta, nero su bianco e in maniera inequivocabile, l'atto medico, vale a dire le decisioni nei processi di prevenzione, diagnosi, cura e scelta terapeutica, che spettano agli esercenti la professione medica". Così il Presidente della **FNOMCeO**, la Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, **Filippo Anelli**, ha commentato, insieme al Comitato centrale, l'approvazione in via definitiva da parte del Senato del disegno di legge delega sull'intelligenza artificiale, che diventa così legge. Il testo, in 28 articoli, al Capo II disciplina le applicazioni in settori specifici, tra i quali il Servizio sanitario nazionale e la ricerca scientifica. In quest'ambito, all'articolo 7, dichiara che "l'utilizzo di sistemi di intelligenza artificiale contribuisce al miglioramento del sistema sanitario, alla prevenzione, alla diagnosi e alla cura delle malattie, nel rispetto dei diritti, delle libertà e degli interessi della persona, anche in materia di protezione dei dati personali". E ribadisce che "i sistemi di intelligenza artificiale in ambito sanitario costituiscono un supporto nei processi di prevenzione, diagnosi, cura e scelta terapeutica, lasciando impregiudicata la decisione, che è sempre rimessa agli esercenti la professione medica". Per la FNOMCeO questa normativa rappresenta un passo avanti nel riconoscimento delle applicazioni dell'intelligenza artificiale in medicina e nella tutela della sicurezza delle cure. Inoltre il testo introduce anche sanzioni penali contro gli utilizzi illeciti, compresi i deepfake utilizzati per disinformazione sanitaria. "Con la nuova normativa – ha concluso Anelli – l'Italia si allinea all'AI Act europeo e crea il presupposto giuridico per la valorizzazione del ruolo della professione medica all'interno dei sistemi sanitari".

Fonte: Comunicato stampa FNOMCeO

Foto di Md Shadman Sakib / CC BY

Per favore, non fare **quella ricerca**

Perché non tutta la ricerca è indispensabile?

Adam Seth Cifu

Medico, accademico, ricercatore
Bucksbaum institute for clinical excellence, University of Chicago

Dire alle persone di non studiare è una condanna. "Non esistono ricerche inutili" potrebbe essere un mantra nel mondo accademico. Anche scoperte che oggi sembrano irrilevanti potrebbero cambiare le nostre conoscenze in futuro. Al giorno d'oggi sostenere o contestare la ricerca può far di te un estremista di destra o, al contrario, di sinistra.
"Mi stai dicendo di non approfondire questo argomento perché le scoperte potrebbero essere sconvolgenti?"
"Mi stai dicendo che è uno spreco di denaro capire se i vaccini sono la causa dell'autismo?"
"Come puoi sostenere che non ci sia bisogno di studiare i determinanti sociali associati all'uso del casco da bici nella popolazione anziana?"

Si potrebbe anche sostenere che per fare ricerca esistono motivi diversi dal ri-

“Non esistono ricerche inutili” potrebbe essere un mantra nel mondo accademico

spondere a domande. Le pubblicazioni, ad esempio, sono una parte necessaria di una carriera accademica di successo. Le commissioni di ammissione guardano con favore ai curriculum ricchi di pubblicazioni. Il sistema scientifico-industriale deve essere sostenuto perché impiega migliaia persone che portano avanti attività di ricerca e che stanno formando future generazioni di ricercatori, con il vantaggio sporadico e secondario di una scoperta importante.

Eppure, fare ricerca comporta anche degli svantaggi: il tempo e le risorse dedicate a una domanda non potranno essere investite per esplorarne altre, forse di maggiore rilevanza. Non tutte le ricerche possono essere intraprese; vanno stabilite le priorità di ricerca in un gioco a somma zero. Non solo, c’è anche l’innegabile fatto che i medici che fanno ricerca dedicano meno tempo all’attività clinica. I contribuenti hanno finanziato la loro formazione medica: è giusto chiedere loro di sostenere anche una ricerca che li allontana dalla pratica clinica?

Tenendo presenti queste premesse, ecco un elenco di ricerche da non intraprendere. Sono ricerche che, se evitate, farebbero risparmiare tempo e denaro e farebbero sì che i medici tornino ad essere clinici. Sono ricerche da non condurre perché i risultati sono già noti, perché l’ennesimo studio non cambierà l’opinione di nessuno o perché non è possibile condurre studi validi e solidi, senza fattori di confondimento.

1. Non abbiamo bisogno di sapere altro sui danni del fumo, non ci sono dati che potrebbero cambiare ciò che già diciamo: “non iniziate a fumare e se fumate, smettete”.
2. Non abbiamo bisogno di imparare altro sull’esercizio fisico: fa bene e dovremo essere tutti più attivi. Certo, potrebbero esserci delle sottili differenze nei benefici dell’esercizio fisico in base al momento e al livello di intensità, ma la cosa importante e universalmente valida è trovare un’attività che piace e che sia facile da integrare nella propria routine.
3. Non abbiamo nemmeno bisogno di ulteriori studi osservazionali sull’alimentazione: tra fattori confondenti e variazioni minime degli effetti, non offriranno risultati realmente significativi. Sarebbe auspicabile individuare diete in grado di migliorare la salute, ma questo tipo di studi non ce lo dirà.
4. Allo stesso modo, non servono ulteriori studi osservazionali sulla prevenzione della demenza: le uniche strategie comprovate restano uno stile di vita sano e una buona predisposizione genetica. Se desideriamo dati solidi sulla prevenzione, occorrono studi randomizzati controllati; e se questi non sono realizzabili perché richiederebbero interventi decennali, è meglio sospendere la ricerca.
5. Per favore, basta studi sugli effetti della solitudine sulla salute. Certamente essere soli è triste, ma non sapremo mai se rende le persone meno sane perché è impossibile ottenere dati chiari dagli studi osservazionali: si è malati perché si è soli o si è soli perché si è malati? Vorrei che meno persone vivessero nella solitudine. Se avete idee per raggiungere questo obiettivo, dedicate i vostri sforzi a svilupparle.
6. Possiamo fare a meno di studi che esaminano gli esiti in correlazione a etnia, genere o età dei medici. Come per molti altri temi simili, la maggior parte di queste ricerche evidenzia effetti marginali e

Fare ricerca comporta anche degli svantaggi: tempo e risorse dedicate a una domanda non potranno essere investite per esplorarne altre, forse di maggiore rilevanza

rischia di essere compromessa da fattori di confondimento residui. Ma soprattutto: come useremmo davvero questi dati? Vietando ai medici uomini di esercitare? Imponendo che ogni medico sopra i quarant'anni lavori solo accanto a colleghi sotto i trenta? O consentendo esclusivamente rapporti medico-paziente tra persone della stessa etnia?

7. Studi sulle condizioni di salute e lo status socioeconomico: vivere in condizioni di povertà ha un impatto negativo quasi ovunque. Così come non servono ulteriori dati per dimostrare che il fumo è dannoso, non abbiamo bisogno di nuove evidenze per sapere che la povertà nuoce alla salute. Non sarà uno studio a costringerci ad affrontare seriamente le disuguaglianze economiche: sarebbe meglio destinare quei fondi a interventi concreti contro la povertà, o almeno alla valutazione della loro efficacia.

8. Evitiamo di investire in "innovazioni nell'educazione medica": questi studi raramente producono dati utilizzabili, perché è quasi impossibile misurare in modo oggettivo la qualità di un medico. L'unico lavoro degno di nota resta uno studio caso-controllo con un esito particolarmente ingegnoso e verificabile.[1]

9. Basta anche con le ricerche sugli effetti della vitamina D: esistono già migliaia di studi osservazionali e sperimentali. Se i livelli di vitamina D sono nella norma, un'ulteriore integrazione è quasi certamente inutile,[2] e comunque avrebbe effetti trascurabili. Quando è troppo, è troppo.

10. Infine, rinunciamo ai nuovi studi osservazionali sugli oli di semi: non otterremo mai dati realmente risolutivi e, indipendentemente dalla qualità delle prove, non convinceremo mai i detrattori a cambiare idea.

Vi invito a intervenire nei commenti a questo articolo con gli studi che ritenete superflui o, se preferite, a convincermi che mi sbaglio: sono un sostenitore delle "opinioni forti ma moderate". Vi chiedo solo gentilezza: questo articolo è stato scritto con l'intento di provocare una riflessione.

Questo articolo è la traduzione del post di Adam Seth Cifu pubblicato su Sensible Medicine con il titolo "Please, do not do that research". Per gentile concessione di Sensible Medicine.

Bibliografia

1 Papadakis MA, Teherani A, Banach MA, et al. disciplinary action by medical boards and prior behavior in medical school. N Engl J Med 2005; 353: 2673-82.

2 Bouillon R, Manousaki D, Rosen C, et al. The health effects of vitamin D supplementation: evidence from human studies. Nat Rev Endocrinol 2022; 18: 96-110.

Alla ricerca della moderna epistemologia medica nella **Divina Commedia**

I versi che "anticipano" l'evidence-based medicine

Nicola Baldi

Research unit of medicine history
Isbem – Istituto scientifico biomedico Euro Mediterraneo
Mesagne (Brindisi)

Nel canto XIII dell'*Inferno*, Dante Alighieri descrive la sua esperienza nel secondo girone del settimo cerchio, dove incontra le anime dei suicidi trasformate in vegetazione spinosa. L'episodio di Pier della Vigna offre un esempio paradigmatico dell'approccio dantesco alla conoscenza. Di fronte a un fenomeno acusticamente percepibile ma visivamente inspiegabile – i lamenti che si propaga-

no senza una fonte identificabile – il poeta esprime il proprio disorientamento:

«Udiva d'ogne parte pianger voci, e non vedea persona che 'l facesse; per ch'io tutto smarrito m'arrestai». (Inf. XIII, 22–24)

La risoluzione dell'enigma segue una sequenza logica precisa: Dante identifica il fenomeno anomalo, sviluppa un'ipotesi esplicativa (che i lamenti abbiano origine dagli sterpi) e procede alla verifica sperimentale su consiglio di Virgilio, spezzando un ramo. Il grido risultante conferma empiricamente la sua teoria. Questa dinamica cognitiva presenta sorprendenti parallelismi con la metodologia dell'evidence-based medicine (ebm) contemporanea: un'osservazione, inizialmente controintuitiva, che si rivela invece fertile di spunti interpretativi quando si esamini con attenzione il modo in cui Dante struttura i suoi processi conoscitivi.

Struttura metodologica: dall'osservazione alla conferma sperimentale

Il procedimento conoscitivo di Dante si basa su una sequenza metodologica che prefigura gli sviluppi del moderno approccio conoscitivo medico: rilevazione del fenomeno (lamenti di origine sconosciuta), formulazione dell'ipotesi esplicativa (imprigionamento delle anime negli arbusti), testing empirico (rottura del ramo per verificare la reazione).
Questa modalità operativa non costituisce un episodio isolato nella struttura della *Divina Commedia*. Nel secondo canto del *Paradiso*, il metodo si presenta in forma ancora più raffinata quando Beatrice confuta l'interpretazione dantesca delle macchie lunari. La strategia argomentativa non si limita alla critica teorica ma propone un esperimento mentale articolato, basato sull'osservazione di tre specchi illuminati da una fonte luminosa comune.
L'esempio costituisce un modello di ragionamento ipotetico-deduttivo di notevole sofisticazione, in cui Dante – attraverso le parole di Beatrice – dimostra come l'osservazione empirica possa correggere errori concettuali consolidati. In analogia con Galileo Galilei, Dante attribuisce all'esperienza sensibile il ruolo di giudice finale delle costruzioni teoriche.

Contesto storico-culturale: tradizione medica e formazione logica

L'orientamento empirico-razionale manifestato da Dante trova le sue radici in un ambiente culturale già sensibilizzato a questi temi. Le università di Bologna e Padova costituivano centri di eccellenza per la formazione medica, caratterizzati da un

Così come Dante verifica se i lamenti provengano dai rami spezzandone uno e ottenendo conferma attraverso il grido, la medicina moderna procede dall'interrogativo all'ipotesi, fino alla verifica empirica

approccio che integrava rigore logico ed esperienza clinica pratica. Figure di spicco come Taddeo Alderotti e Mondino de' Liuzzi rappresentavano questa duplice competenza: il primo distinguendosi nell'attività clinica diretta, il secondo nei contributi anatomici. Entrambi condividevano una concezione che poneva la Logica come fondamento del ragionamento medico.
La normativa di Federico II, che subordinava l'accesso agli studi medici a un triennio preparatorio in Logica, testimonia il riconoscimento istituzionale di questa disciplina come prerequisito per la pratica dell'arte medica.

Evidence-based medicine: evoluzione metodologica e principi fondamentali

Il XX secolo ha segnato una trasformazione radicale nella pratica medica attraverso l'introduzione dell'ebm. Prima di questa innovazione metodologica, l'attività clinica si basava prevalentemente su esperienza individuale e autorità accademica, con limitato ricorso a dati oggettivamente verificabili. L'ebm ha stabilito un paradigma che combina le migliori evidenze scientifiche disponibili e l'esperienza clinica del professionista cui si aggiungono le preferenze del paziente. La definizione originale la caratterizza come "l'uso coscienzioso, esplicito e giudizioso delle migliori evidenze disponibili per prendere decisioni riguardo alla cura del singolo paziente".[1,2]

Il ragionamento diagnostico contemporaneo inizia invariabilmente con la raccolta di segni e sintomi, da cui emerge un'ipotesi basata su integrazione di intuizione, conoscenza ed esperienza clinica. Questa ipotesi viene sottoposta a verifica duplice: logica (per la coerenza interna) ed empirica (attraverso studi controllati su popolazioni). Il processo, di natura abduttiva, consente la costruzione di spiegazioni successive alla validazione o confutazione, sempre nel quadro di modelli anatomo-clinici e fisiopatologici consolidati.
L'ebm segue la stessa traiettoria metodologica del pensiero dantesco: dalla curiosità intellettuale alla verifica sperimentale. L'esempio della origine dell'infarto miocardico illustra efficacemente questo parallelismo. Per molto tempo si osservò questo fenomeno senza comprenderne i meccanismi causali. L'analisi anatomica rivelava costantemente trombi occludenti nei vasi afferenti alle zone necrotiche, generando due ipotesi alternative: l'infarto conseguenza del trombo occludente versus formazione post-mortem del trombo che, quindi, non era il fattore causale. Per testare la prima ipotesi, prevalente nella comunità scientifica, venne progettato negli anni Ottanta lo studio Gissi,[3] che documentò come la lisi trombotica mediante streptochinasi riducesse l'estensione dell'infarto e la mortalità conseguente.
Il parallelismo con l'episodio dantesco è significativo: così come Dante verifica se i lamenti provengano dai rami spezzandone uno e ottenendo conferma attraverso il grido, la medicina moderna procede dall'interrogativo all'ipotesi, fino alla verifi-

ca empirica. Le modalità differiscono, ma il pattern fondamentale – osservare, ipotizzare, verificare – rimane costante.

Fondamenti aristotelici: dalla logica antica alla metodologia moderna

La correlazione tra approccio dantesco e metodologia scientifica contemporanea trova origine nella tradizione aristotelica. Aristotele, che Dante colloca nel Limbo tra i sapienti e definisce "Maestro di color che sanno", concepiva la scienza (episteme) come conoscenza dimostrativa fondata sulla deduzione da premesse verificate.

Secondo questa logica opera Dante nel formulare l'ipotesi che se un'anima è imprigionata in un ramo, il danneggiamento del ramo dovrebbe causarle dolore: un sillogismo perfetto. La stessa logica caratterizza l'ebm quando, partendo da premesse controllate, costruisce ipotesi da sottoporre a verifica empirica attraverso studi rigorosi.

Questo framework si connette al pensiero degli empiristi britannici come Roberto Grossatesta, Ruggero Bacone e Guglielmo di Ockham, contemporaneo di Dante. Il principio del "rasoio di Ockham" trova applicazione nella pratica clinica contemporanea per eliminare diagnosi improbabili e identificare quella più semplice e coerente con i dati. Particolarmente nelle situazioni di emergenza, quando i tempi ristretti richiedono affidamento al ragionamento clinico immediato.

Analisi comparativa: convergenze e divergenze

Il parallelismo tra Dante e l'ebm richiede una valutazione critica dei suoi limiti. La medicina dell'epoca dantesca restava ancorata alla teoria ippocratico-galenica dei quattro umori (sangue, bile gialla, bile nera, flemma), interpretando salute come equilibrio e malattia come squilibrio tra questi elementi. Il sapere medico si basava su principi teorici astratti e assiomi aristotelici piuttosto che su osservazione empirica sistematica.

Dante aveva già compreso questo principio: la conoscenza procede per approssimazioni successive secondo logica rigorosa ma aperta alla scoperta, con disponibilità al ripensamento delle convinzioni attraverso la verifica empirica

L'ebm utilizza invece strumenti statistici avanzati per la valutazione dell'efficacia terapeutica. Il contesto storico, gli strumenti disponibili e la natura delle conoscenze sono radicalmente trasformati. L'evoluzione tecnologica e informatica ha reso possibile un approccio scientifico, culminato nell'ebm come rivoluzione metodologica. Questa ha modificato l'approccio centrato sulla relazione medico-paziente individuale, introducendo un metodo che integra evidenze ottenute da studi di popolazioni, esperienza clinica e preferenze del paziente. Ne sono derivate le linee guida basate su ricerca clinica e analisi statistica per orientare le scelte terapeutiche.

Come evidenziato da Claudio Rapezzi e colleghi,[4] le linee guida rappresentano strumenti preziosi: sintetizzano la ricerca più recente, forniscono protocolli trasparenti e orientano le decisioni cliniche. Elemento cruciale: ci proteggono dal rischio di supposizioni non verificate.

Un esempio degli anni Ottanta è illuminante: era stata osservata una correlazione tra contrazioni ventricolari premature e morte improvvisa post-infartuale. Si ipotizzò che sopprimere queste aritmie con farmaci avrebbe ridotto la mortalità. Tuttavia, lo studio Cast[5] rivelò che flecainide ed encainide, pur eliminando le aritmie, triplicavano la mortalità rispetto al placebo. Un beneficio presunto si rivelò danno documentato, dimostrando come i dati empirici possano confutare le presunzioni teoriche.

L'ebm, nonostante i suoi limiti epistemologici (e cioè il privilegiare il dato aggregato rispetto alla complessità individuale),

ha prodotto risultati evidenti: riduzione di mortalità e morbilità cardiovascolare, sviluppo di vaccini pandemici, trasformazione della pratica da arte soggettiva a disciplina il più possibile oggettivabile. Attualmente emerge la medicina di precisione, che mira ad adattare trattamenti a sottogruppi omogenei utilizzando big data e intelligenza artificiale. Il principio fondamentale, però, persiste: nessun clinico accetterebbe terapie non validate da studi controllati, almeno per una tipologia di malattie, mantenendo l'ancoraggio ai modelli anatomo-clinici e fisiopatologici.

Continuità metodologica e gestione dell'incertezza

L'importanza di Dante trascende la dimensione filosofico-teologica per abbracciare la modernità dell'approccio conoscitivo. Secoli prima della rivoluzione scientifica, praticava la filosofia della natura attraverso osservazione sistematica e verifica empirica delle ipotesi. L'architettura dell'ebm si sviluppa nel framework della logica aristotelica padroneggiata da Dante: identificazione del problema, elaborazione dell'ipotesi, ricerca della conferma. Questo approccio ha validità trasversale: scienza, medicina, diritto.

Nel dominio scientifico-medico, queste dimensioni acquisiscono significato specifico nei modelli fisiopatologici e anatomo-clinici. L'ebm privilegia ricerca causale e probatoria senza rinunciare al pragmatismo, dimostrandosi particolarmente efficace in numerose aree diagnostiche e terapeutiche.

L'evoluzione storica della medicina dimostra che metodologie diagnostico-terapeutiche possono modificarsi con l'avanzamento delle conoscenze e tecnologie, mantenendo l'ancoraggio al ragionamento logico rigoroso. In medicina, come in tutta la scienza, l'incertezza resta inevitabile: analogamente alla fisica quantistica che ha sostituito il determinismo newtoniano con la probabilità, la medicina deve confrontarsi con l'incertezza come paradossale "certezza". Secondo Sir William Osler: "la medicina è la scienza dell'incertezza e l'arte della probabilità".[6] Un recente editoriale del New England Journal of Medicine[7] suggerisce che la prossima rivoluzione medica consisterà nell'imparare a "tollerare l'incertezza".

Dante, esploratore dell'ignoto per eccellenza, aveva già compreso questo principio: la conoscenza procede per approssimazioni successive secondo logica rigorosa ma aperta alla scoperta, con disponibilità al ripensamento delle convinzioni attraverso la verifica empirica. ◢

Il presente articolo riassume e rielabora i contenuti sviluppati dallo stesso autore nell'approfondimento "Modern medical epistemology in the Divine Comedy: a few suggestions on evidence-based medicine" pubblicato sulla rivista Recenti Progressi in Medicina (Recenti Prog Med 2025;116:341-7).

Bibliografia

1 Guyatt G, Cairns J, Churchill D, et al. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. JAMA 1992; 268: 2420-5.

2 Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, et al. Evidence-based medicine: what it is and what it isn't. BMJ 1996; 312: 71-2.

3 Effectiveness of intravenous thrombolytic treatment in acute myocardial infarction. Gruppo italiano per lo studio della streptochinasi nell'infarto miocardico (Gissi). Lancet 1986; 327: 397-402.

4 Rapezzi C, Sinagra G, Merlo M, et al. The impossible interviews. Sherlock Holmes interviews David Sackett: "How much can we trust the guidelines?". Eur Heart J 2021; 42: 3422-24.

5 Echt DS, Liebson PR, Mitchell LB, et al. Mortality and morbidity in patients receiving encainide, flecainide or placebo. The Cardiac Arrhythmia Suppression Trial. N Engl J Med 1991; 324: 781-8.

6 Bean RB. Sir William Osler: aphorism from his bedside teaching and writing. New York: Henry Schuman Publisher,1950.

7 Simpkin AL, Schartzstein RM. Tolerating uncertainty. The next medical revolution? N Engl J Med 2016; 375: 1713-5.

Il diritto di perdere tempo insieme

Cosa succede quando la lettura, da esperienza privata si apre all'esperienza comunitaria? A questa domanda prova a dare risposta *Libri insieme - Viaggio nelle nuove comunità della conoscenza* (Laterza, 2025), l'ultimo lavoro di **Chiara Faggiolani**, docente alla Sapienza università di Roma e dirigente del Laboratorio di biblioteconomia sociale e ricerca applicata alle biblioteche.

Il volume, volutamente snello nell'apparato scientifico ma frutto di oltre quindici anni di ricerca, si struttura su tre livelli: le microstorie di persone e gruppi, i dispositivi replicabili di lettura condivisa e una cornice teorica che supera il concetto di promozione della lettura per proporne la *dinamizzazione*. È la dimensione trasformativa della lettura che interessa a Faggiolani: la possibilità che un atto privato, quando condiviso, generi ricadute sociali misurabili in termini di qualità della vita. Un nuovo modo di guardare e raccontare la pratica della lettura, che volutamente prende le distanze dalla narrazione dominante degli ultimi anni, fatta di statistiche allarmistiche, disaffezione e classificazione dei lettori in "forti" e "deboli".

Tra gli effetti della lettura condivisa, uno dei più significativi è quello di rimettere in movimento il tempo. La malattia, pensiamo a quella oncologica, spesso lo congela: misurato non più in giorni o settimane ma in mesi o anni di sopravvivenza fatti di attese e terapie. I libri, soprattutto se condivisi, possono ridare senso e densità al tempo, possono insegnare a rioccupare il tempo della propria vita e della propria morte. Ma la lettura comunitaria non è solo cura del tempo: è cura della solitudine. Nei gruppi, pazienti, familiari e lettori si trovano, si riconoscono e si sostengono: leggere così diventa un vero e proprio gesto di cura, che crea comunità di persone legate da scambi donativi reciproci.

Lo stesso senso di reciprocità si ritrova nei journal club in ambito medico, altra esperienza raccontata dall'autrice, gruppi dove i ricercatori non si limitano a confrontarsi su testi e dati, ma costruiscono comunità di pratica, empatia e riflessione collettiva. D'altronde, la medicina conosce da tempo il valore delle storie: lo dimostra la medicina narrativa riconoscendo nell'ascolto e nella parola strumenti di cura essenziali tanto quanto i protocolli terapeutici.

Tra gli effetti della lettura condivisa, uno dei più significativi è quello di rimettere in movimento il tempo. La malattia, pensiamo a quella oncologica, spesso lo congela

Dalle biblioteche di condominio ai *silent reading party*, dalle *human libraries* ai gruppi spontanei nei reparti ospedalieri, Faggiolani racconta una rivoluzione silenziosa che riporta i libri al centro della vita collettiva. Non più solo strumenti di conoscenza, ma luoghi viventi: catalizzatori di comunità. *Libri insieme* invita a ripensare la lettura come atto politico e di cura. Una pratica che restituisce centralità alle relazioni e valore al tempo e che, allo stesso tempo, crea reti dal basso trasformando biblioteche, librerie e spazi culturali in presidi di salute sociale. Queste esperienze, soprattutto quando nascono e si sviluppano nelle periferie urbane, nei piccoli centri abitati o in zone isolate, diventano un'importante forma di contrasto alla frammentazione e all'isolamento sociale.

Chiara Faggiolani ci invita così a riscoprire la lettura come atto trasformativo: gesto di resistenza alla solitudine, risorsa di benessere, strumento di cittadinanza. Leggere insieme non è una pratica accessoria: è un'azione culturale che cura le persone e i territori.

La lettura continua su **ilpunto.it**

ARTICOLI, COMMENTI E INTERVISTE

ETICA E CONOSCENZA

Verso una deontologia che accompagni la libertà del morire
Guido Giustetto

Tra legge e coscienza, il medico può davvero scegliere?
Giorgio Macellari

La coscienza fra obiezione e abiezione
Rossana Becarelli

Obiezione di coscienza: un diritto da preservare
Clementina Peris

PROFESSIONE

Il suicidio medicalmente assistito: l'urgenza di un pluralismo ragionevole
Marco Vergano

Il consiglio che darei a chi inizia medicina
Adam Cifu

Il medico condotto: l'inizio delle cure di prossimità
Franco Lupano

SOCIETÀ E POLITICA

Non più indifferenti: un appello alla difesa dei diritti e della libertà
Giovanni Gordini

Il difficile equilibrio nel dibattito italiano sul fine vita
Donata Lenzi

Le evidenze del Lancet Countdown 2025 e le implicazioni per l'Italia
Francesco Romizi

Sanità territoriale e aree montane: la sfida della continuità
Marco Bussone

Voce e neurosviluppo: dal suono alla cura
Diego Cossu

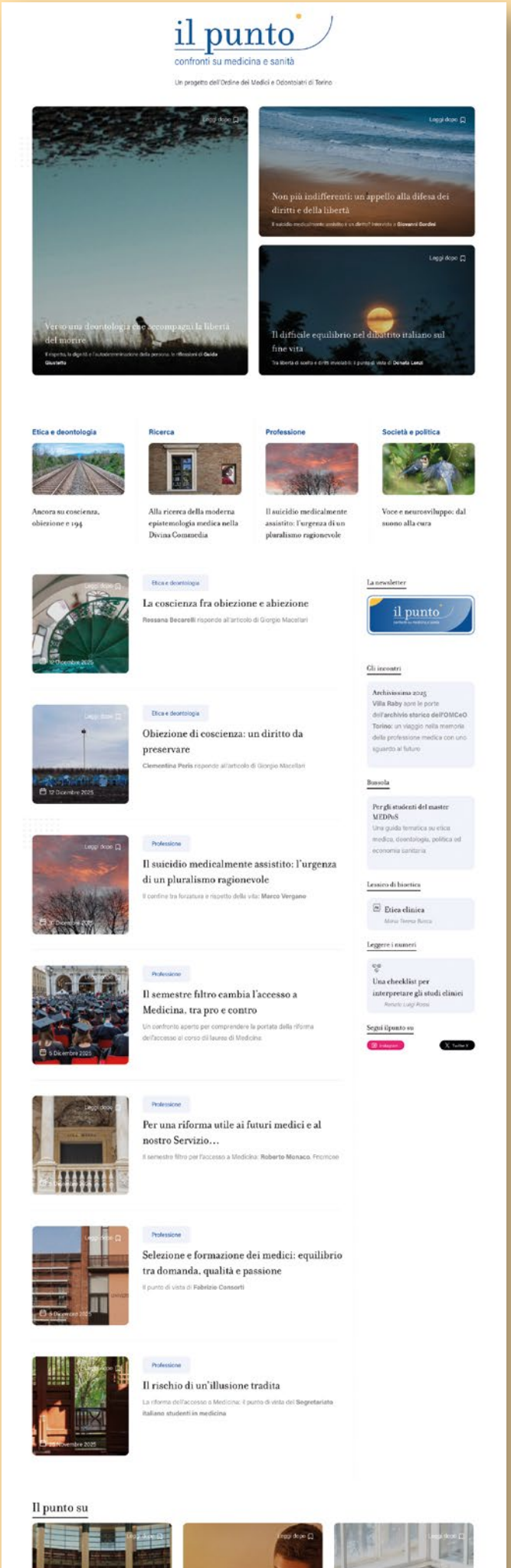
Taser: dissuasore o arma letale?
Luisa Mondo

RUBRICHE

LIBRI, CINEMA E ARTE

"La giusta distanza dal male": sopravvivere al pronto soccorso
Il libro di Giorgia Protti

***Invelle*. Ma in che senso?**
Il film "Invelle" commentato da Italo Spada



il punto

confronti su medicina e sanità

3

Gaza ha rappresentato per molti un banco di prova, in cui l'urgenza etica si è confrontata con il timore di assumere posizioni percepite come politiche.

Guido Giustetto, Roberto Romizi

22

Investire nella salute mentale contribuisce a porre fine a violazioni dei diritti umani e favorisce lo sviluppo sociale ed economico dei territori.

Nerina Dirindin

28

Il semestre filtro si presenta come una risposta superficiale a un problema molto più complesso e strutturale.

Gianluca Oriolo, Fausto Agate

38

"Non esistono ricerche inutili" potrebbe essere un mantra nel mondo accademico.

Adam Cifu

www.ilpunto.it

Il progetto culturale dell'OMCeO di Torino

Sfoglia la rivista digitale