

8 febbraio 2024

RASSEGNA STAMPA



ARIS

ASSOCIAZIONE
RELIGIOSA
ISTITUTI
SOCIO-SANITARI

A.R.I.S.

**Associazione Religiosa Istituti Socio-Sanitari
Largo della Sanità Militare, 60
00184 Roma
Tel. 06.7726931 - Fax 06.77269343**

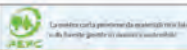




la Repubblica

Fondatore Eugenio Scalfari

Direttore Maurizio Molinari



Giovedì 8 febbraio 2024



Oggi con I piaceri del Gusto

Alto € 2,20

REPORTAGE NEL TUNNEL DI KHAN YUNIS

Nella stanza dove Sinwar teneva gli ostaggi

dal nostro inviato Fabio Tonacci

KHAN YUNIS - Da sotto, il sopra non esiste. Non si sente, non si percepisce, non si vede. Nell'oscurità umida e afosa di questo tunnel chilometrico che puzza di fogna e innerva le viscere di Khan Yunis, ogni decisione presa sembra priva di conseguenze. Ogni essere umano diventa ombra. Si cammina per centinaia di metri con la testa incassata nelle spalle attraverso gallerie di cemento tutte uguali.

alle pagine 2 e 3



Il tunnel Una stanza utilizzata da Yahya Sinwar 30 metri sotto terra

La trattativa

Muro contro muro l'ultimo scontro tra Netanyahu e il leader di Hamas

di Daniele Raineri a pagina 4

Le idee

Se l'Italia non è un Paese per poveri

di Isaia Sales

L'Italia non è un Paese per poveri (e neanche per precari). I dati forniti dal nostro giornale dimostrano che siamo in una vera emergenza nazionale, che non risparmia le aree ricche, anche se riveste una particolare incidenza al Sud.

a pagina 22

Edith Bruck: uno shock le catene a Ilaria Salis

di Furio Colombo



a pagina 15

Violenza negata: se a perdere sono le donne

di Linda Laura Sabbadini

Quello che sta avvenendo a livello europeo sulla direttiva contro la violenza sulle donne è un campanello d'allarme nel processo di costruzione della nostra Europa.

a pagina 23

ALLEANZE PER IL VOTO

Prove di Europa nera

Eric Zemmour, il leader xenofobo dell'estrema destra francese, entra nel partito dei conservatori Ue di Meloni. Spiazzati Le Pen e Salvini. La svolta fa scricchiolare il bis di Ursula von der Leyen alla presidenza della Commissione. Socialisti e liberali: mai con la destra

Libertà d'informazione, il Pd: basta con il monopolio Rai della premier

Il commento

Il flirt di Giorgia con i filorusi

di Francesco Bei

C'è un male oscuro nell'elettorato europeo che fa prevedere uno spostamento a destra alle prossime elezioni di giugno. Sopra questa onda che si sta alzando si notano già alcuni abili surfisti.

a pagina 23

L'ultradestra francese di Eric Zemmour, Reconquête, finora isolata nell'Europarlamento, entra nell'Ecr, gruppo dei Conservatori e riformisti di cui fa parte Fratelli d'Italia. È una mossa che rende più difficile l'alleanza tra Ecr e Ppe e l'avvicinamento tra Meloni e Le Pen, che rimane nel gruppo rivale Id dove c'è anche la Lega di Salvini. Ma quest'ingresso fa anche scricchiolare il bis di Von der Leyen alla presidenza della Commissione per l'ultimatum dei socialisti. E il Pd assedia la Rai sulla libertà di informazione.

di Castellani Perelli, Ginori, Tito e Vitale a pagine 6, 7 e 12

Sanremo



Il ritorno Amadeus con il maestro Giovanni Allevi

Allevi commuove il Festival e Travolta balla con Amadeus

dai nostri inviati Fumarola e Moretti con i commenti di Di Paolo e Manconi a pagine 28, 29 e 31

Domani in edicola

Sul Venerdì cosa resta dell'ora di religione



Advertisement for Vivin C (Vitamin C) with images of a woman and the product box.

CORRIERE DELLA SERA

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02.62821
Roma, Via Campania 50 C - Tel. 06.688281

FONDATA NEL 1876

Servizio Clienti - Tel. 02.63767310
mail: servizioclienti@corriere.it



Aveva 77 anni
Addio a Maria Fida Moro
che cercava altre verità
di **Giovanni Bianconi**
a pagina 23



L'ex difensore della Juve
Processo per stupro
Alves rischia 9 anni
di **Gaia Piccardi**
a pagina 15

Modenantiquaria
XXXVII Mostra di Alto Antiquariato
10-18 febbraio
www.modenantiquaria.it
Preview venerdì 9 febbraio

Premierato e dubbi
LA RIFORMA
E UN VELO
DI IPOCRISIA
di **Antonio Polito**

Il centrodestra sta faticosamente tentando di riparare il progetto di premierato nei punti dove più faceva acqua. Ma per ottenere questo risultato sta anche inevitabilmente toccando le prerogative del capo dello Stato, che pure aveva giurato di voler lasciare intatte. Nella nuova versione il potere di scioglimento del Parlamento passa in molti casi nelle mani del premier, così come quello di proporre la revoca dei ministri. Non è necessariamente un male: almeno così si solleva il velo dell'ipocrisia. L'elezione diretta è infatti una coperta che non può coprire tutto. I poteri del premier, quelli del presidente e quelli del Parlamento, si bilanciano l'uno con l'altro, e in qualsiasi sistema politico chi è eletto direttamente ha una legittimazione sovraordinata. Eppure, nonostante i cambiamenti introdotti, è rimasto in piedi quello che un esperto come Calderisi chiama «il diritto di imboscata» al premier da parte degli alleati. Nel senso che se, facciamo un nome a caso, un giorno Salvini volesse disarcionare il premier eletto, potrebbe riuscirci mandando sotto il governo su una qualsiasi questione di fiducia, e costringerlo così a dimettersi («atto dovuto») senza rischiare lo scioglimento (previsto solo in caso di «dimissioni volontarie»). Il premier continuerebbe così di fatto a dipendere dalla sua coalizione, più che dall'elettorato. Per questo bussillis, e per il silenzio minaccioso della Lega, è probabile che il sinedrio del centrodestra debba di nuovo metter le mani nel testo.
continua a pagina 28

Crisi Respinte le condizioni dei palestinesi. Antisemitismo, Segre denuncia l'ex diplomatica Basile

Israele: tregua, no a Hamas

Netanyahu: «Avanti fino alla distruzione dei terroristi». Il caso ostaggi

DOPO 18 ANNI AL POTERE
Bibi, re assoluto
(e indebolito)

di Davide Frattini
Alla fine si è stancato di essere il compagno di classe lasciato in disparte, quello antipatico agli altri due che si scambiavano incoraggiamenti, strette di mano e strizzate d'occhio. Così Bibi le conferenze stampa — più discorsi alla nazione che confronti con i giornalisti — ora le conduce da solo.
continua a pagina 2

Si allontana il tentativo di intesa tra Israele e Hamas. Il premier Benjamin Netanyahu definisce «deliranti» le condizioni poste da Hamas per arrivare a una tregua e al rilascio degli ostaggi. «Cedere porterebbe a un altro massacro». E al segretario di Stato americano Antony Blinken dice: «La guerra finirà solo con la distruzione totale di Hamas». La protesta delle famiglie degli ostaggi. La senatrice Lilliana Segre ha querelato Elena Basile.



Benjamin Netanyahu, 74 anni

L'ATTACCO ALLA SENATRICE
Vanità e ferocia,
l'ultimo sfregio

di Roberto Gressi
Un frullato di vanità, indifferenza e ferocia. Troppo anche per una società che non ha leggi contro il cattivo gusto perché l'ha convertito in un genere di consumo. Elena Basile da Napoli, 64 anni, filo putiniana e, detto da lei, «hupo mannaro». Lo sfregio a Segre.
a pagina 9

PROCEDURA DI INFRAZIONE
Caccia, il doppio
richiamo dell'Ue
Ma l'Italia
allenta i vincoli

di Francesca Basso
e Alessandro Sala
Caccia, l'Europa avvia una procedura di infrazione contro l'Italia per il mancato rispetto della direttiva uccelli e del regolamento Reach dopo le modifiche introdotte da Roma nelle norme. La direttiva uccelli protegge i volatili selvatici e i loro habitat, il regolamento Reach, invece, limita l'uso di munizioni contenenti piombo all'interno o nei pressi delle zone umide.
a pagina 19

Il Festival Il musicista si racconta e commuove. Travolta, un siparietto



Allevi, il ritorno al pianoforte
«La malattia? Ho altri doni»

di Renato Franco e Andrea Laffranchi

Al Festival l'emozionante ritorno in pubblico del musicista Giovanni Allevi: «Ho strappato una manciata di anni alla fine della mia vita». La malattia e «i doni del presente». La voce di Giorgia incanta con «E poi» trent'anni dopo. 115 big sul palco e il siparietto con Travolta.
alle pagine 38, 39 e 41

Agricoltori Il piano del governo
Trattori in marcia
«Noi a Sanremo»
I dubbi della Rai

di Antonella Baccaro e Fabio Paravisi
Quindici trattori sono partiti da Melegnano per Sanremo. «Accettiamo l'invito di Amadeus, saliremo su palco e porteremo le nostre proposte», fa sapere il movimento «Riscatto agricolo». Ma la Rai: «Nessun contatto». Il piano del governo.
a pagina 5

GIANNELLI
IL FESTIVAL DELLA CANZONATURA ITALIANA

LONGEVITÀ
VIVERE BENE, VIVERE A LUNGO
Il secondo volume, Lettera a un vecchio, è in edicola
CORRIERE DELLA SERA
OGGI

IL CAFFÈ
di Massimo Gramellini
La lezione
La cronaca ci restituisce i gesti di due professoressa lombarde accomunate da un incomprensibile destino. Entrambe accollate a scuola dai loro studenti: una qualche mese fa ad Abbiategrasso e l'altra nei giorni scorsi a Varese. Rivedendo il suo feritore in tribunale, Elisabetta Condò lo ha abbracciato; mentre Sara Campiglio, risvegliandosi dall'anestesia, per prima cosa ha voluto sapere come stava il ragazzo che l'aveva mandata in ospedale. Sembrano paginette da libro «Cuore», e se anche lo fossero non ci sarebbe nulla di male, con tutto il cinismo catastrofista (e complaciuto) che c'è in giro. Invece riesce difficile farle rientrare nella definizione di buonismo. Non siamo in presenza di insegnanti permissivi: anzi, pare siano state colpite proprio perché si rifiutavano di es-

Il nuovo romanzo dell'autore di *Le ore*
Michael Cunningham
Day
La nave di Teseo

IL LIBRO

Salza: "Libertà e coesione solo così Torino può ripartire"

ENRICO SALZA - PAGINA 29



L'AMBIENTE

La foto dell'orso addormentato una speranza per il Pianeta

NICOLAS LOZITO - PAGINA 23



IL COLLOQUIO

E Tyson prova a fare il buono "Sono cambiato, starò in Italia"

ANTONIO BARILLA - PAGINA 20



LA STAMPA



GIOVEDÌ 8 FEBBRAIO 2021

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



2,20 € (1,70 € QUOTIDIANO + 0,50 € PIACERI DEL GUSTO ABBONAMENTO OBBLIGATORIO) | ANNO 158 | N. 38 | IN ITALIA | SPEZIAZIONE ABB. POSTALE | DL 353/03 (CONV. IN L. 27/02/04) | ART. 1, COMMA 1, DDB - TO | www.lastampa.it



ISRAELE RESPINGE LA PROPOSTA DI HAMAS E LA MEDIAZIONE AMERICANA: LA GUERRA FINISCE CON LA DISTRUZIONE DELLA JIHAD

Netanyahu: no alla tregua, stiamo vincendo

L'ANALISI

Il dito puntato di Blinken contro Bibi

LUCIA ANNUNZIATA

È finita con un litigio a distanza, nel clima di una obbligata noblesse oblige, nondimeno drammatico. Consumato fra Gerusalemme e Tel Aviv, fra due alleati che pare condividano la stessa ostinazione sulle

proprie posizioni, al punto da non aver parlato insieme e non nello stesso momento alla nazione e al mondo: Netanyahu a Gerusalemme, Blinken da Tel Aviv. Nessuna conferenza stampa congiunta. - PAGINA 3



DEL GATTO, MAGRÌ, MOSCATELLI



«Vicine la distruzione di Hamas e la vittoria totale». Blinken media ma salta il vertice con i militari. - PAGINE 2-4

LA GEOPOLITICA

Le bombe elettorali di Putin sull'Ucraina

ANNA ZAFESOVA

Una pioggia di missili e droni su Kyiv, Mykolaiv, Kharkiv e Leopoli, che spacca di nuovo il mondo in due: da un lato ci sono le immagini di palazzi in fiamme. - PAGINA 14

AGRICOLTORI E AMADEUS D'ACCORDO SULLA PRESENZA ALL'ARISTON. SCONTRO TRA L'AD SERGIO E IL DG ROSSI

Nomine e trattori, governo diviso

Ira di Salvini sul treno per Sanremo: Meloni vuole Rai e Fs. Sit-in del Pd: Italia svilita dalla tv patriota

ILARIO LOMBARDO

Luigi Corradi ha una gran voglia di farsi fotografare accanto a Giorgia Meloni. In un comunicato tutta la furia di Matteo Salvini. - PAGINA 7

LA GIUSTIZIA

Mafia, nessuno tocchi la confisca dei beni

GIAN CARLO CASELLI, ENZO CICONTE

C'era una volta che la mafia "non esisteva". Nel senso che per un sacco di tempo fiorì di procuratori generali, cardinali, notabili della più diversa estrazione e collocazione politico-culturale continuarono a negarne pubblicamente, ufficialmente e solennemente l'esistenza stessa. Chi osava dissentire da questa "verità" veniva tacciato di provocazione (di matrice comunista o "nordista", a seconda dei gusti). Se la mafia non esisteva, ovvio che nessuno la cercava. E se qualcuno un po' fuori del coro ci provava lo stesso, difficile che riuscisse a trovare qualcosa. Al massimo riusciva a rimediare qualche stentata assoluzione per insufficienza di prove. - PAGINA 27

IL RITORNO SUL PALCO DOPO LA MALATTIA

Emozione Allevi

ALBERTO MATTIOLI, MICHELA TAMBURINO

La mediocrazia al Festival

FLAVIA PERINA

Mancano due serate, magari qualcosa arriverà: un po' di coraggio e invenzione. - PAGINE 30-33

MARIA LAURA ANTONELLI/AGF

BERTÈ: CANTO PER TUTTI I FOLLI COME ME

Pazza Loredana

LUCA DONDONI

Quello che le donne dicono

SIMONETTA SCIANDIVASCI

Uno degli applausi più sentiti, di sollievo e adesione, lo ha preso Giorgia. - PAGINA 32

L'ESPRESSO

LO SPORTELLINO ANTIVIOLENZA

Università di Torino "Dalle studentesse centinaia di denunce per molestie sessuali"

LEONARDO DI PACO



«Ragazze, non abbiate paura, fatevi avanti e denunciate. Esistono tutti gli strumenti per assistervi, tutelarvi il vostro anonimato, e punire i responsabili». È l'appello di Paola Maria Torioni, docente di Sociologia all'università di Torino e referente dello sportello anti-violenza. - PAGINA 19

I DIRITTI

Se l'Europa non sa riconoscere lo stupro

CATERINA SOFFICI

È così difficile affermare che un rapporto sessuale senza consenso è stupro e che lo stupro è un reato? Evidentemente c'è qualcuno - troppi - a Bruxelles che pensa non sia opportuno, in questi mesi di campagna elettorale, affrontare temi controversi. - PAGINA 27

IL RACCONTO

Il diario di Ilaria Salis: mi urlavano W il Duce

LODOVICO POLETTO

Undici febbraio 2023, il giorno dell'arresto. «Quando il furgone si ferma nel parcheggio della questura la sera inizia ad avvolgere i palazzi. "Antifa? Duce, Mussolini". È l'accoglienza che ricevo e sono anche le ultime parole comprese». BONINI - PAGINA 10

TRAVAGLINI GATTINARA

travaglinigattinara.com

travaglinigattinara

BUONGIORNO

Tommaso Foti di Fratelli d'Italia e Marco Furfaro del Partito democratico ieri si sono associati per restituire al Parlamento la dignità e l'autorevolezza fiaccate da trent'anni di retorica anticasta. Il primo, conversando coi giornalisti a Montecitorio, ha lodato l'interesse manifestato dagli avversari d'opposizione per le proteste degli agricoltori: «Gli consiglieri di salire su un trattore, così dimostrerebbero di aver lavorato almeno un'ora nella vita». Colpito da tanta cavalleria, Furfaro si è solennemente sdebitato: «Caro Foti, sono 43 anni che campi di politica, sei a spese dei contribuenti nelle istituzioni da quando avevo 20 anni, non hai mai fatto altro che questo e l'unica cosa per cui sei famoso - dopo 43 anni di politica e dolce far niente - è l'essere indagato per corruzione. Ma taci per favore, che

Camicia di forza

MATTIA FELTRI

io alla tua età, mentre tu campavi sulle spalle degli italiani, mi alzavo la mattina alle 4 per lavorare nei vivai per pagarmi gli studi universitari...». Il reciproco e caloroso riconoscimento, teso a ribadire la centralità costituzionale dei parlamentari come perdigiorno, mangiapane a ufo e sanguisughe del popolo, introduce una rinnovata concordia fra destra e sinistra e favorirà ulteriori riforme predisposte a completare la demolizione della democrazia parlamentare, e a spianare la strada a leaderismi, autoritarismi, robe così di cui incolparsi gli uni con gli altri con grande profitto. Dimenticavo: i due hanno deciso di suggellare con vicendevole querela la concomitanza d'intenti, e in tribunale, per loro fortuna, il tentato suicidio non è sanzionato. Ma l'incapacità di intendere e di volere sì.

Fili Frattini

frattini.it



Il Messaggero



€ 1,40 ANNO 140 - N° 30
Settimanale di Roma - L. 140/2004 art. 1 c. 103-091

NAZIONALE



Giovedì 8 Febbraio 2024 • S. Girolamo Emiliani

IL GIORNO DEL MATTINO

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

In edicola e sul web
Canta che ti passa,
su **MoltoSalute**
il potere benefico
delle corde vocali
Un inserto di 24 pagine



Sanremo si commuove
La musica di Allevi
oltre la malattia
«C'è ancora domani»
Andrei a pag. 22



Generazioni a confronto
Bertè, Emma, Angelina
donne protagoniste
«Ce lo meritiamo»
Marzi a pag. 23

Il caso Stellantis
Il mercato
dell'auto
e le mosse
per ripartire
Romano Prodi

Si discute molto sulle improvvise dichiarazioni di Tavares che ha chiesto cosidusi per conservare in Italia il residuo di capacità produttiva che Stellantis ancora possiede nel nostro paese. Queste dichiarazioni non costituiscono una novità. Non sono che un capitolo della lunga storia che riguarda la progressiva estinzione dell'industria automobilistica italiana. Prendendo in esame solo gli ultimi vent'anni ricordiamo che, di fronte alla durezza della concorrenza e all'ormai prolungata insufficienza degli investimenti in ricerca e sviluppo della Fiat, nell'estate del 2004, chiamarono alla massima responsabilità dell'azienda non un esperto di ingegneria, ma un genio della finanza. Il compito di Marchionne era infatti salvaguardare il patrimonio degli azionisti messo a rischio da una situazione finanziaria disperata. Non aveva il mandato di creare, nella Fiat e attorno alla Fiat, una squadra vincente nella nuova concorrenza internazionale, ma di salvare il patrimonio degli azionisti. Il quasi impossibile compito fu svolto in modo assolutamente geniale e quasi insperato. Marchionne, tuttavia, era cosciente e ha più volte reso esplicite le tesi che i nostri impianti fossero arretrati e sovradimensionati e che, quindi, fosse necessario ridurre la capacità produttiva, limitando gli investimenti, la ricerca e la produzione dei nuovi modelli.

Il conseguente calo degli addetti ha proceduto a ritmo inesorabile.

Continua a pag. 20

Netanyahu, no all'accordo: «Avanti contro Gaza»

► Israele, niente tregua
«Attacco fino a Rafah,
distruggiamo Hamas»

ROMA Medio Oriente in fiamme la tregua di allontana. Netanyahu respinge l'intesa con Hamas per il rilascio degli ostaggi. E rilancia: «Attacchiamo anche Rafah e distruggiamo Hamas, la vittoria è vicina».

Ventura a pag. 10

Via libera alla linea ferroviaria per l'Abruzzo

Meloni, sprint sulla Roma-Pescara
E Salvini stanzia i fondi per la Salaria

Stefano Dascoli

Il premier Meloni a L'Aquila lancia la corsa per la rielezione di Marsilio alla



Regione. E annuncia: «Trova i soldi per la Roma-Pescara». Salvini per le strade maxi-piano da 7,5 miliardi.

A pag. 9

Restano senza terapie 1,6 milioni di cittadini

Rapporto Svimez: con il caro-sanità balzo della spesa a carico delle famiglie

ROMA Sanità. Balzo della spesa a carico delle famiglie. Rapporto della Svimez: 1 euro su 4 ormai è pagato direttamente



dai privati. L'impatto sull'aspettativa di vita. Bassi, Caramadre e Evangelisti alle pag. 6 e 7

Trattori, corteo a numero chiuso

► Accordo per far entrare domani a Roma 10 mezzi agricoli: manifestazione a San Giovanni Si tratta per la presenza a Sanremo e un messaggio di Amadeus. Lollobrigida: protesta con regole

Mondiali, a Doha storico successo del romano: «Contro gli stereotipi»



Minisini danza nell'acqua e nell'oro

Giorgio Minisini, oro ai Mondiali di Doha nel sincronizzato

Mei nello Sport

ROMA Trattori: manifestazione a San Giovanni e corteo minimo. Bessi, Bussotti, Mozzetti, F. Sorrentino e Truillo alle pag. 2 e 3

«Basta Playstation voglio fare i compiti» E accoltella il fratello

► La ragazza: teneva il volume troppo alto Fendente tra cuore e polmoni al sedicenne

FAVARA (AG) «Basta con la Playstation». E accoltella il fratellino. Tragedia a Favara, nell'Agrigentino. Il sedicenne colpito alle spalle fra cuore e polmone: è in gravi condizioni. La sorella di 17 anni è stata denunciata: «Faceva troppo rumore e lo dovevo fare i compiti». Si indaga per capire se la situazione si potesse prevedere: forse la giovane ha un disturbo psichico.

Lo Verso a pag. 12

Si in Commissione
Moto e scooter 125
in autostrada
e nelle tangenziali

ROMA Rivoluzione in strada: il governo apre tangenziali e autostrade a moto e scooter di 125 cc. Arcobelli e Di Branco a pag. 13

Dopo la visita a Carlo



Harry via da Londra
senza salutare
il fratello William

LONDRA Harry non vede il fratello e ritorna da Meghan a Los Angeles. La visita a Londra è durata solo 24 ore ma non è bastata per ricucire gli strappi. Prove da re per William.

Sabadin a pag. 11

NOVITA

DORMITA GALATTICA, RISVEGLIO SPAZIALE.

SENZA GELATINA DI ORIGINE ANIMALE

SENZA ZUCCHERI

NON CREA ABITUDINE

PASTIGLIE GOMMOSE

Con Melatonina che aiuta a ridurre il tempo richiesto per prendere sonno. Gli integratori non vanno intesi come sostituti di una dieta variata ed equilibrata e di uno stile di vita sano.

Il Segno di LUCA

IL LEONE VOLTA PAGINA NEL LAVORO

La configurazione ti impone una sorta di prova di forza con te stesso nel lavoro, in modo da girare pagina e passare a un nuovo capitolo. Si tratta in realtà di un passaggio piuttosto rapido ma comunque significativo perché ti restituisce un grado maggiore di libertà e ti riconcilia con l'immagine che hai di te stesso. Quella attuale è una fase intensa, è bene che studi attentamente le carte che hai in mano per giocare quella giusta. MANTRA DEL GIORNO Per aprirti al nuovo chiudi al vecchio.

L'oroscopo a pag. 20

* Tariffe con altri quotidiani (non acquistabili separatamente): solo governo di Mestre, Lecce, Brindisi e Taranto, il Messaggero - Nuovo Quotidiano di Puglia € 1,20, la demarcazione Tutinoriente € 1,40, in Abruzzo, il Messaggero - Giornale dello Sport, Stato € 1,40, nel Molise, il Messaggero - Primo Piano; Napoli € 1,50 nelle province di Bari e Foggia, il Messaggero - Nuovo Quotidiano di Puglia - Corriere Auto Sport, Stato € 1,50.

DEVOTIO 2024 ANNO LVIII n° 33 1,50 € Santa Giuseppina Bekhita regina INVITO OMAGGIO

Avvenire Quotidiano di ispirazione cattolica www.avvenire.it

DEVOTIO BOLOGNA ITALY 11/13 FEBBRAIO ESPONIZIONE INTERNAZIONALE DI PRODOTTI E SERVIZI PER IL MONDO RELIGIOSO

Editoriale PRIMO CANTIERE DI CITTADINANZA

La scuola è il primo e il prioritario cantiere per costruire la cittadinanza. (Già dai 3 anni, uscendo definitivamente dal nido materno, i bambini e le bambine si trovano a confrontarsi con un ambiente affettivo inedito e nel quale iniziano a vivere le necessarie frustrazioni, incontrando adulti che non sono solo mamma e papà e compagni che non sono fratellini, sorelline e cuginetti.)

IL FATTO Dopo i primi segnali di apertura Netanyahu boccia il piano di Hamas e ordina l'avanzata su Rafah

Gaza, braccio di ferro sul tavolo della tregua

Per la diplomazia non è ancora rottura totale, oggi nuovo round di negoziati al Cairo



Quando anche da fonti Usa veniva dato per imminente l'ok di Netanyahu all'accordo con Hamas, in serata il premier israeliano ha gelato ogni speranza, rifiutando come «delirante» la proposta di tregua nella guerra contro di Hamas.

Primopiano a pag. 2 e 3

I nostri temi

GORIZIA Redaelli: l'odio non è inevitabile Aprire vie di pace

PAOLO LAMBRUSCHI Gorizia e Nova Gorica. L'8 febbraio 2025 la cultura che ha superato i confini unendo due città. Le renderà capitali europee per un anno.

A pagina 5

SINDACI «Lo spopolamento non è un destino già segnato»

ILARIA BERETTA Laconi, Santa Fiora, Grottole, Gagliano Aterno, Bicari. Storie di ordinaria resilienza dei piccoli Comuni dell'Italia dimenticata: molti chiave per i sindaci che non accettano di arrendersi al declino.

A pagina 8

Editoriale

Popolazione e ambiente PICCO INFANTILE GIÀ SUPERATO

Non si conoscono con esattezza. Tanto o il crescere, o il, tantomeno il giorno, in cui è accaduto. Ma ormai tutti gli esperti concordano: già dalla fine dello scorso decennio, il numero di bambini che nascono ogni anno sulla terra ha smesso di aumentare. Più precisamente, si è arrestato la crescita della componente infantile degli abitanti del pianeta, quella che va da zero a cinque anni. Ultima conferma è stata comunicata all'inizio di questo mese dal Global Change Data Lab, un'organizzazione non-profit inglese che pubblica on line una ricca massa di informazioni e numeri, chiamata "Our world in data" (il nostro mondo in dati).

continua a pagina 14

FAMIGLIA La storica sentenza negli Stati Uniti

Il figlio uccide, condanna alla madre

La grande questione CHI EDUCA I GENITORI?

LUCIANO MOIA

Inutile stupirsi. Anche da noi la responsabilità genitoriale è ruolo delicato e complesso, che non riguarda solo le relazioni familiari ma si allarga, con identica rilevanza, alla sfera pubblica.

a pagina 4

Per la prima volta nella storia americana una madre (Jennifer Crumbley, nella foto) andrà in carcere, fino a 15 anni, per gli omicidi commessi dal figlio adolescente, che aveva ucciso un insegnante e tre compagni di scuola. La decisione è inetta di una giuria del Michigan e destina a lasciare il segno nella società americana.

Molinari a pagina 4

POLITICA Il francese Zemmour con i conservatori. Caos intorno ai trattori

Meloni guarda a destra per il voto alle Europee

Viktor Orbán è ancora un'ipotesi per il dopo voto, Eric Zemmour invece è già una realtà. Giorgia Meloni continua nel suo percorso di allargamento del campo della destra europea. Nell'attesa di un possibile ingresso nei Conservatori dell'alleanza inghiese (che ha ricevuto un'altra procedura da Bruxelles sul taglio dei pesticidi non è bastata a placare gli animi e in patria c'è in corso il braccio di ferro sull'Ufep. A complicare il quadro le trattative su più piani per una presenza al Festival di Sanremo.

Servizi alle pagine 6 e 7

ANTISEMITISMO

Liliana Segre querela dopo le (false) accuse Solidarietà unanime

Hanno provocato la reazione della senatrice a vita, sopravvissuta ad Auschwitz, le parole dell'esfizionaria della Farnesina.

Picariello A pagina 10

EVITA Restituire al dolore il senso cristiano

Muolo a pagina 15



IL REPORT SIMEZ Povertà sanitaria per 1,6 milioni Salimaro a pagina 9

POPOTUS Un esercito di animali Dodici pagine tabloid

Facce Che Dio benedice tu

Mattina feriala a Milano. Tutti di fretta: le mamme con i bambini, gli impiegati, i fattorini. Pochi a Milano, alle otto, stanno fermi: solo i mendicanti, fuori dai supermercati. Se ne incrociano almeno due ogni mattina: al primo dai una moneta, al secondo dici "mi spiace". Ma l'altro giorno uno era molto insistente. Un ragazzo nero con un biglietto scritto in italiano: "Mia moglie non ha più latte, non ho i soldi per il latte in polvere per il bambino". Anche di simili biglietti purtroppo se ne vedono tanti. E quindi, di fretta, avevo scosso la testa. Solo che, salendo in auto, qualcosa

mi ha fermata: e se quel ragazzo diceva davvero? Ho rivisto i suoi occhi, le mie trentantenni nel mostrare il biglietto. Era già al volante. Ho fatto il giro dell'isolato, sperando che il ragazzo fosse ancora all'incrocio. Gli ho dato i soldi per una scatola di latte. Lui si è voltato ed è corso verso la farmacia lì accanto. Ma, un attimo ed è tornato indietro, quasi avendo dimenticato qualcosa. "Che Dio benedice tu!", mi ha gridato, e poi via di nuovo verso la farmacia. L'ho visto bene in faccia allora, il sorriso sui denti candidi, gli occhi neri sgraviati dall'angoscia: per quel giorno, il suo bambino mangiava. Un giovane padre, davvero. Allora ho pensato a un mio figlio, che ha due bambini. Imperdonabile, se non mi fossi fermata.

© ANTONIO DI NOSTRO

Agorà

IDEE Capire la scienza non è una questione di genere Maracci a pagina 18

SANREMO L'incontro toccante: Allevi: la musica è la mia sola terapia Calvini a pagina 20

SPORT Il presidente dell'Aia Pacifici: noi arbitri il futuro del calcio Castellani a pagina 21

VITA NASCENTE E LA MEDICINA PERINATALE: CURA E ACCOGLIENZA DEL CONCETTO PAZIENTE CONVEGNO SCIENTIFICO INTERNAZIONALE 10 FEBBRAIO 2024 Novara Aula Magna dell'ADU Maggiore della Carità

IL REPORT SVIMEZ
**Povert  sanitaria
per 1,6 milioni**
Salinaro a pagina 9

IL REPORT SVIMEZ E SAVE THE CHILDREN

In povert  sanitaria 1,6 milioni di italiani

«Sud indietro per prevenzione e cura, per le patologie pi  gravi pazienti in fuga verso il Nord»
VITO SALINARO

Nessuna inversione di tendenza. Persistono due livelli di qualit  sanitaria tra Nord e Sud del Paese, con il Mezzogiorno che   un paziente cronico: nel Sud la povert  sanitaria riguarda l'8% dei nuclei familiari, una misura doppia rispetto al 4% del Nordest (e al 5,9% del Nordovest, e al 5% del Centro). Si tratta di famiglie - 1,6 milioni in totale, di cui 700 mila al Sud - che spesso rinunciano a farsi curare, strette come sono tra liste di attese lunghissime da una parte e l'alternativa delle prestazioni a pagamento dall'altra. Gli indicatori Bes (Benessere equo e sostenibile) sono senza appello perch  si allarga il divario anche nella speranza di vita: 81,7 anni al Sud, ovvero 1,3 anni in meno del Centro e del Nordovest, 1,5 in meno del Nordest. E la mortalit  per tumore   di 9,6 per 10 mila abitanti per gli uomini nel Mezzogiorno; la soglia scende all'8 nel Nord. Per le donne il divario dice 8,2 al Sud e meno del 7 al Nord.

Sono alcuni dei dati contenuti nel Report *Un Paese, due cure. I divari Nord-Sud nel diritto alla salute*, promosso dalla Svimez (Associazione per lo sviluppo dell'industria nel Mezzogiorno) con Save the Children, e che denuncia un Sud con servizi di prevenzione e cura pi  carenti, una minore spesa pubblica sanitaria, una accentuata distanza da percorrere per ricevere assistenza soprattutto per le patologie pi  gravi. Proprio quest'ultimo punto offre una lettura di ulteriore, grande preoccupazione. Non a caso il Report parla di «fuga dal Sud», specie per le patologie pi  gravi. Un

dato su tutti: il 22% dei malati oncologici meridionali si fa curare al Nord. E, nel 2022, dei 629 mila migranti sanitari, il 44% era residente in una regione del Mezzogiorno. La Calabria registra l'incidenza pi  elevata, con il 43% dei pazienti che si rivolge a strutture sanitarie di regioni non confinanti; seguono la Basilicata (25%) e la Sicilia (16,5). Una tendenza, quella dei lunghi viaggi, che, secondo Save the Children, si riscontra anche per i pazienti pediatrici e che raggiunge punte del 43% in Molise, del 30 in Basilicata, del 26 in Umbria e del 23 in Calabria.

Del resto,   la motivazione del Report, i divari territoriali sono aumentati in «un contesto di generalizzata debolezza del Sistema sanitario nazionale che, nel confronto europeo, risulta sottodimensionato per stanziamenti di risorse (in media 6,6% del Pil contro il 9,4% di Germania e l'8,9% di Francia), a fronte di un contributo privato elevato (24% della spesa sanitaria complessiva, quasi il doppio di Francia e Germania)». Dai dati regionalizzati di spesa sanitaria (di fonte Conti Pubblici territoriali) risultano livelli di spesa per abitante, corrente e per investimenti, pi  contenuti nelle regioni meridionali. Se la media nazionale   di 2.140 euro, la spesa corrente pi  bassa   quella della Calabria (1.748 euro). Poco distanti la Campania (1.818), la Basilicata (1.941) e la Puglia (1.978). Inoltre, il monitoraggio Lea (Livelli essenziali di assistenza), che offre un quadro delle differenze nell'efficacia e qualit  delle prestazioni fornite dai diversi Servizi sanitari regionali (Ssr), fa emergere i deludenti risultati del Sud, dove ben 5 Regioni risultano inadempienti. Sud bocciato anche nella prevenzio-

ne oncologica. Secondo l'Istituto superiore di sanit  (Iss), nel biennio 2021-2022, circa il 70% delle donne di 50-69 anni si   sottoposta ai controlli: due su tre lo hanno fatto aderendo ai programmi di screening gratuiti. La copertura complessiva   dell'80% al Nord, del 76% al Centro, ma scende ad appena il 58% nel Mezzogiorno. La prima regione per copertura   il Friuli Venezia Giulia (87,8%); l'ultima   la Calabria, dove solo il 42,5% delle donne di 50-69 anni si   sottoposto ai controlli e dove le donne che hanno effettuato screening promossi dal Servizio sanitario sono appena l'11,8%, il dato pi  basso in Italia.

Come se non bastasse, scrivono gli autori del Report, questo quadro rischia di aggravarsi anche a causa dell'autonomia differenziata. Che potrebbe determinare ulteriori capacit  di spesa nelle aree ad autonomia rafforzata, «finanziate dalle compartecipazioni legate al trasferimento di funzioni e, soprattutto, dall'eventuale extra-gettito derivante dalla maggiore crescita economica». Tutto ci , in un contesto in cui «i Lea non hanno copertura finanziaria integrale a livello nazionale». Insomma, si va incontro ad una pi  estesa «differenziazione territoriale delle politiche pubbliche in ambito sanitario». Con il conseguente aumento «della sperequazione finanziaria tra Ssr e delle disuguaglianze interregionali nell'accesso al diritto alla salute». I suggerimenti pi  immediati suggeriti dallo studio al Governo? «L'aumento della spesa sanitaria, che   la priorit  nazionale» e la correzione del metodo di riparto regionale del Fondo sanitario nazionale per tenere conto dei maggiori bisogni di cura nei territori a pi  elevato disagio socio-economico».



Restano senza terapie 1,6 milioni di cittadini

Rapporto Svimez: con il caro-sanità balzo della spesa a carico delle famiglie

ROMA Sanità, balzo della spesa a carico delle famiglie. Rapporto della Svimez: 1 euro su 4 ormai è pagato direttamente

dai privati. L'impatto sull'aspettativa di vita.

Bassi, Caramadre e Evangelisti
alle pag. 6 e 7



I costi della salute

Sanità, balzo della spesa a carico delle famiglie

► Rapporto della Svimez: 1 euro su 4 ► L'impatto sull'aspettativa di vita: aumenta ormai è pagato direttamente dai privati il divario tra Centro-Nord e Mezzogiorno

IL DOSSIER

ROMA Si curi chi può. Solo che sempre più cittadini non sono in grado di farlo. Vorrebbero ma non possono, per mancanza di soldi. In Italia lo Stato finanzia, in termini reali, sempre meno la Sanità. E sempre più famiglie scelgono di pagarsi le cure di tasca propria, magari facendo affidamento sulle ormai diffuse polizze sanitarie. Il risultato è che un euro su quattro dei costi delle terapie oggi è saldato direttamente dai cittadini. Il dato emerge dallo studio «Un Paese due cure», appena pubblicato dalla Svimez, l'associazione per lo sviluppo

del Mezzogiorno, in collaborazione con Save The Children. Il quadro che ne emerge è abbastanza fosco. Nel Paese ci sono 1,6 milioni di famiglie in "povertà sanitaria".

Hanno cioè dovuto rinunciare alle cure per motivi economici. Nel Mezzogiorno la quota la povertà sanitaria riguarda l'8 per cento dei nuclei familiari, un valore doppio rispetto al 4 per cento del Nord-Est (5,9 per cento al Nord-Ovest, 5 per cento al Centro). Non solo. Quasi una famiglia italiana su dieci, ricorda lo studio, ha dovuto sostenere spese sanitarie parti-

colarmente onerose, pari ad oltre il 40 per cento delle proprie capacità economiche. I dati coincidono con quelli recentemente pubblicati anche dalla Ragioneria generale dello Sta-



to, secondo cui nel 2022 la spesa a carico dei cittadini trasmessa attraverso il sistema della tessera sanitaria ha superato i 40 miliardi di euro. Un trend in crescita costante, se si considera che solo nel 2016 questo valore superava di poco i 28 miliardi. A pesare, secondo la Svimez, è il calo in termini reali (ossia computando dal conteggio l'inflazione) della spesa sanitaria. Un'onda lunga, che viene da lontano. Dopo la crisi dei debiti sovrani nelle economie europee con maggiori problemi, sulla salute si è disinvestito. In Italia tra il 2010 e il 2019 le risorse pubbliche in termini reali allocate per ogni cittadino si sono ridotte del 2 per cento. Con il Covid e la necessità di far fronte all'emergenza sanitaria, il trend si è invertito. In Italia nel 2022 il valore è tornato di poco superiore a quello del 2019, ma per il triennio 2024-2026, come ha stimato l'Ufficio parlamentare di bilancio, si prevede una nuova contrazione che riporterà l'incidenza della spesa rispetto al Pil al 6,3 per cento.

LA DISTRIBUZIONE

Le risorse non solo sono poche, ma anche male distribuite. Come è possibile? Dipende dai criteri di riparto dei fondi della Sanità tra le Regioni. Un meccanismo complesso ma che vale la pena di approfondire. In Italia esistono i "Lea", i livelli essenziali di assistenza. Si tratta delle cure che ogni cittadino dovrebbe ricevere a prescindere dal luogo dove abita. Solo che i

soldi per finanziare i Lea non sono sufficienti. Così non vengono finanziati direttamente i servizi, ma tutte le risorse finiscono in un calderone unico, e poi vengono ripartite tra le Regioni in base sostanzialmente a due criteri: il 60 per cento in base alla popolazione residente nella Regione e il restante 40 per cento in base alle classi di età, dando più peso alle fasce 0-1 anni e agli over 75. Non si tiene conto, fa notare la Svimez, dei fattori socio-economici nei criteri di riparto. Siccome la crisi demografica sta svuotando il Mezzogiorno molto più rapidamente del resto del Paese, questo comporterà una ulteriore redistribuzione a favore delle regioni del Nord: meno 7 per cento di finanziamento al Sud, mentre per esempio la Lombardia vedrà crescere del 3,6 per cento i propri fondi e l'Emilia Romagna dell'1,5 per cento. E tutto questo rispetto ad una situazione di partenza già squilibrata.

A fronte di una media nazionale di 2.140 euro di spesa sanitaria corrente pro-capite, in Calabria ogni cittadino "riceve" 1.748 euro per la sua salute, in Campania 1.818 euro, rispetto ai 2.411 euro della Valle D'Aosta o ai 2.269 euro del Veneto.

Meno soldi per la Sanità, significano anche meno possibilità di cura, soprattutto nelle Regioni del Mezzogiorno dove la possibilità di coprire i costi sanitari con il proprio reddito è minore.

GLI IMPATTI

Tutto questo, secondo il rap-

porto della Svimez, ha un impatto anche sulla speranza di vita. Che, va detto, sta aumentando in tutte le aree del Paese, Sud compreso. Ma mentre al Centro e al Nord-Ovest la vita media si è allungata di un anno, arrivando a 83 anni, nel Mezzogiorno ci si ferma a 81,7 anni. Ma probabilmente uno dei dati più allarmanti è la mortalità per tumore nel Mezzogiorno, con una media di 8,8 decessi ogni 10 mila abitanti, contro i 7,8 del Centro e del Nord-Ovest e i 7,2 decessi per 10 mila abitanti del Nord-Est.

«I dati del rapporto - ha sottolineato il direttore generale della Svimez Luca Bianchi - offrono la fotografia preoccupante di un divario di cura che si traduce in minori aspettative di vita e più alti tassi di mortalità per le patologie più gravi nelle regioni del Mezzogiorno. Rafforzare la dimensione universale del Sistema sanitario nazionale è la strada per rendere effettivo il diritto costituzionale alla salute».

Andrea Bassi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

SECONDO I DATI DELLA RAGIONERIA GENERALE, NEL 2022 I CITTADINI HANNO VERSATO 40 MILIARDI

IL MECCANISMO DI RIPARTO DEL FONDO SANITARIO TRA LE REGIONI PENALIZZA QUELLE MERIDIONALI



Il nuovo fenomeno



Il “turismo” della salute che attraversa il Paese (e si rivolge anche al Lazio)

► In Calabria un paziente oncologico su due va a curarsi in altre regioni

► Save the children: «Anche molti bambini sono costretti a viaggiare»

IL FOCUS

ROMA Viaggiare per curarsi. Questa è una delle storture della sanità italiana denunciata da Svimez. Al Sud si vive un anno e mezzo in meno. Basterebbe questo dato per raccontare come l'Italia sia divisa in due sul fronte dell'offerta sanitaria. Se l'aspettativa di vita media nelle regioni meridionali è di 79,5 anni per gli uomini e 83,9 per le donne, nel Centro Italia si sale rispettivamente a 81 e 85,2 anni, per arrivare al dato più alto del Nord-Est, 81,1 e 85,4.

VIAGGI

Ma c'è un altro modo per raccontare questa storia partendo dai dati del Report Svimez (Associazione per lo sviluppo dell'industria nel Mezzogiorno) dal titolo “Un Paese, due cure. I divari Nord-Sud nel diritto alla Salute”: nel 2022, dei 56.079 malati oncologici residenti al Sud, 12.401 sono andati a curarsi in una struttura ospedaliera di una regione del Centro-Nord: si tratta del 22,1 per cento. Il percorso inverso è minimo, pari allo 0,1 per cento. In particolare in Calabria la mobilità in un'altra regione ha riguardato una percentuale elevatissima, il 42,9 per

cento. In Campania siamo al 26,9, in Basilicata al 25, in Sicilia al 16,5, in Sardegna al 16,3, in Molise al 14,9, in Puglia al 13,9. La prima regione del Nord nel dato sulla migrazione di paziente oncologici è la Valle d'Aosta, al 13,2 per cento, ma in questo caso la spiegazione è più banale, viste le dimensioni è molto più semplice per un cittadino di quel territorio spostarsi in Piemonte. Emilia-Romagna, Piemonte, Lombardia e Veneto hanno invece tutte percentuali da “0 virgola”, praticamente non si sposta nessuno. D'altra parte secondo un'altra ricerca (Ropi, Rete Oncologica Pazienti Italia, su dati Agenas) per la chirurgia oncologica le 10 strutture con dati migliori sono al Centro-Nord (Lazio compreso). Più nel dettaglio: il numero di interventi eseguiti è considerato un indicatore dell'affidabilità di una struttura sanitaria. Un esempio: per il tumore del polmone al vertice c'è l'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea di Roma con 572 interventi l'anno, seguono l'Istituto Europeo di Oncologia - Ieo di Milano con 538 e l'Azienda Ospedaliera - Universitaria Careggi di Firenze con 462 (tra i primi dieci anche il Sud, con l'Ospedale Monaldi di Napoli con 292).

Più in generale secondo l'analisi di Svimez c'è «la fuga dal Sud per ricevere assistenza in strutture sanitarie del Centro e del Nord, soprat-

tutto per le patologie più gravi. Nel 2022, dei 629 mila migranti sanitari (volume di ricoveri), il 44 per cento dei casi era residente in una regione del Mezzogiorno». I saldi della mobilità interregionale nello scorso decennio ha visto un saldo ampiamente attivo in Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana e Veneto, al contrario passivo in Campania, Calabria, Sicilia e Sardegna. Il Lazio attrae pazienti grazie ai grandi ospedali universitari e ad eccellenze come il Bambino Gesù. Secondo Svimez con l'autonomia differenziata (la riforma decisa dal Governo) «si rischierebbe di aumentare le sperequazioni finanziaria tra Servizi sanitari regionali e di ampliare le disuguaglianze interregionali nelle condizioni di accesso al diritto alla salute». Il report fa notare che la mortalità per tumore è più elevata al Sud: nel 2020 su 10.000 abitanti il tasso era di 8,8 nelle regioni meridionali, 7,8 nel Centro e nel Nord-Ovest, 7,1 nel Nord-Est.

BAMBINI

Secondo Save the Children il feno-



meno riguarda anche le migrazioni sanitarie pediatriche da Sud verso il Centro-Nord, «segno di carenze o di sfiducia nel sistema sanitario delle regioni del Mezzogiorno: l'indice di fuga – ovvero il numero di pazienti pediatrici che vanno a farsi curare in una regione diversa da quella di residenza – nel 2020 si attesta in media all'8,7 per cento a livello nazionale, con differenze territoriali che vanno dal 3,4 del Lazio al 43,4 del Molise, il 30,8 della Basilicata, il 26,8 dell'Umbria e il 23,6 della Calabria. In particolare, un terzo dei bambini e degli adolescenti si mette in viaggio dal Sud per ricevere cure per disturbi mentali o neurologici, della nutrizione o del metabolismo nei

centri specialistici convergendo principalmente a Roma, Genova e Firenze, sedi di Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) pediatrici». Conclude Luca Bianchi, direttore generale Svimez: «La scelta, spesso obbligata, di emigrare per curarsi oltre causare costi individuali finisce per amplificare i divari nella capacità di spesa dei diversi sistemi regionali».

Mauro Evangelisti

LUCA BIANCHI (SVIMEZ):
«QUESTO FENOMENO
STA ACCENTUANDO
LE DISEGUAGLIANZE
TRA I SISTEMI
SANITARI REGIONALI»

22,1%

La percentuale di pazienti oncologici che da regioni del Sud del Paese si sono spostati in ospedali del Nord e del Centro per curarsi

4 mld

Secondo uno studio della Fondazione Gimbe la migrazione sanitaria dal Sud ha portato 4,25 miliardi di euro nelle regioni del Nord nel 2021

Lo squilibrio dell'offerta sanitaria costringe i pazienti a spostarsi



L'opinione**Infrastrutture e personale
punti fondamentali
della riforma della sanità****Raffaele Calabrò***

È senz'altro una buona notizia che la necessità di rafforzare il nostro sistema sanitario sia tornato con forza al centro del dibattito politico; la cattiva novella è che oggi ci troviamo ancora a discutere di problemi presenti e noti da decenni e mai affrontati in una visione ampia e globale di riorganizzazione del Sistema sanitario nazionale.

Le criticità di oggi affondano, infatti, le loro radici nella lunga stagione di spending review che attraverso una costante diminuzione di risorse per la sanità, ha determinato mancanza di risorse ed investimenti e, tra le altre cose, una drammatica carenza di medici e infermieri; proprio questi ultimi sono la causa principale del quadro attuale: sovraccollamento dei Pronto soccorso, lunghe liste d'attesa per esami diagnostici e gravi ritardi nei ricoveri; il tutto accompagnato da mancata organizzazione dei servizi territoriali.

La logica economica di risparmio, che ha predominato per anni, ci ha resi incapaci di agire e reagire per tempo dinanzi a quanto stava accadendo sotto i nostri occhi: cambiamenti demografici ed epidemiologici con un progressivo aumento della popolazione anziana e le inevitabili pluripatologie croniche.

Aver sempre considerato la sanità come una spesa da ridurre ci ha resi ciechi e non ha permesso di vedere in tempo le conseguenze di una politica di defianziamento: una sanità pubblica che fatica a garantire prevenzione, diagnosi e cura ai suoi cittadini e che somiglia sempre meno a quella definita nella nostra Costituzione, cioè una sanità equa ed universale.

Per non parlare delle Regioni come la Campania, dove gli anni

di piani di rientro e di commissariamento hanno determinato serie difficoltà nell'assicurare anche le più semplici prestazioni sanitarie garantite dal Ssn (Lea), costringendo spesso i campani a migrare verso le strutture del centro-nord. Il nuovo scenario avrebbe dovuto imporre una rapida riorganizzazione del sistema sanitario territoriale e del sistema socio sanitario. Quest'ultimo aggravato dal progressivo cambiamento di quel "welfare familiare" che ha spesso consentito di accudire i nostri anziani all'interno dei propri nuclei familiari, purtroppo oggi ridotti spesso a famiglie mononucleari e quindi non più in grado di sopportare alle carenze del sistema socio sanitario pubblico.

Tra i tanti fattori che hanno determinato questo quadro, forse il più importante è la grande penuria di medici e infermieri che nella nostra Regione ha assunto cifre impressionanti: basti pensare che in Campania si contano 1,84 medici per 1.000 abitanti contro 2,56 per 1.000 abitanti in Veneto; e 3,59 infermieri per 1.000 abitanti contro i 6,72 infermieri per 1.000 abitanti in Friuli Venezia Giulia.

Qualcosa speriamo stia cambiando. Bisogna dare atto a questo governo di aver avviato un incremento del finanziamento del sistema sanitario, sperando che questo rappresenti solo l'inizio di un nuovo percorso. Ma una perplessità persiste: senza dubbio, il Pnrr con i suoi investimenti in tecnologie, digitalizzazione e in strutture territoriali, può costituire davvero un'occasione per riorganizzare la nostra sanità, specie quella dei servizi; ma, ciò potrà avvenire solo se si interverrà contestualmente su alcuni fattori decisivi ed in particolare se si avvieranno nuove politiche per il personale. Altrimenti rischiamo di ritrovarci con belle nuove strutture, modernamente attrezzate, ma senza possibilità di gestirle adeguatamente, e quindi ulteriormente indebitati senza aver risolto nulla. Non so-

lo l'assunzione di personale in numero adeguato alle nuove esigenze organizzative, tecnologiche ed epidemiologiche, e quindi individuate secondo una corretta programmazione tra uscite, pensionamenti e nuove assunzioni, ma la nuova riorganizzazione impone di prevedere il reclutamento di nuove figure professionali con nuove e diverse competenze, come assistenti sociosanitari, educatori, psicologi, medici della riabilitazione, tecnici specialistici, manager della sanità e della ricerca, per poter affrontare al meglio le nuove domande di salute.

Diventa, quindi, prioritario puntare sull'investimento nel personale sanitario, a cominciare dall'abolizione dell'attuale tetto di spesa per la sua assunzione, misura che l'attuale ministro Schillaci sembra intenzionato a voler eliminare. Ma poco risolveremo se non si potrà intervenire anche a livello delle retribuzioni di medici e infermieri, avvicinandoci alla media europea, per fermare l'esodo dal Ssn verso strutture e Paesi che attraggono con compensi molto più stimolanti.

Oggi, peraltro, è diventato indispensabile incentivare il sostegno di alcune figure professionali e di alcune specialità, dove il lavoro particolarmente usurante e i grandi rischi medico legali rappresentano i principali deterrenti per la loro scelta. È urgente favorire l'accesso alle professioni in difficoltà, con modifiche contrattuali che ne favoriscano l'appeal.

C'è un altro aspetto sul quale occorre intervenire - e va detto in maniera chiara - dobbiamo re-



cuperare il senso profondo della professione medica che è quello di salvare una vita, di ridare salute e dignità ad una persona: perché è questa la più grande gratificazione di un medico prima ancora di quella economica.

In questo scenario, le Università possono giocare un ruolo di primo piano, prevedendo da un lato percorsi formativi per le nuove figure professionali rispondenti ai cambiamenti sociali e demografici e dall'altro offrendo una formazione tecnico-scientifica, ma anche etico-deontologica adeguata, per mantenere un livello elevato di motivazio-

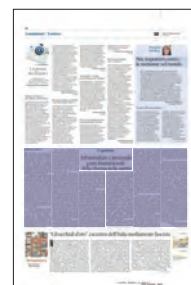
ne e qualificazione delle persone.

In sintesi, la riforma della sanità deve prevedere oltre a investimenti infrastrutturali, alla digitalizzazione e alla riorganizzazione della medicina territoriale, adeguati investimenti per il personale sociosanitario sia in termini di numeri che di competenze per evitare un ulteriore inasprimento delle disuguaglianze di salute tra Regioni, che partono da condizioni iniziali molto differenti. A proposito di disuguaglianze, c'è un altro vecchio tema che invece non appassiona più, ma che non possiamo

tacere: la revisione dei criteri di ripartizione del fondo sanitario che da decenni continuano a penalizzare i cittadini campani. Strano paradosso: il Pnrr nasce con la finalità dichiarata di superare le disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari, di sostenere un ammodernamento in tutte le aree, soprattutto le più deboli del Paese, ma è evidente che solo rivedendo i criteri di redistribuzione delle risorse, i campani potranno avere una reale equità di accesso alle cure.

** Componente del Comitato nazionale di Bioetica*

© RIPRODUZIONE RISERVATA



AL SUD SI MUORE PRIMA E LA PREVENZIONE NON SI FA: IL RAPPORTO SVIMEZ ANTICIPA L'AUTONOMIA

Zero cure, la sanità è già differenziata

■ Dal punto di vista della salute, il nostro è un paese diviso in due per colpa di una sanità finanziata poco e male. E l'autonomia differenziata, prevedono gli autori del rapporto, aumenterà ulteriormente le disuguaglianze. È la sintesi del rapporto *Un paese due cure. I divari Nord-Sud nel diritto alla salute* presentato ieri a Roma dall'Associazione per lo Sviluppo dell'Industria nel Mezzogiorno (Svimez) insieme alla ong Save the Children.

Negli ultimi anni, i principali indicatori di salute sono migliorati (di poco) in tutta

Italia. Ma dato che nelle Regioni del sud il progresso è più lento, il divario si allarga. Per esempio, chi vive nelle regioni del Sud oggi ha un'aspettativa di vita inferiore di 1,3 anni rispetto al Centro e al Nord-Ovest e di 1,5 rispetto al Nord-Est. Stesso discorso per la mortalità evitabile, cioè i decessi che si possono prevenire grazie a un'assistenza tempestiva ed efficace, sensibilmente più alta nel Sud.

ANDREA CAPOCCIA PAGINA 5

La sanità è già differenziata Al sud meno cure e più morti

Rapporto Svimez: poche risorse, il sistema non tiene contro delle disuguaglianze sociali

ANDREA CAPOCCI

■ Dal punto di vista della salute, il nostro è un paese diviso in due per colpa di una sanità finanziata poco e male. E l'autonomia differenziata, prevedono gli autori del rapporto, aumenterà ulteriormente le disuguaglianze. È la sintesi del rapporto «Un Paese due cure. I divari Nord-Sud nel diritto alla salute» presentato ieri a Roma dall'Associazione per lo Sviluppo dell'Industria nel Mezzogiorno (Svimez) insieme alla ong Save the Children.

Negli ultimi anni, i principali indicatori di salute sono migliorati (di poco) in tutta Italia. Ma dato che nelle Regioni del sud il progresso è più lento, il divario si allarga. Per esempio, chi vive nelle regioni del Sud oggi ha un'aspettativa di vita inferiore di 1,3 anni rispetto al Centro e al Nord-Ovest e di 1,5 rispetto al Nord-Est. Stesso discorso per la mortalità evitabile, cioè i decessi che si possono

prevenire grazie a un'assistenza tempestiva ed efficace, sensibilmente più alta nel Sud (18 decessi evitabili per diecimila abitanti, contro i 14-16 del resto del paese).

NEGLI ULTIMI ANNI è anche avvenuto un sorpasso storico. Fino al 2010, infatti, i più alti tassi di mortalità per tumore si registravano nelle regioni del Nord-Ovest caratterizzate da un maggiore inquinamento e da uno stile di vita più insalubre. In poco più di un decennio la situazione si è invertita: ora la mortalità di tumore di donne e uomini del Sud è la più elevata del paese. C'entra anche la minore attività di prevenzione: solo il 12% delle donne calabresi si sottopone alle mammografie periodiche proposte dal Ssn contro il 75% delle emiliano-romagnole. «Rafforzare la dimensione universale del Sistema sanitario nazionale è la strada per rendere effettivo il diritto costituzionale alla salute» dice Luca Bianchi, direttore dello

Svimez e autore del rapporto.

Invece la tendenza va in senso opposto. A partire dall'investimento in sanità pubblica e dalla sua ripartizione tra le regioni. La spesa pubblica è più bassa rispetto ai paesi simili al nostro. L'Italia, secondo lo Svimez, è l'unica grande economia europea in cui tra il 2010 e il 2019 l'investimento pubblico pro-capite in sanità è diminuito in termini reali «di oltre il 2%» mentre in Francia e Germania è aumentato di più del 30%. Anche la risalita post-pandemia (+5%) è stata inferiore a quelli di Germania, Francia, Re-



gno unito, Spagna e Portogallo, tutte a due cifre.

Di conseguenza, tocca ai cittadini compensare di tasca propria le carenze del servizio pubblico. La spesa privata a carico delle famiglie italiane rappresenta il 24% della spesa sanitaria complessiva, contro il 15% della Francia e il 13% della Germania. Dato che la rinuncia alle cure per ragioni economiche tocca l'8,2% del nuclei familiari meridionali contro il 4-6% del resto del Paese è fisiologico che l'assistenza sanitaria risulti peggiore al Sud, dove cinque regioni su otto non garantiscono nemmeno i Livelli essenziali di assistenza.

ANCHE IL SISTEMA di ripartizione del fondo sanitario nazionale alle Regioni pare fatto apposta per aumentare le disuguaglianze, spiega il rapporto. I fondi vengono assegnati in base al numero di residenti totali, dei neonati e degli anziani. Le condizioni socio-economiche, che secondo una letteratura ormai amplissima influenzano i bisogni sanitari della popolazione, contano in minima parte (1,5%).

Facendo parti uguali tra disuguali si penalizza il Sud più povero e bisognoso di cure. «La condizione di povertà familiare - afferma Raffaella Milano di Save the Children - incide fortemente sui percorsi di prevenzione e sull'accesso alle cure da parte dei bambini. È necessario un impegno delle istituzioni a tutti i livelli per assicurare una rete di servizi di prevenzione e cura per l'infanzia e l'adolescenza all'altezza delle necessi-

tà, con un investimento mirato nelle aree più deprivate».

L'arrivo dell'autonomia differenziata rischia di rendere ancor più netti i contrasti territoriali. Il gettito fiscale trattenuto dalle regioni più ricche ne rafforzerebbe le capacità di spesa sanitaria a scapito delle altre. Per gli esperti dello Svimez «si rischierebbe dunque di aumentare la sperequazione finanziaria tra sistemi sanitari regionali e di ampliare le disuguaglianze interregionali nelle condizioni di accesso al diritto alla salute».

Aspettativa di vita più bassa di 1,5 anni al Meridione. Distanze enormi nella prevenzione



Durante lo sciopero dei medici del dicembre scorso foto Ansa



Un modello sbagliato

Partire dai bisogni di salute, non dai costi

CARLO SAIITTO

La situazione denunciata dal rapporto Svimez è purtroppo una conferma. I segnali di difficoltà del Servizio sanitario nazionale appaio-

no sempre più evidenti. Dalle lunghe attese in pronto soccorso alla disaffezione degli operatori.

— segue a pagina 5 —

Vecchi errori e nuova autonomia

Per rovesciare il declino, partire dai bisogni di salute e non dai costi

CARLO SAIITTO

— segue dalla prima —

Dalla crescente proporzione della spesa sanitaria sostenuta direttamente dai cittadini ai ritardi nell'accesso alle analisi più sofisticate. Ma la ricetta per affrontare queste difficoltà appare largamente condivisa: aumento del finanziamento e territorializzazione dei servizi. La sezione sulla sanità del Pnrr sembra condividere questo approccio, prevedendo la creazione diffusa di nuove strutture assistenziali, le case e gli ospedali di comunità, che dovrebbero fornire ai cittadini, rispettivamente, i servizi sanitari di base e il trattamento dei problemi di salute meno complessi. Questo avverrebbe il più vicino possibile al luogo di residenza evitando il ricorso agli ospedali più grandi, più costosi e maggiormente attrezzati. C'è qualche discussione sul numero delle case e degli ospedali di comunità che sarebbero necessari, si lamenta il finanziamento inadeguato, ma sui rimedi non affiorano alternative. Qualcuno nota che non ha molto senso aumentare le strutture sul territorio se poi nei bilanci delle Regioni non aumenta la spesa per assumere i professionisti che ne consentano il funzionamento. Queste obiezioni per quanto fondate non sono sostanziali perché trascurano come ragione profonda della crisi, la progressiva trasformazione del Ssn da un sistema di tute-

la del diritto alla salute ad un'industria per l'offerta di prestazioni. Un'evoluzione segnata, nel 1994, dall'adozione da parte del ministero della Salute di una classificazione dei ricoveri ospedalieri basata sulla diagnosi di dimissione e dal riconoscimento agli ospedali di una tariffa collegata al costo medio standardizzato per ciascuna classe di ricovero. Nel 1996 con la stessa logica si definivano tariffe anche per le prestazioni ambulatoriali. Sebbene riguardasse solo alcune tipologie di servizi, l'introduzione della tariffa rispecchiava un mutamento radicale nell'approccio culturale alla sanità pubblica: al valore complessivo della cura si sostituiva infatti un prezzo per ciascuno degli interventi che avrebbero dovuto assicurarla, si pagava insomma la prestazione a prescindere dal risultato ottenuto in termini di salute. Questo cambiamento faceva prevalere una logica di mercato e imponeva un'idea economicista dell'efficienza, intesa come rapporto tra il volume delle prestazioni e i costi sostenuti per produrle, un equivoco che rischia di perpetuarsi anche in una sanità territorializzata e magari dotata di una mole più elevata di finanziamenti. Se non si cambiano le regole continueranno ad essere privilegiate le regioni e le strutture che producono di più, più in fretta e a costi minori penalizzando quelle che si fanno carico degli effettivi bisogni di salute delle persone e della loro soddisfazione. Oggi quelle regole è possibile cambiarle perché, para-

dossalmente, le informazioni raccolte per pagare le prestazioni si sono dimostrate in grado di descrivere e misurare le condizioni di salute della popolazione, il suo accesso ai servizi e, quindi, l'equità e l'efficacia degli interventi sanitari di cui ha goduto. Oggi è insomma possibile orientare il Ssn verso la produzione di salute e restituire alle prestazioni un valore unicamente strumentale. Per realizzare questa conversione è però necessario in primo luogo ripensare per la sanità il sistema degli indicatori ministeriali di performance regionale (Lea: Livelli essenziali di assistenza) che sono in prevalenza misure di attività ed efficienza operativa invece che di salute e di equità ed evitare di estendere questo approccio fallimentare ad altre aree del welfare come si vorrebbe fare con i Livelli essenziali delle prestazioni (Lep), contenuti nel progetto di legge sull'autonomia differenziata in fase di approvazione. Gli indicatori di salute e di equità, a differenza dei Lea e dei Lep, non dovrebbero servire per assegnare alle Regioni patenti di buona condotta, ma dovrebbero leggere le disegualianze nella salute, nell'accesso ai servizi e nella loro qualità,



il manifesto

per invertire la logica di finanziamento del sistema, non punendo, ma anzi sostenendo le aree territoriali che di queste diseguglianze sopportano il peso: proprio il contrario, insomma, del regionalismo differenziato.

La possibilità di ricostruire, attraverso le informazioni disponibili, la qualità di interi percorsi di cura consentirebbe inoltre di valutare anche i professionisti e le strutture coinvolte, a tutti i livelli di funzionamento del Ssn, sulla base del loro

contributo a generare salute ed uguaglianza. In questa prospettiva, anche i presidi decentrati di assistenza, come case e ospedali di comunità, non godrebbero di un pregiudizio favorevole solo per la loro collocazione sul territorio, ma dovrebbero costituire strumenti per la realizzazione di interventi efficaci di sanità pubblica e di presa in carico delle persone, dovrebbero diventare parte di una rete di relazioni di cura che attraversi tutto il servizio sanitario: dai professionisti

della tutela e dell'assistenza primaria, ai presidi territoriali, agli ospedali periferici, alle strutture ospedaliere di livello superiore. La parola chiave non dovrebbe essere allora la priorità del territorio, ma la continuità tra i vari tipi e i vari livelli di intervento.



AZIENDE E REGIONI

Svimez-Save the Children: al Sud peggiori condizioni sanitarie, meno prevenzione e mortalità per tumori più elevata. Fuga dal Mezzogiorno per curarsi, mobilità oncologica a lungo raggio al 43% in Calabria. L'autonomia differenziata aggrava i gap Nord-Sud



Al Sud i servizi di prevenzione e cura sono più carenti, minore la spesa pubblica sanitaria, più lunghe le distanze da percorrere per ricevere assistenza, soprattutto per le patologie più gravi. Aumentare la spesa sanitaria è la priorità nazionale. Andrebbe inoltre corretto il metodo di riparto regionale del Fondo sanitario nazionale per tenere conto dei maggiori bisogni di cura nei territori a più elevato disagio socio-economico. L'autonomia differenziata rischia di ampliare le disuguaglianze nelle condizioni di accesso al diritto alla salute. Queste le principali considerazioni emerse dal Report Svimez "Un Paese, due cure. I divari Nord-Sud nel diritto alla salute", presentato a Roma in collaborazione con Save the Children. Il Report, pubblicato nell'ultimo numero di Informazioni Svimez, curato da Luca Bianchi, Serenella Caravella e Carmelo Petraglia,

offre una fotografia delle condizioni territoriali del Ssn al quale si rivolgono i cittadini per le cure. Nel corso della presentazione è stato proiettato un video con le storie immaginarie di due donne, una calabrese e una emiliana, che affrontano la stessa patologia oncologica. Storie che riflettono la realtà dei divari Nord-Sud nella qualità dei Sistemi Sanitari Regionali (SSR) e della conseguente "scelta" di molti cittadini del Mezzogiorno di ricevere assistenza nelle strutture sanitarie del Centro e del Nord, soprattutto per curare le patologie più gravi.

Contestualmente, Save the Children ha ribadito come i divari territoriali siano evidenti già a partire dalla nascita. Sebbene nel panorama mondiale il Servizio Sanitario nazionale si posizioni come una eccellenza per la cura dei bambini, sia dal punto di vista delle professionalità che della universalità di accesso alle cure, le disuguaglianze territoriali sono molto accentuate. Secondo gli ultimi dati ISTAT disponibili, il tasso di mortalità infantile (entro il primo anno di vita) era di 1,8 decessi ogni 1000 nati vivi in Toscana, ma era quasi doppio in Sicilia (3,3) e più che doppio in Calabria (3,9). Già prima della pandemia, il numero dei consultori familiari si era andato assottigliando, con la conseguente carenza di presidi territoriali di prossimità fondamentali per sostenere la salute e il benessere materno-infantile.

Dopo l'emergenza Covid-19 si arresta la crescita della spesa sanitaria e restano ampi i divari territoriali

I divari territoriali sono aumentati in un contesto di generalizzata debolezza del Sistema Sanitario che, nel confronto europeo, risulta sottodimensionato per stanziamenti di risorse pubbliche (in media 6,6% del Pil contro il 9,4% di Germania e l'8,9% di Francia), a fronte di un contributo privato comparativamente elevato (24% della spesa sanitaria complessiva, quasi il doppio di Francia e Germania). Dai dati regionalizzati di spesa sanitaria (di fonte Conti Pubblici territoriali) risultano livelli di spesa per abitante, corrente e per investimenti, mediamente più contenuti nelle regioni meridionali. A fronte di una media nazionale di 2.140 euro, la spesa corrente più bassa si registra in Calabria (1.748 euro), Campania (1.818 euro), Basilicata (1.941 euro) e Puglia (1.978 euro). Per la parte di spesa in conto capitale, i valori più bassi si ravvisano in Campania (18 euro), Lazio (24 euro) e Calabria (27 euro), mentre il dato nazionale si attesta su una media di 41 euro. Il monitoraggio LEA (Livelli Essenziali di Assistenza), che offre un quadro delle differenze nell'efficacia e qualità delle prestazioni fornite dai diversi SSR, fa emergere i deludenti risultati del Sud: 5 regioni del Mezzogiorno risultano inadempienti.

1,6 milioni di famiglie italiane in povertà sanitaria, di cui 700 mila al Sud

In base alle recenti valutazioni del Crea (Centro per la ricerca economica applicata in sanità), sono il 6,1% le famiglie italiane in povertà sanitaria, perché hanno riscontrato difficoltà o hanno rinunciato a sostenere spese

sanitarie. Nel Mezzogiorno la quota la povertà sanitaria riguarda l'8% dei nuclei familiari, una percentuale doppia rispetto al 4% del Nord-Est (5,9% al Nord-Ovest, 5% al Centro).

Speranza di vita minore al Sud di 1,5 anni: più alta anche la mortalità per tumore

Il Mezzogiorno, secondo gli indicatori Bes (Benessere Equo e Sostenibile) sulla salute, è l'area del Paese caratterizzata dalle peggiori condizioni di salute. Gli indicatori relativi alla speranza di vita mostrano un differenziale territoriale marcato e crescente negli anni: nel 2022, la speranza di vita alla nascita per i cittadini meridionali era di 81,7 anni, 1,3 anni in meno del Centro e del Nord-Ovest, 1,5 rispetto al Nord-Est. Analoghi differenziali sfavorevoli al Sud si osservano per la mortalità evitabile causata da deficit nell'assistenza sanitaria e nell'offerta di servizi di prevenzione. Il tasso di mortalità per tumore è pari al 9,6 per 10 mila abitanti per gli uomini rispetto a circa l'8 del Nord. È cresciuto il divario per le donne: 8,2 al Sud con meno del 7 al Nord; nel 2010 i due dati erano allineati.

Nel Mezzogiorno meno prevenzione oncologica

Secondo le valutazioni dell'Istituto superiore di sanità (Iss), nel biennio 2021-2022, in Italia circa il 70% delle donne di 50-69 anni si è sottoposta ai controlli: circa due su tre lo ha fatto aderendo ai programmi di screening gratuiti. La copertura complessiva è dell'80% al Nord, del 76% al Centro, ma scende ad appena il 58% nel Mezzogiorno. La prima regione per copertura è il Friuli-Venezia Giulia (87,8%); l'ultima è la Calabria, dove solamente il 42,5% delle donne di 50-69 anni si è sottoposto ai controlli. I dati relativi agli screening organizzati dai SSR confermano i profondi divari regionali nell'offerta di servizi che dovrebbero essere garantiti in maniera uniforme in quanto compresi tra i Lea. La quota di donne che ha avuto accesso a screening organizzati oscilla tra valori compresi tra il 63 e il 76% in Veneto, Toscana, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, P.A. di Trento, Umbria e Liguria e circa il 31% in Abruzzo e Molise. Le quote più basse si registrano in Campania (20,4%) e in Calabria, dove le donne che hanno effettuato screening promossi dal Servizio Sanitario sono appena l'11,8%, il dato più basso in Italia.

Mobilità sanitaria: è "fuga" dal Sud, in particolare per le patologie più gravi. Il 22% dei malati oncologici del Sud si fa curare al Nord

La "fuga" dal Sud per ricevere assistenza in strutture sanitarie del Centro e del Nord, soprattutto per le patologie più gravi. Nel 2022, dei 629 mila migranti sanitari (volume di ricoveri), il 44% era residente in una regione del Mezzogiorno. Per le patologie oncologiche, 12.401 pazienti meridionali, pari al 22% del totale dei pazienti, si sono spostati per ricevere cure in un SSR del Centro o del Nord nel 2022. Solo 811 pazienti del Centro-Nord (lo 0,1% del totale) hanno fatto il viaggio inverso. È la Calabria a registrare l'incidenza più elevata di migrazioni: il 43% dei pazienti si rivolge a

strutture sanitarie di Regioni non confinanti. Seguono Basilicata (25%) e Sicilia (16,5%). Al Sud, i servizi di prevenzione e cura sono dunque più carenti, minore la spesa pubblica sanitaria, più lunghe le distanze da percorrere per ricevere assistenza.

Save the Children evidenzia numeri crescenti anche nelle migrazioni sanitarie pediatriche da Sud verso il Centro-Nord, segno di carenze o di sfiducia nel sistema sanitario delle regioni del Mezzogiorno: l'indice di fuga – ovvero il numero di pazienti pediatrici che vanno a farsi curare in una regione diversa da quella di residenza – nel 2020 si attesta in media all'8,7% a livello nazionale, con differenze territoriali che vanno dal 3,4% del Lazio al 43,4% del Molise, il 30,8% della Basilicata, il 26,8% dell'Umbria e il 23,6% della Calabria. In particolare, un terzo dei bambini e degli adolescenti si mette in viaggio dal Sud per ricevere cure per disturbi mentali o neurologici, della nutrizione o del metabolismo nei centri specialistici convergendo principalmente a Roma, Genova e Firenze, sedi di Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (Irccs) pediatrici.

L'autonomia differenziata in ambito sanitario aggrava le disuguaglianze interregionali

L'obiettivo dell'equità orizzontale della sanità è ulteriormente messo a rischio dal progetto di autonomia differenziata. Sulla base delle risultanze del Comitato per l'individuazione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni, in particolare, tutte le Regioni a Statuto Ordinario potrebbero richiedere il trasferimento di funzioni, risorse umane, finanziarie e strumentali ulteriori rispetto ai Lea in un lungo elenco di ambiti: gestione e retribuzione del personale, regolamentazione dell'attività libero-professionale, accesso alle scuole di specializzazione, politiche tariffarie, valutazioni di equivalenza terapeutica dei farmaci, istituzione e gestione di fondi sanitari integrativi. La concessione di ulteriori forme di autonomia potrebbe determinare ulteriori capacità di spesa nelle Regioni ad autonomia rafforzata, finanziate dalle compartecipazioni legate al trasferimento di funzioni e, soprattutto, dall'eventuale extra-gettito derivante dalla maggiore crescita economica. Tutto ciò, in un contesto in cui i Lea non hanno copertura finanziaria integrale a livello nazionale e cinque delle otto Regioni del Mezzogiorno risultano inadempienti, determinerebbe una ulteriore differenziazione territoriale delle politiche pubbliche in ambito sanitario. Con l'autonomia differenziata si rischierebbe dunque di aumentare la sperequazione finanziaria tra Ssr e di ampliare le disuguaglianze interregionali nelle condizioni di accesso al diritto alla salute.

Per il direttore generale della Svimez Luca Bianchi, «La necessità di incrementare le risorse complessivamente allocate alla sanità convive con la priorità di potenziare da subito le finalità di equità del S. I dati del report offrono la fotografia preoccupante di un divario di cura che si traduce in minori aspettative di vita e più alti tassi di mortalità per le patologie più gravi nelle regioni del Mezzogiorno. La scelta, spesso obbligata, di emigrare

per curarsi oltre ai costi individuali finisce per amplificare i divari nella capacità di spesa dei diversi sistemi regionali. Rafforzare la dimensione universale del Sistema sanitario nazionale è la strada per rendere effettivo il diritto costituzionale alla salute. Una direzione opposta a quella che invece si propone con l'autonomia differenziata dalla quale deriverebbero ulteriori ampliamenti dei divari territoriali di salute e una conseguente crescita della mobilità di cura». «La condizione di povertà familiare incide fortemente sui percorsi di prevenzione e sull'accesso alle cure da parte dei bambini. È necessario un impegno delle istituzioni a tutti i livelli per assicurare una rete di servizi di prevenzione e cura per l'infanzia e l'adolescenza all'altezza delle necessità, con un investimento mirato nelle aree più deprivate.

Occorre conoscere e superare i divari territoriali che oggi condizionano l'accesso ad un servizio sanitario che rischia di essere "nazionale" solo sulla carta. È un investimento da mettere al centro dell'agenda della politica», ha dichiarato Raffaella Milano, responsabile dei Programmi Italia - Europa di Save the Children. Per Nino Cartabellotta, Presidente della Fondazione Gimbe, «Il nostro Ssn è ormai profondamente indebolito e segnato da inaccettabili diseguaglianze regionali. E con l'attuazione delle maggiori autonomie in sanità si legittimerà normativamente la "frattura strutturale" Nord-Sud: il meridione sarà sempre più dipendente dalla sanità del Nord, minando l'uguaglianza dei cittadini nell'esercizio del diritto costituzionale alla tutela della salute. Uno scenario già evidente: su 14 Regioni adempienti ai Livelli Essenziali di Assistenza solo 3 sono del Sud (Abruzzo, Puglia e Basilicata) e tutte a fondo classifica mentre la fuga per curarsi verso il Nord vale € 4,25 miliardi».

«I dati del report restituiscono l'immagine di un Paese diviso a metà nell'accesso alle cure sanitarie. Dal nostro osservatorio, ed è un ulteriore elemento di preoccupazione, emerge una frammentazione che si aggiunge alle disuguaglianze Sud-Nord poiché riguarda questioni diffuse come la desertificazione dei professionisti e dei servizi. Medici di medicina generale ed infermieri, ad esempio, sono carenti al Nord più che al Sud, ma mancano in generale nelle aree interne, come anche alcuni servizi caratterizzati da alta innovazione e specializzazione. In questo quadro la riforma della autonomia differenziata, sulla quale si continua a ragionare – e per giunta con scarsissimo coinvolgimento dei cittadini - senza la definizione dei Livelli essenziali delle prestazioni, dà come unica certezza quella di amplificare questa frammentazione e di consegnarci un Paese ulteriormente diviso nella garanzia del diritto alla salute», ha dichiarato Anna Lisa Mandorino, Segretaria generale di Cittadinanzattiva.

7 feb
2024

AZIENDE E REGIONI

S
24

Svimez/ Cittadini (Aiop): “I problemi non si esauriscono nel divario Nord-Sud, servono scelte coraggiose”

“Dal Report Svimez sui divari tra Nord e Sud nella tutela del diritto alla salute emerge un quadro preoccupante, con un Paese diviso almeno in due parti. Occorre compiere scelte coraggiose verso un percorso di efficientamento complessivo che, proprio a partire dagli esempi di eccellenza presenti, anche, nel Meridione, promuova il miglioramento delle cure e ne favorisca l’accesso. In tal senso, la componente di diritto pubblico e la componente di diritto privato del SSN devono essere valorizzate singolarmente ed accompagnate congiuntamente nel garantire, in sinergia, una risposta efficace all’aumentata e diversificata domanda di salute della popolazione”. Così Barbara Cittadini, presidente nazionale di Aiop, l’Associazione Italiana delle aziende sanitarie e territoriali e delle aziende socio-sanitarie residenziali e territoriali di diritto privato, in merito al Report Svimez “Un Paese, due cure. I divari Nord-Sud nel diritto alla salute” realizzato in collaborazione con Save the Children.



“Se è vero, da una parte, che i dati del Rapporto Svimez - prosegue Cittadini - indicano come nel Mezzogiorno siano carenti i servizi di prevenzione e cura e crescano le diseguaglianze territoriali nell’assistenza, con una spesa sanitaria pubblica ridotta e una mobilità sanitaria sempre più presente, non possiamo dimenticare, dall’altra, che l’eterogeneità nella qualità delle cure offerte nel SSN riguarda le singole strutture erogatrici, a prescindere dalla

loro natura giuridica e dalla Regione di riferimento. Come dimostrano i dati del Rapporto Agenas-Aiop sulla Qualità degli Outcome clinici negli Ospedali italiani, ad esempio, ci sono delle aree, come quella della chirurgia oncologica, nelle quali Sud e Isole riportano livelli di qualità superiori o analoghi alle strutture del Nord. Non esiste, quindi, solo un “fenomeno Nord-Sud”, ma occorre guardare cosa succede nel contesto territoriale specifico e valutare quali siano i determinanti, anche organizzativi, degli esiti e le leve di miglioramento nei contesti più svantaggiati”. Secondo Barbara Cittadini “appropriatezza, esiti, equità, innovazione, sostenibilità e integrazione con il territorio” sono le “dimensioni da tutelare per salvaguardare l’unitarietà e l’omogeneità del SSN”, nella consapevolezza che “l’accesso alle cure non può essere drammaticamente condizionato dalla casualità di risiedere in una determinata area geografica”.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

7 feb
2024

AZIENDE E REGIONI

S
24

Regioni/ Alparone: firmato l'accordo nazionale per la specialistica ambulatoriale

“La firma dell'accordo nazionale per la specialistica ambulatoriale presso la Sisac per il triennio 2019-2021 è un altro importante riconoscimento per le professionalità del nostro Servizio sanitario nazionale”. Lo annuncia il presidente del Comitato di settore Regioni-Sanità, Marco Alparone (vicepresidente regione Lombardia).

“E' un accordo – spiega Alparone - che riguarda oltre 17mila professionisti che operano nella medicina convenzionata, raggiunto in un contesto non semplice, che richiede politiche idonee a creare un sistema sanitario più integrato ed efficiente per rispondere meglio alla riforma della medicina del territorio. Le nuove politiche della salute devono essere vicine e sempre più rispondenti ai bisogni sanitari dei cittadini”.

Alparone ringrazia “la Sisac per il lavoro svolto e le parti sociali per l'unità di intenti e per il senso di responsabilità dimostrato per il raggiungimento dell'obiettivo comune del rafforzamento della sanità pubblica”.



© RIPRODUZIONE RISERVATA

7 feb
2024

AZIENDE E REGIONI

Tumori/ Un ospedale su due esegue interventi “sotto soglia” e solo 13 hanno il bollino di qualità per i percorsi assistenziali

PDF [Le strutture al top per volumi e certificazione dei percorsi di cura](#)

In Italia, circa il 46% degli ospedali esegue interventi di chirurgia oncologica “sotto soglia”, ovvero utilizzano il bisturi un numero troppo basso di volte. Per il tumore della mammella, ad esempio, il valore soglia è di 150 interventi l’anno. Significa che al di sotto il centro non è in grado di offrire le medesime sicurezza e qualità degli esiti dei centri con interventi sopra la soglia prevista. Inoltre, solo in 13 strutture italiane è presente un percorso di cura la cui qualità è certificata da OECI (Organisation of European Cancer Institutes). Tuttavia, un dato positivo c’è: dal 2017 al 2022 il numero degli ospedali ‘sotto soglia’ si è ridotto di oltre il 16%, passando da 5.670 a 4.747. Allo stesso tempo si è registrata una riduzione dei volumi di interventi di chirurgia oncologica negli ospedali ‘sotto soglia’: da 57.419 interventi nel 2017 (29% degli interventi totali) a 47.230 nel 2022 (23% degli interventi totali). La nuova mappa aggiornata “Dove mi curo?”, presentata da ROPI (Rete Oncologica Pazienti Italia - reteoncologicaropi.it) al Ministero della Salute ed elaborata



partendo dai dati dell'ultimo Programma Nazionale Esiti di Agenas, si basa su due criteri: oltre al superamento della soglia di volumi chirurgici – che le evidenze scientifiche associano ai migliori esiti – vengono menzionati quegli ospedali al cui interno è presente un percorso di cura la cui qualità certificato con il 'bollino' di OECI.

«Come ogni anno la nostra mappa si propone l'obiettivo di aiutare i pazienti e i loro cari ad orientarsi tra le strutture sanitarie che effettuano interventi di chirurgia oncologica – spiega Stefania Gori, Presidente Ropi e di Aigom (Associazione Italiana Gruppi Oncologici Multidisciplinari) –. Quest'anno abbiamo aggiunto un ulteriore tassello, quello relativo al percorso assistenziale, consapevoli che il solo dato quantitativo non è sufficiente a dare un'indicazione corretta e completa sulla qualità di un ospedale».

«Sono lieto che i dati forniti dall'Agenzia, mediante il lavoro di monitoraggio e analisi delle cure erogate in Italia del Programma Nazionale Esiti, siano oggetto di approfondimento a supporto della Rete oncologica dei pazienti Ropi – interviene Domenico Mantoan, direttore generale Agenas –. E proprio riguardo lo sviluppo delle reti in ambito oncologico, mi piace ricordare un altro importante strumento che Agenas ha recentemente presentato, ovvero la quinta Indagine nazionale sullo stato di attuazione delle Reti Oncologiche Regionali, che prende in considerazione una serie di Indicatori riguardanti le sette patologie oncologiche maggiori. Tutte queste informazioni sono già oggi disponibili sul sito dell'Agenzia, ma entro il 2026 sarà pienamente operativo il Portale della Trasparenza dei servizi sanitari che ha proprio l'obiettivo di ridurre lo squilibrio esistente tra utenti, operatori e professionisti del sistema sanitario, rispetto alle informazioni disponibili, le caratteristiche e la qualità della cura delle strutture prestatrici di servizi sanitari».

«La nuova mappa conferma il trend in calo di interventi in strutture 'sotto soglia' e, di conseguenza, un aumento dei volumi di interventi di chirurgia oncologica negli ospedali 'sopra soglia': da 143.469 interventi nel 2017 (71% degli interventi totali) a 160.919 nel 2022 (77% degli interventi totali)», dichiara Fabrizio Nicolis, consigliere Ropi e coordinatore del progetto. Emblematici sono i dati relativi alla chirurgia per il tumore della mammella, dove si assiste a un trend in riduzione del numero di ospedali 'sotto soglia': da 521 nel 2017 a 313 nel 2022 (-40%). Di contro si è registrato un aumento dei volumi di interventi eseguiti in ospedali 'sopra soglia': da 45.656 nel 2017 (74% degli interventi totali) a 53.653 nel 2022 (84% degli interventi totali).

«Rimane invece invariato il gradiente Nord-Sud, con il Nord in cui la maggior parte delle Regioni ha ospedali 'sopra soglia' per tutte le 17 patologie considerate, e il Sud in cui solo 3 regioni (Puglia, Campania e Sicilia) coprono tutte le patologie», sottolinea Nicolis.

La certificazione OECI per la qualità del percorso assistenziale. Ai numeri si aggiungono anche le valutazioni relative alla qualità del percorso

assistenziale. «Ci siamo resi conto che per aiutare i pazienti e i cittadini a scegliere il luogo di cura non solo in base al numero di interventi di chirurgia oncologica, ma anche con la miglior qualità assistenziale, verificata da un ente terzo, cioè Oeci», sottolinea Gori. «La certificazione Oeci di accreditamento è di fatto la fotografia della reale attuazione degli standard qualitativi e qualitativi previsti dal Programma di qualità da parte di un istituto oncologico – spiegano Giovanni Apolone, presidente Oeci, e Claudio Lombardo, general manager Oeci –. Nonostante Oeci verifichi nel tempo l'avanzamento del Piano di miglioramento, che generalmente fa seguito alla certificazione, la qualità delle cure prestate è il risultato di un continuo processo di innovazione connesso allo sfruttamento dei risultati di ricerca». A confermare l'importanza della qualità dei percorsi assistenziali è anche Massimo Carlini, presidente della Società italiana di Chirurgia (Sic): «La diminuzione delle complicanze e della mortalità dipende anche dalla qualità delle cure postoperatorie, che è più strettamente correlata ad alcune caratteristiche specifiche dell'ospedale, più che al numero di operazioni eseguite. Alcune operazioni richiedono specifiche abilità intraoperatorie e in questo caso predomina il volume del chirurgo, mentre altre possono richiedere importanti e complessi trattamenti durante il decorso postoperatorio e allora predomina il volume dell'ospedale. Peraltro, dopo un miglioramento dei risultati nei centri ad alto volume, possono anche determinarsi risultati inferiori quando un determinato centro raggiunge il suo limite. Nel nostro Paese, considerato che il numero di posti letto, di medici di terapia intensiva, di chirurghi e di infermieri specializzati è ridotto, questo secondo aspetto è molto importante. In ogni caso le procedure chirurgiche complesse centralizzate dovrebbero essere disponibili in centri ben distribuiti in tutto il territorio nazionale».

«Per chi si trova ad affrontare per la prima volta la malattia oncologica, così traumatizzante dal punto di vista psicologico e sociale, è evidente l'importanza di una scelta consapevole che riguardi la struttura ospedaliera alla quale affidare la propria salute – commenta Simonetta Bianchini, presidente di Per Te Donna Odv (pertedonnaonlus.it) –. Come associazione siamo quotidianamente a contatto con pazienti che ci chiedono dove sia meglio per loro curarsi, anche se poi la scelta è condizionata dagli aspetti economici e logistici che le persone devono affrontare. Ma è di assoluta importanza avere uno strumento che, basandosi su criteri oggettivi, possa orientare i pazienti in questa scelta».

«Negli ultimi 12/13 anni la terapia del melanoma è radicalmente cambiata grazie a farmaci innovativi portando le guarigioni nel caso di pazienti affetti da melanoma metastatico sono passate dal 5% al 55% – spiega Antonella Romanini, presidente dell'Associazione Contro il Melanoma (Acm, associazionecontromelanoma.it) –. La parte chirurgica, pur non presentando particolari difficoltà tecniche, prevede però l'individuazione e l'asportazione

del linfonodo sentinella, che richiede una curva di apprendimento di almeno 50 casi e l'esecuzione di almeno 50 casi/anno e che un anatomopatologo esperto. Dunque, è importante che l'intero percorso diagnostico-terapeutico garantisca elevati livelli di efficienza, che sono alla base del miglioramento della sopravvivenza di questi pazienti».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

7 feb
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

AZIENDE E REGIONI

S
24

Riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti: la montagna ha partorito un topolino

di *Katia Pinto* *

Insieme alle altre 60 organizzazioni del Patto per un Nuovo Welfare sulla Non Autosufficienza aspettavamo da marzo 2023 il decreto attuativo della legge 33/2023, la riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti.

Il testo presentato dal Consiglio dei ministri il 25 gennaio avrebbe dovuto finalmente dare concretezza a una svolta storica per oltre 10 milioni di persone: i 3 milioni e 800.000 mila anziani non autosufficienti che vivono nel nostro Paese, i loro familiari e i caregiver professionali.

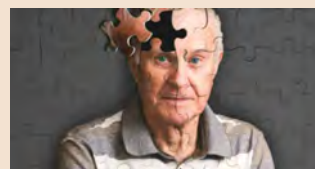
Tra queste numerose sono le persone con demenza e le loro famiglie. Nei fatti, però, la montagna ha partorito un topolino. Ci troviamo davanti un decreto che, pur contenendo aspetti positivi, ridisegna quelli che erano dei cardini della legge delega e rimanda la messa in pratica di altri a successive disposizioni.

Non è per esempio rimasta traccia della prevista riforma dell'assistenza a casa. Si sarebbe dovuto introdurre un modello di servizio domiciliare specifico per la condizione di non autosufficienza. Per la maggior parte delle persone con demenza è di grande aiuto poter continuare a vivere a casa propria il più a lungo possibile, in un ambiente conosciuto e in mezzo ai volti dei familiari. Ma questi devono poter essere messi in condizione di offrire al proprio caro la migliore assistenza possibile, ricevendo a loro volta tutto il sostegno necessario a non soccombere al lavoro di cura, che porta spesso a sacrificare il lavoro, la vita sociale, la salute.

A mancare nel decreto attuativo è un progetto che risponda in maniera completa, integrata e costante a tutte le esigenze che l'assistenza domiciliare a un anziano non autosufficiente, magari con demenza, comporta. Viene introdotto il coordinamento tra gli interventi sociali e sanitari erogati dagli attuali servizi domiciliari, ma non sono affrontati altri aspetti decisivi quali la durata dell'assistenza fornita, le tipologie di professionisti da coinvolgere, l'offerta di servizi di informazione, consulenza e sostegno psicologico per i familiari.

Sono stati annunciati 400 milioni in più per l'Assistenza domiciliare integrata (Adi), ma si tratta di fondi temporanei e non strutturali e che ancora una volta non incidono concretamente sul modello esistente.

Il decreto prevede inoltre la sperimentazione della prestazione universale: un aggettivo che però non rispecchia le effettive caratteristiche di questo contributo economico. Di questi 850 euro che ogni mese si aggiungeranno ai 531 euro dell'indennità di accompagnamento, infatti, beneficeranno solo gli over 80 con elevato bisogno assistenziale e ridotte disponibilità economiche, ovvero un Isee inferiore ai 6mila euro: meno di 30.000 persone nel 2025 e neanche 20.000 nel 2026. Questa sperimentazione non cancella inoltre un'altra grave mancanza di questo decreto: la scomparsa della



riforma dell'indennità di accompagnamento. Si tratta della misura di supporto più diffusa e allo stesso tempo meno efficace per la non autosufficienza. Un esempio concreto? La demenza è una condizione che comporta difficoltà di varia natura ma che non sempre e non subito intacca la capacità di muoversi e camminare: eppure per poter ottenere l'indennità le persone con demenza devono dimostrare di avere gravi difficoltà di deambulazione.

Questa non è la riforma che le persone non autosufficienti si aspettavano e di cui avevano bisogno. Nel nostro Paese saranno sempre di più gli uomini e le donne che si troveranno in questa condizione e tra di loro quelli che dovranno convivere anche con la demenza. Insieme alle altre organizzazioni del Patto continueremo a far sentire la nostra voce perché si arrivi all'approvazione definitiva del provvedimento con un vero progetto per il futuro dell'assistenza agli anziani non autosufficienti.

** Presidente Federazione Alzheimer Italia*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

INFERNO CPR

«Troppi abusi sanitari I medici dicano no»

■ L'infettivologo Nicola Cocco, che lavora nelle carceri milanesi e partecipa alla Società italiana di medicina delle migrazioni, denuncia le falle del meccanismo di rilascio dell'idoneità sanitaria al trattenimento nei Cpr. E lancia un appello ai colleghi: non vi prestate, ci sono rischi penali seri. **MERLI A PAGINA 7**



«Nei Cpr **abusi sanitari** Ci sono rischi penali, i medici dicano di no»

Nicola Cocco, infettivologo che lavora nelle carceri milanesi, spiega come funziona il rilascio dell'idoneità al trattenimento

GIANSANDRO MERLI

■ Nicola Cocco è medico infettivologo, ha 40 anni e sa bene cosa significa fornire assistenza sanitaria in contesti di detenzione: da tempo lavora nelle carceri milanesi. Si è occupato anche di Centri di permanenza per i rimpatri (Cpr): in quello di Ponte Galeria, domenica scorsa, Sylla Ousmane si è tolto la vita.

Già a Trapani la psicologa del locale Cpr aveva rilevato la drammatica situazione personale e relazionale di Ousmane. Ma una relazione dell'Azienda sanitaria provinciale, sulla cui base la questura ha confermato il trattenimento, negava ogni criticità. Com'è possibile?

Per autorizzare l'ingresso delle persone migranti nei Cpr è necessaria una «valutazione di ido-

neità alla vita in comunità ristretta». È richiesta dall'articolo 3 della direttiva Lamorgese di maggio 2022. La valutazione deve farla un medico del Sistema sanitario nazionale. In concreto succede che prima del Cpr il migrante passa da un ospedale o pronto soccorso, dove un medico che non conosce nulla della sua situazione deve visitarlo in 5/10 minuti sotto la pressione delle forze dell'ordine. Di fatto nella stragrande maggioranza dei casi l'idoneità attesta solo l'assenza di patologie contagiose come tubercolosi o covid.

La valutazione dovrebbe servire a tutelare il migrante, verificandone la compatibilità psicofisica con il trattenimento, o solo a evitare che possa essere vettore di virus?

Tutte e due, anche se la *ratio* del-

la direttiva Lamorgese era soprattutto evitare ingressi di persone con criticità fisiche o mentali. Ma le valutazioni sono fatte di fretta, con le questure che pressano le direzioni sanitarie. Mancano esami importanti, come quelli del sangue.

Dal punto di vista psicologico ci sono accertamenti?

Nulla. Perciò, per tornare alla prima domanda, nei Cpr finisce



anche chi ha vulnerabilità psichiatriche che nessuno segnala.

I Cpr sono gestiti da privati. Garantiscono il diritto alla salute?

Assolutamente no. Gli enti gestori assumono il personale sanitario con contratti di libera professione che non prendono in considerazione la formazione di medici e infermieri, né in generale né rispetto al lavoro con persone migranti o in contesti di detenzione. Di fatto servono solo al titolare dell'appalto per spuntare la casella sanitaria. Il diritto alla salute non viene in nessun modo garantito.

Lei ha visitato il Cpr di Milano con l'ex senatore Gregorio De Falco, da quelle ispezioni è partita l'inchiesta che ha portato al sequestro. I pm hanno documentato l'abuso di psicofarmaci. Li prescrive uno psichiatra?

Non ci sono psichiatri. Come evidenziato anche dal caso di Ousmane, da capitolato è presente solo la figura dello psicologo. Gli psicofarmaci sono prescritti direttamente dai medici degli enti gestori e questo provoca due grossi rischi per le persone dete-

nute. Il primo relativo al fatto che quella terapia può non essere adeguata perché il personale che la somministra non è specializzato. Il secondo che si generi farmacodipendenza. Il Rivotril è tristemente famoso tra i detenuti nei Cpr proprio per questo. Simili prassi sono da condannare anche da un punto di vista deontologico: i farmaci non vengono usati per curare problemi diagnosticati da uno psichiatra ma per sedare le persone. Come «camicia di forza farmacologica».

Così il medico diventa ancillare alla polizia per calmare gli animi in casi di proteste, risse o autoleSIONISMO.

Quei medici si espongono a conseguenze penali?

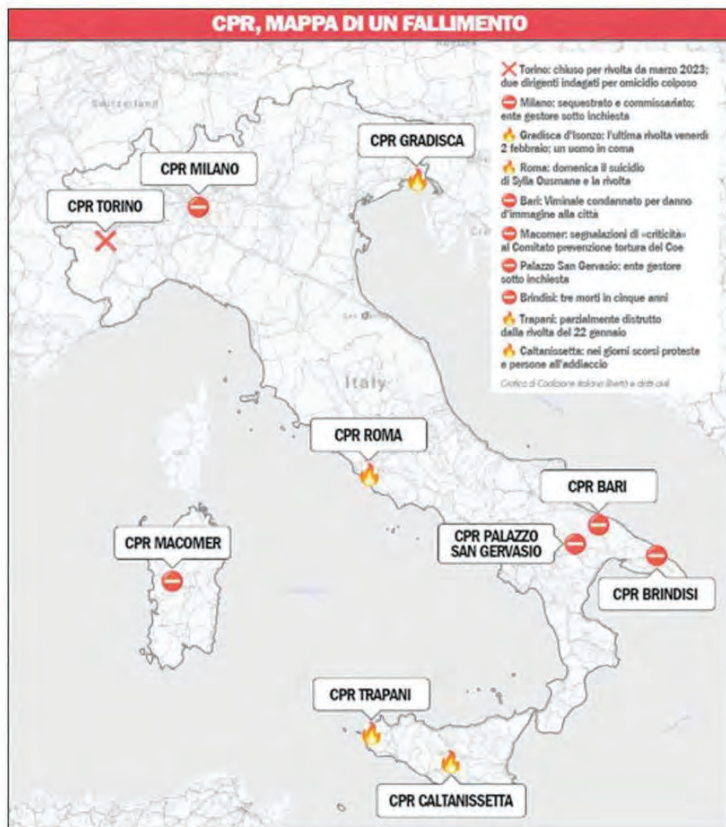
Io sono un infettivologo, non un oncologo: se somministro un chemioterapico e causo dei danni o la morte di una persona finisco in tribunale per imperizia o negligenza. Non capisco perché per l'uso improprio di psicofarmaci non debba valere lo stesso. Nell'infermeria del Cpr di Milano c'era un foglio con i dosaggi massimi degli psicofarmaci: è evidente che serve al medico o infermiere di guardia per sapere fino a dove si può spingere.

Con la Società italiana di medicina delle migrazioni avete lanciato un appello per invitare i medici a negare l'idoneità alla

vita nei Cpr. Richiesta simbolica o possibilità concreta?

La campagna serve *in primis* ad aumentare l'informazione sui rischi per la salute di chi è detenuto nei Cpr. Poi si propone di fornire strumenti ed evidenze affinché il singolo medico certificatore possa decidere in maniera fondata di non riconoscere l'idoneità alla vita in quei posti. L'articolo 32 del Codice deontologico dice che il medico deve proteggere i soggetti vulnerabili da contesti o situazioni in cui la loro salute è in pericolo. Ci sono tutti gli estremi per non prestarsi a far rinchiodare le persone nei Cpr.

Visite sotto la pressione delle questure e psicofarmaci prescritti a caso



A sinistra, il Cpr di Ponte Galeria foto Ansa



7 feb
2024

AZIENDE E REGIONI

S
24

Governo della Salute, l'innovazione cambia il futuro

di Claudio Zanon *

L'innovazione cambia il futuro e sta cambiando rapidamente la Sanità: il Ssn è stato creato 45 anni fa e nel 1996 spendevamo 57 miliardi di lire, oggi 130 miliardi di euro non bastano. Quanti settori della spesa pubblica hanno questa dinamica? I dati Ocse parlano chiaro: con 40 miliardi di spesa privata, oltre i 133 della torta nazionale dei finanziamenti - di cui solo il 18 per cento circa intermediati da assicurazioni e fondi integrativi - il nostro Servizio sanitario è diventato un modello misto. Il problema è che - come afferma Vittorio Mapelli, docente di Economia sanitaria all'Università di Milano - esiste una "legge statistica" per cui in tutti i paesi del mondo la spesa sanitaria (pubblica e privata) è strettamente correlata con il livello di sviluppo economico raggiunto, misurato dal Pil pro capite. Se Germania e Francia spendono di più è perché la loro economia è più sviluppata, il loro Pil supera quello italiano del 39 e del 20% (fonte: Eurostat). E questo vale anche per i redditi dei medici, degli insegnanti e del personale sanitario. L'Italia raggiungerà le medesime possibilità di finanziamento pubblico, dunque, se e quando il suo Pil toccherà i 35-40.000 euro pro-capite. Questa è la via se non si vuole finanziare la Sanità a debito, come stiamo già facendo.

Con un po' di onestà poi bisogna riconoscere che se sono cresciuti tanto i costi del sistema di cure e non bastano ancora significa che la spesa cresce fisiologicamente più di quanto fisiologicamente riusciamo a finanziare. Se il



sistema non regge o ne è in pericolo la sostenibilità o si cambia modello o si cambia modello di finanziamento. Non esiste una terza via.

L'Italia nel 2022, compreso il privato out of pocket, ha la metà della spesa procapite dell'Austria e della Germania, ha 4,1 medici per mille abitanti contro i 5,4 della confinante Austria e i 6,3 della Grecia per non parlare della dotazione di infermieri che sono 6,2 per mille abitanti in Italia, circa la metà della media degli altri paesi Europei e un terzo di quelli in Finlandia. Così per il tasso di posti letto che sono la metà di quelli di Francia e Germania. Il finanziamento della spesa sanitaria negli ultimi 10 anni è scesa in rapporto alla spesa per la Pubblica amministrazione di cui 800 miliardi circa incompressibili vista l'alta spesa pensionistica in rapporto agli altri Paesi europei. Le risorse stanziare non sono sufficienti dunque a preservare il potere d'acquisto del Ssn. Il deflatore del Pil, previsto dalla NadeF per il 2023, è infatti del 4,2% e quello dei consumi del 5,9% mentre il tasso di inflazione registrato dall'Istat a dicembre è del 4,1%, al netto dei prodotti energetici. Che fare dunque? Bisogna trovare all'interno della spesa della Pubblica amministrazione comprimibile i finanziamenti necessari e attuare riforme a tutti i livelli dei sistemi di erogazione. Per questo obiettivo, come Osservatorio Innovazione di Motore Sanità, ci riuniamo a Cernobbio, a Villa Erba, l'8 e il 9 febbraio per due giorni di dibattiti, incontri, confronti per cercare il bandolo smarrito della matassa del Governo della Salute in Italia, alla ricerca di strumenti, azioni, idee, riforme e proposte per una più concreta realizzazione dei bisogni sanitari dei cittadini delle Regioni e per una Sanità più vicina alla dimensione della domanda dei pazienti in una Italia che invecchia come invecchia il suo Servizio sanitario. Ci saranno oltre 200 relatori qualificati attorno a uno stesso tavolo nelle sessioni plenarie e nei laboratori scientifici per approfondire insieme e rispondere alla domanda di un nuovo modello regolatorio dei servizi di prossimità e ospedalieri determinati dalle Regioni.

Il punto di partenza potrà essere il dato di fatto che il Ssn nonostante i limiti eroga prestazioni di qualità nonostante il sottofinanziamento. Gli indicatori di outcome continuano ad essere oltre i livelli medi dei Paesi Ocse. La mortalità per cause evitabili è tra le più basse del mondo e anche quella influenzabile da trattamenti è buona. Le liste attese sono un problema comune: solo finanziamenti aggiuntivi o anche soluzioni organizzative (Cup con anche i privati, presa in carico, appropriatezza) si potrà mitigare questo nodo. Sono necessari nuovi modelli organizzativi e motivazionali oltre al problema della remunerazione del personale cruciale per la motivazione e il trattenimento nelle corsie pubbliche.

Non è solo un problema di tecnologia o strumentazioni (che vanno ben usati) ma anche di modello organizzativo. I posti letto in ospedale? Serve solo la diminuzione o anche la diversificazione? Servono i posti letto per i malati cronici ma è proprio vero che finora siamo stati ospedalocentrici? Se

vediamo i dati sul long term care pare di no. E' sicuro che le necessità non soddisfatte per i malati cronici senza alternative vere nel territorio determinano un afflusso insostenibile nei Pronto soccorso e nei Dea. Il governo della Salute finora ha portato alla frantumazione, a una disomogeneità organizzativa (che non sarebbe tuttavia il male peggiore), al debito ma anche a una disequità di accessi e prestazioni, nel nome di una regionalizzazione incompiuta che fa della "sanità" il luogo controverso di scontri anziché di incontri e confronti. Per questo a Cernobbio ci saranno quasi tutti i Presidenti e rappresentanti delle Regioni, istituzioni pubbliche e manager della sanità pubblica, associazioni di pazienti da tutta Italia a testimonianza di un interesse esistenziale sul tema Salute che ci occupa tutti all'insegna della formazione e dell'informazione. L'innovazione cambia il futuro e vogliamo spiegare perché c'è un nuovo paradigma tecnologico di cui tenere conto nella dinamica tra spesa e fabbisogni. L'obiettivo è definire una sorta di "Carta di Cernobbio", un documento di sintesi finale con i punti principali che emergeranno dalla Winter School di Osservatorio innovazione di Motore Sanità da sottoporre a un dibattito pubblico allargato che possa tradursi in una proposta politica.

** Osservatorio Innovazione Motore Sanità*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

7 feb
2024

IN PARLAMENTO

S
24

Fnomceo: regole etiche e certe su digitalizzazione e produzione dei dati sanitari

Regole certe, etiche e normative, riguardo alla digitalizzazione e la produzione di dati sanitari. Le chiede Fnomceo, la Federazione nazionale degli Ordini dei medici, per voce del segretario, Roberto Monaco, ascoltato in audizione presso la XII Commissione Affari

Sociali della Camera dei Deputati, nell'ambito della discussione congiunta delle risoluzioni Loizzo e Girelli sulla raccolta e l'utilizzo dei dati sanitari. Un tema caro alla Fnomceo, che gli ha dedicato diversi articoli del vigente Codice di Deontologia medica e che ulteriormente lo svilupperà, alla luce delle innovazioni tecnologiche, scientifiche e legislative, nel nuovo testo in corso di revisione.

“In premessa – ha esordito Monaco - riconosciamo a questa Commissione il merito di affrontare una tematica così importante attraverso l'esame delle risoluzioni in titolo. In particolare, condividiamo l'intento della risoluzione che vede come primo firmatario l'On. Simona Loizzo e che impegna il Governo a promuovere l'interoperabilità del Fascicolo sanitario elettronico (Fse) nel rispetto dell'agenda stabilita dal PNRR, al fine di rendere accessibili le informazioni contenute nel Fse stesso in tutte le regioni italiane, nonché di favorire la progressiva digitalizzazione in ambito sanitario, anche nell'ottica della prevista creazione dello spazio europeo dei dati sanitari (Ehds) e a promuovere l'istituzione per ogni patologia del relativo registro dedicato, così come già accade per determinate patologie, affinché si possa



realizzare una programmazione sanitaria mirata e sostenibile, e un miglioramento continuo nella prevenzione, nella diagnosi e nella cura dei pazienti. Apprezziamo, invece, della risoluzione che vede come primo firmatario l'On. Gian Antonio Girelli l'idea di assicurare un utilizzo più sistematico dei registri di patologia con un fine generale di programmazione sanitaria e un fine specifico di miglioramento della presa in carico dei pazienti e di adottare iniziative di competenza volte a garantire l'adozione in tutte le regioni italiane del fascicolo sanitario elettronico”.

“La digitalizzazione e la produzione di dati – ha osservato – possono giocare un ruolo fondamentale nel rendere le prestazioni sanitarie più efficienti, veloci e sostenibili, al precipuo fine di concretizzare quella tutela dei diritti, alla salute, all'uguaglianza, che, come Ordine, siamo chiamati a garantire. In tale contesto è evidente la necessità di una regolamentazione che riesca a favorire l'innovazione, senza violare la riservatezza dei dati personali”. A tal fine, la Fnomceo sostiene anche l'utilizzo di tecniche di intelligenza artificiale.

“Occorrono tuttavia – ha ammonito Monaco – regole etiche, e infatti l'utilizzo dell'intelligenza artificiale è una delle direttrici che orientano l'aggiornamento, in corso, del Codice di Deontologia medica, e normative”.

“Questa Federazione – ha evidenziato ancora il Segretario Fnomceo – rimarca come la digitalizzazione favorirà quella integrazione tra i Servizi Sanitari regionali e le Piattaforme nazionali, atta a definire un nuovo modo di declinare la prestazione professionale e quindi l'assistenza sanitaria in generale”.

Da un punto di vista operativo, una delle questioni più importanti evidenziate da Fnomceo riguarda il Fascicolo sanitario elettronico ed è proprio quella di “consentire il dialogo basato sull'interoperabilità dei dati dei fascicoli regionali e realizzare un ecosistema di dati sanitari costituito da una rete federata di centri che interconnette in formato digitale i dati relativi alla salute del paziente”. Questo, al fine di consentirne la condivisione sicura e rapida non solo ad uso primario, ma anche per finalità di governo e di programmazione.

Sì dunque, da Fnomceo, all'istituzione di un'Agenzia Sanitaria per la Salute Digitale e quindi di una rete di centri di dati coordinati con lo European Health Data Space, dove tutti i soggetti pubblici e privati possano condividere i dati opportunamente anonimizzati, creando un ecosistema per garantire una maggiore equità dei servizi e quindi ottimizzare i tempi e le risorse dando impulso al Paese.

Più nel dettaglio, il Fascicolo sanitario elettronico dovrà permettere anche la cooperazione applicativa con i diversi sistemi informatici in uso sul territorio e in ospedale, in modo da far sì che i professionisti possano interfacciarsi in modo adeguato nei diversi setting professionali nei quali operano.

Fondamentale, per Fnomceo, la questione della tutela dei dati personali, affermata anche dal Codice deontologico e tanto più rilevante in un contesto di digitalizzazione e di circolazione dei dati anche al livello internazionale. “Risulta importante l’attenzione alla sicurezza dei dati – ha avvisato Monaco - in considerazione del rischio di attacchi informatici che, in considerazione della grande concentrazione di dati, sarebbero straordinariamente pericolosi”.

“Ribadiamo la necessità che il trattamento di dati personali – ha aggiunto riferendosi specificamente al Fascicolo sanitario elettronico - perseguendo esclusivamente fini di prevenzione, diagnosi e cura dell’interessato, deve essere posto in essere esclusivamente da parte di soggetti operanti in ambito sanitario, con esclusione di periti, compagnie di assicurazione, datori di lavoro, associazioni o organizzazioni scientifiche e organismi amministrativi anche operanti in ambito sanitario”.

Sarebbe inoltre auspicabile la realizzazione di un’Anagrafe Nazionale Digitale dei vaccini e di un’analoga Anagrafe Digitale sulle donazioni di sangue e plasma da inserire nel contesto dell’ecosistema dati sanitari e un maggior uso dei registri di patologia. L’Italia, infatti, è stato il primo Paese ad introdurre registri di monitoraggio dei farmaci, rappresentando quindi una best practice a livello europeo.

Necessario infine promuovere campagne di informazione per i cittadini e di formazione per i medici e gli operatori sanitari sulla raccolta dei dati, in particolare quelli riferiti dai pazienti. La formazione non dovrebbe solo essere focalizzata sulle tecniche della digitalizzazione ma anche sulle procedure appropriate per garantire qualità, sicurezza ed eticità del trattamento dei dati. Il consenso dei cittadini dovrebbe invece essere legato alla consapevolezza di poter favorire, con i propri dati, un beneficio per la collettività.

“A proposito – ha dettagliato Monaco - dei dati forniti direttamente dal paziente, la cui importanza è condivisibilmente sottolineata nella risoluzione che vede come primo firmatario l’On. Simona Loizzo, va valutata l’opportunità che debba essere specificata l’esigenza di connotare e distinguere in modo chiaro i dati obiettivamente e certificabili, dai dati rilevati in modo soggettivo o provenienti da metodiche di rilevazione non note o certificate”.

“In conclusione – ha terminato - in considerazione della rilevanza della materia oggetto di esame, la FNOMCeO ribadisce la disponibilità al confronto al fine di riconoscere il ruolo e il contributo dei professionisti medici all’interno di un percorso assistenziale innovativo basato sulla digitalizzazione dei dati sanitari e finalizzato al raggiungimento degli obiettivi posti dal PNRR per un’implementazione della sanità digitale in termini di innovazione e sviluppo”.

IL PUNTO

CURE PALLIATIVE, UNA DELICATA MISSIONE: CENTRALE NELLA MEDICINA E FINANZIATA DAL PNRR

GINO GOBBER*

C

resce costantemente la domanda relativa a cosa sono le cure palliative. Una recente ricerca dell'istituto Ipsos per conto della fondazione Vidas ha fatto emergere l'accresciuta consapevolezza rispetto alle cure stesse: oggi in Italia la quota di chi non ha mai sentito parlare di cure palliative è passata dal 41% di un'analogica indagine del 2008 all'attuale 6%. Parallelamente è aumentato il grado di conoscenza di questa modalità di cura: nel 2008 il 24% si dichiarava poco o abbastanza informato, ora il 54% dice di sapere bene di cosa si tratta. È un aumento importante, anche se non ancora sufficiente.

Lo studio ci offre anche altri spunti di riflessione. Il primo è che esiste ancora una fetta rilevante di popolazione (il 18%) che considera le cure palliative «inutili o "naturali" o alternative alla medicina tradizionale». Il secondo, fortunatamente, è la sempre più diffusa convinzione che si occupino di migliorare la qualità di vita di persone gravemente malate e delle loro famiglie.

Da un lato, quindi, dobbiamo far conoscere meglio quello che facciamo, anche ai medici, e dall'altro affermare che sono stati numerosi i passi in avanti compiuti da quando, alla fine degli anni '80, si è iniziato a parlare di cure palliative. Prima, però, è bene ammettere alcune cose. Anzitutto il settore nel quale lavoriamo può non avere, ad esempio, l'*appeal* di altre specialità come la chirurgia di eccellenza, dove ci sono im-

portanti investimenti tecnologici. La nostra disciplina è destinata ad accompagnare le persone nell'ultimo tratto della loro vita. È comprensibile, quindi, che un giovane medico, psicologo, infermiere, operatore sanitario, si attenda altro dalla sua professione. Al tempo stesso il mondo accademico, da sempre, si occupa di pazienti acuti, mentre con il passare del tempo assistiamo a maggiori bisogni da parte di chi ha malattie croniche. Se aggiungiamo che l'opinione pubblica preferisce temi meno impattanti rispetto a quelli che sono legati al fine-vita, è chiaro che il nostro ruolo è stato destinato, almeno finora, a rimanere poco visibile

Molto è cambiato, però, da quando Vittorio Ventafrèdda, anestesista e direttore sa-

nitario dell'Istituto nazionale tumori, ha importato dal mondo anglosassone il concetto di "*palliative care*" alla fine degli anni '80 e ha trovato nell'industriale Virginio Floriani un importante alleato, il quale si era reso perfettamente conto che i bisogni dei malati in fase terminale rimanevano senza adeguata risposta. Siamo partiti da una indubbia posizione di difficoltà ma abbiamo progressivamente ottenuto ritorni e riconoscimenti molto importanti - su tutti la legge 38 del 2010 che istituisce le cure palliative - da due anni esiste una specializzazione all'università, e oggi siamo centrali nella cura dei malati. Il decreto ministeriale 77 del 2022 che riforma l'assistenza territoriale è chiarissimo nell'indicare il modello



delle Reti di cure palliative, come vincente anche per la presa in carico della cronicità e della fragilità. Un modello fatto di rete, lavoro di équipe, multiprofessionalità e competenze, in grado di coinvolgere il terzo settore e gli stakeholder, a partire dai familiari del paziente. Non a caso le Asl sono chiamate, entro il 2028, a prendere in carico il 90% delle persone con necessità di cure palliative. Adesso ci sono le risorse per stabilizzare il personale, grazie al Pnrr.

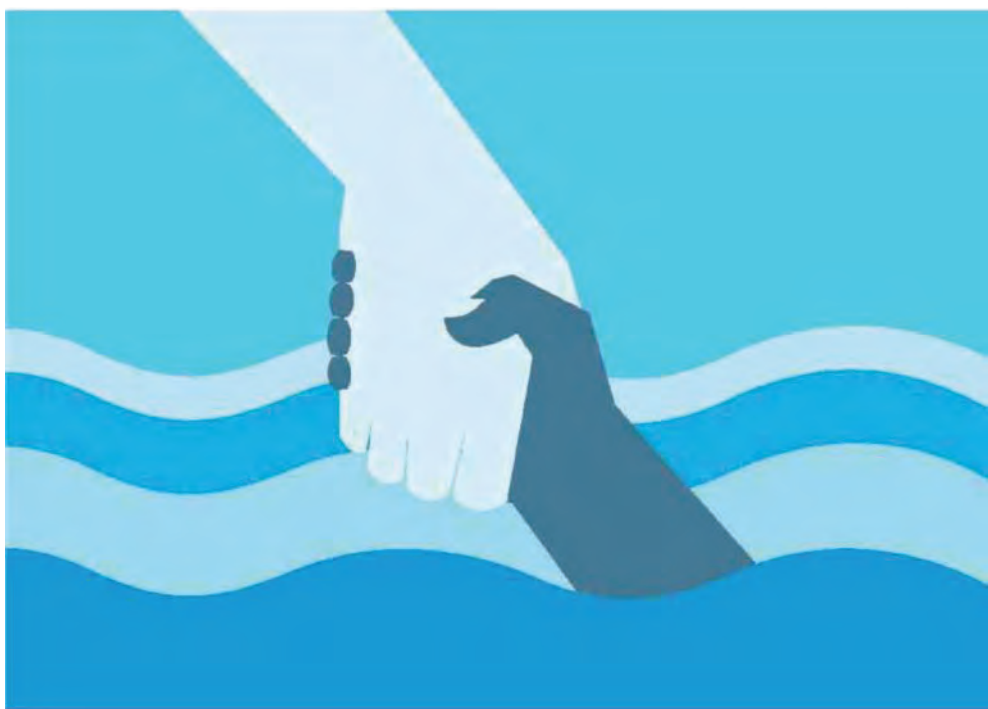
Mi viene chiesto di frequente cosa sono le cure palliative. Mi soccorre la definizione dell'organizzazione mondiale della sanità: «L'assistenza globale, attiva, di quei pazienti la cui malattia non risponda ai trattamenti curativi. È fondamentale affrontare e controllare il dolore, gli altri sintomi e le problematiche psicologiche, sociali e spirituali. L'obiettivo delle cure palliative è il raggiungimento della migliore qualità di vita per i pazienti e le loro famiglie». Ci occupa-

mo di questo, assistendo chi ha bisogno con cure inclusive e partecipate: il medico di famiglia è il primo riferimento clinico, l'infermiere è l'operatore che più di frequente va al domicilio delle persone assistite, il naturale "case manager", il medico palliativista garantisce le competenze specialistiche e si occupa della gestione del processo. Cerchiamo di fare tutto questo con la necessaria empatia, comprendendo cioè lo stato d'animo di chi abbiamo di fronte, stando dalla sua parte ma senza rischiare di essere travolti dalla partecipazione emotiva. È la cosa più difficile e delicata del nostro lavoro

**Presidente della Società italiana di cure palliative*

**DAL 2028 LE ASL
SARANNO CHIAMATE
A PRENDERSI IN CARICO
IL 90% DELL'ASSISTENZA
DI CHI È GRAVEMENTE
MALATO**

**Sopra,
Gino Gobber,
presidente
della Società
italiana
di cure palliative**



L'11 LA GIORNATA DEL MALATO. PARLA IL DIRETTORE DELL'UFFICIO CEI DI PASTORALE DELLA SALUTE

Compagnia e tenerezza curano il malato La prima terapia è spezzare la solitudine

MASSIMO ANGELELLI

Tra le esperienze della vita più segnanti c'è la sofferenza umana, cioè quella condizione che altera il mio equilibrio e mi mette in una condizione di insicurezza, di vulnerabilità. Il primo istinto può essere quello di chiedere aiuto, di rendersi conto che da soli non è bene affrontare questi passaggi esistenziali. Un bambino istintivamente ricorre alla mamma, un adulto cerca un aiuto nell'amico o nella persona amata, un anziano lo spera anzitutto dai figli. Ecco, quel desiderio spontaneo che spinge gli uomini e le donne sofferenti nasce dalla loro natura sociale. La malattia e la sofferenza feriscono, oltre al corpo, la nostra relazionalità, spontaneamente andiamo alla ricerca di una cura che sia anche relazionale, affidandoci a chi pensiamo possa sollevarci dall'esperienza dolorosa. Ecco perché papa Francesco apre il messaggio per la Giornata mondiale del Malato di domenica prossima con una citazione di Genesi: «Non è bene che l'uomo sia solo» (2,18), ricordandoci che, data la sua natura sociale, la cura del malato passa anche attraverso la cura delle relazioni.

Nel tempo e nel contesto culturale in cui viviamo, immersi in una inarrestabile tendenza individualista, questa parola illumina la fatica del sofferente così come quella del curante. Entrambi stanno vivendo un tempo che necessita gesti di cura. Il Papa ci ricorda che la prima cura di cui abbiamo bisogno è la vicinanza, piena di compassione e tenerezza. Nella società scientifica, consacrata

all'analisi dei dati per poter capire i fenomeni, sembra quasi banale o romantico tornare a parlare di tenerezza. In realtà le due cose non si oppongono minimamente ma vanno integrate in un nuovo paradigma di cura: la ricerca scientifica e la clinica offrono la terapia necessaria a combattere il dolore e la malattia; i curanti sono i professionisti della salute, capaci di coniugare scienza e arte del curare; la relazione diventa il luogo di incontro per l'accompagnamento dell'esperienza del sofferente, con gli strumenti più umani che abbiamo, cioè compassione e tenerezza; i familiari, gli amici, gli affetti sono anche loro portatori di una dimensione empatica che sostiene e accompagna il sofferente contro ogni solitudine o abbandono.

In un Paese come il nostro in cui la sanità offre ancora livelli molto alti di assistenza e cura, anche se in modo non equo nelle diverse regioni, abbiamo una crisi di modelli di cura prima che di finanziamenti o gestioni sanitarie. La riprova è nella differenza tra l'essere curati e il sentirsi curati: la differenza è la mancanza di quello spazio empatico che riempie i gesti di cura con un approccio necessario affinché la presa in carico integrale della persona sia piena ed efficace. Questo farà bene anche al curante, perché la gratitudine che le persone assistite restituiscono a chi li ha sollevati dalla sofferenza è il primo e più importante premio di cui c'è bisogno per continuare a svolgere un servizio all'umanità sofferente, che è usurante. Essere esposti ogni giorno al dolore e alla sofferenza dell'altro necessita di un rafforzamento continuo del movente ideale che porta al-

la cura dei bisogni di salute.

Una medicina efficace, un Servizio sanitario nazionale efficiente, una adeguata allocazione delle risorse pubbliche necessitano di modelli di cura che siano sostenibili in ogni senso. Ma soprattutto capaci di prendersi cura delle persone sofferenti nel modo giusto. Non in qualsiasi modo. Il Samaritano del brano evangelico (Lc 10, 25-37) viene principalmente ricordato per i suoi gesti: si è fatto prossimo, ha fasciato le ferite, ha accompagnato il sofferente, si è assicurato che la cura proseguisse fino alla guarigione. Ma tutto è iniziato con una attenzione, ha rallentato il passo, ha rinvio i suoi progetti, ha offerto ascolto al grido di dolore. Papa Francesco ci invita ad adottare lo sguardo compassionevole di Gesù: «Prendiamoci cura di chi soffre ed è solo, magari emarginato o scartato». Un comportamento a cui siamo chiamati tutti, in forza di quel comandamento che ci chiede di amare chi abbiamo accanto, a cominciare dai più vulnerabili. «Gli ammalati, i fragili, i poveri sono nel cuore della Chiesa e devono essere anche al centro delle nostre attenzioni umane e premure pastorali». Andiamo, ci aspettano.

**Direttore Ufficio nazionale
per la Pastorale della Salute**



NELLA GUERRA AI TUMORI ARRIVANO I RINFORZI DEI VACCINI

Gli studi in corso cercano di capire se l'aggiunta dei trattamenti a mRNA sia in grado di potenziare l'immunoterapia. L'oncologo Paolo Ascierto: «Si sta sperimentando la cura su pazienti con melanoma metastatico»

**MARIA RITA
MONTEBELLI**

C

urare il tumore è anche questione di "allenamento". Non di quello sportivo, che pure è importantissimo nella prevenzione delle malattie, ma quello al quale alcuni trattamenti sottopongono il sistema immunitario. Il principio alla base dell'immunoterapia è proprio questo: risvegliare le cellule "sentinella" dell'organismo, neutralizzate in vario modo dal tumore, e insegnare loro a riconoscere il nemico per combatterlo da dentro, in una sorta di training alla guerra biologica. Lo fanno i vari farmaci immunoterapici impiegati da anni contro tanti tumori e anche le CAR-T per vari tumori del sangue. Ma l'ultima frontiera dell'immunoterapia è quella dei vaccini terapeutici, in avanzata fase di ricerca nel melanoma e in tanti altri tumori, come polmone, rene, distretto testa collo, pancreas.

LE RICERCHE

«Dopo il Covid, c'è stata una grande accelerazione nello sviluppo di vaccini a mRNA – afferma il professor Paolo Ascierto, direttore dell'Unità di Oncologia Melanoma, Immunoterapia Oncologica e Terapie Innovative dell'Istituto Nazionale Tumori Fondazione G. Pascale di Napoli – Ricerche che partono però da lontano, visto che risalgono al 2017 quelle su melanoma e tumore del polmone. Oggi le applicazioni più importanti di questi vaccini terapeutici sono nel trattamento adiuvante, cioè dopo l'asportazione del tumore». Già da molti anni, nel trattamento di tanti tumori, dopo la chirurgia, trovano posto i farmaci immunoterapici (pembrolizumab o altri).

Le ricerche in corso cercano di comprendere se l'aggiunta di un vaccino anti-tumorale a mRNA sia in grado di potenziare la risposta all'immunoterapia. Molti di questi nuovi

vaccini a mRNA sono personalizzati, cioè costruiti su misura del tumore di un determinato paziente. Ma tra i loro talloni d'Achille c'è il costo elevato e il fatto che per fabbricarli sia necessario inviare un pezzetto di tessuto tumorale a un laboratorio centralizzato – negli

Usa o in Germania – e attendere fino a 6-8 settimane per ottenere il vaccino da iniettare.

ANTIGENI

Il vaccino è "costruito" sugli antigeni del tumore, cioè su quelle proteine (nel caso del melanoma sono 34) riconosciute come estranee dal nostro sistema immunitario. Una volta somministrate al paziente dunque, le cellule dell'immunità vengono istruite a riconoscere queste proteine "nemiche" e le rintracciano all'interno delle cellule tumorali, che vengono distrutte con estrema precisione.

I RISULTATI

«Una novità – prosegue il professor Ascierto – è rappresentata dai vaccini a mRNA "non personalizzati" (come il BIO-III), diretti contro 4 bersagli molecolari presenti nel tumore; sono vaccini già pronti, attualmente in fase precoce di

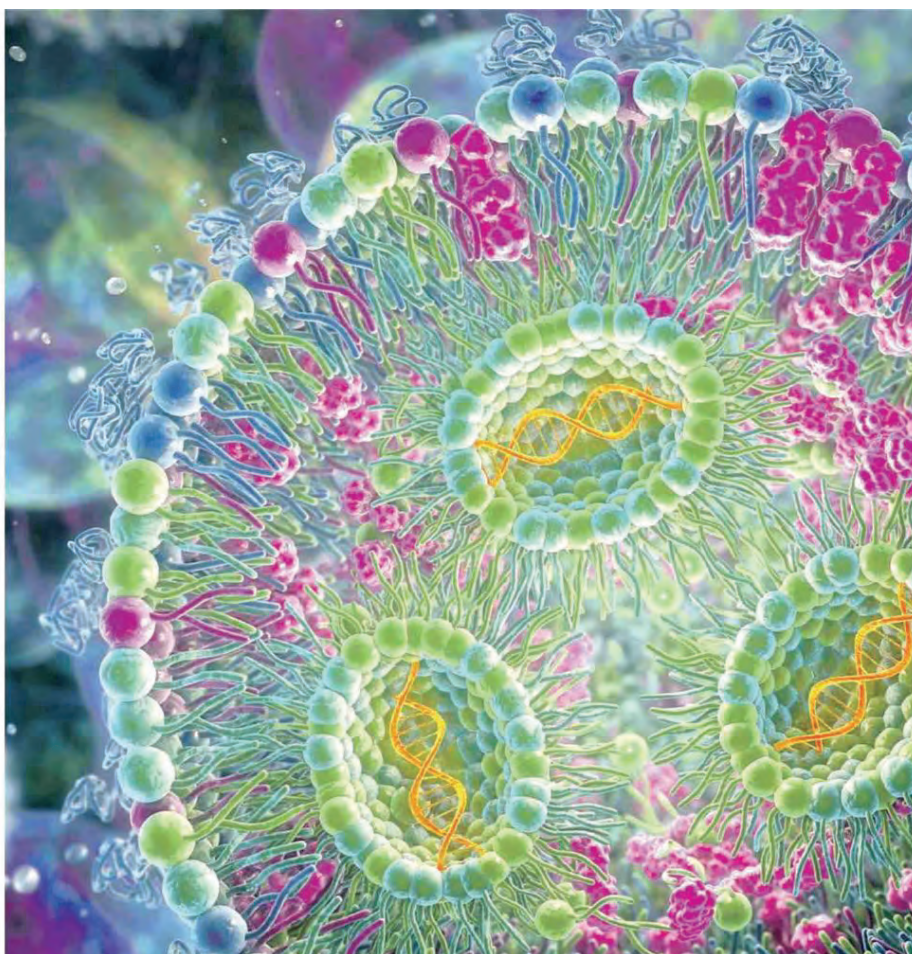


Il Messaggero

sperimentazione nei pazienti con melanoma metastatico. Ma oltre ai vaccini terapeutici a mRNA, se ne stanno testando tanti altri, basati su proteine (per esempio quello contro le proteine tumorali IDO e PD-L1 è in sperimentazione su pazienti con metastasi da melanoma) o basati su virus».

La rivista Nature infine ha di recente pubblicato i risultati di una sperimentazione su un vaccino a mRNA nel tumore del pancreas. «Sono risultati molto promettenti – com-

menta il professor Ascierto – in un tumore che ancora non può contare su terapie risolutive». Molto avanzate anche le sperimentazioni sui vaccini terapeutici nel tumore del polmone. Pure in questo caso, sono somministrati insieme farmaci immunoterapici, dopo l'intervento chirurgico o quando la malattia è in fase avanzata o metastatica, cioè non operabile.



Paolo Ascierto,
direttore Unità
di Oncologia
Melanoma,
Immunoterapia
Oncologica
e Terapie innovative
dell'Istituto
nazionale tumori
Fondazione
Pascale di Napoli



CANTOTERAPIA AIUTA IL RESPIRO E IL SISTEMA IMMUNITARIO

Gli studi dimostrano che intonare canzoni sollecitano il lobo destro del cervello che governa le capacità creative e favorisce il rilascio di ossitocina e serotonina, gli ormoni che ci rilassano. Una ricerca inglese ne ha dimostrato l'efficacia contro la depressione post parto

CARLA MASSI



Il Festival di Sanremo come terapia. Le cinque serate dedicate alla canzone italiana potrebbero diventare un medicina per il nostro benessere fisico e psichico. Imparare quei brani e cantarli, in compagnia, sotto la doccia o in auto, è un'idea da non trascurare.

In realtà basta anche solo cantare, assecondare parole e musica di qualsiasi genere e di qualsiasi epoca per stare meglio. Sentirsi alleggeriti dallo stress come dall'ansia o dalla tristezza. Perché cantare, appunto, ci permette di far lavorare al meglio i polmoni, tonificare il diaframma e i muscoli intercostali. Promuovendo, così, una più salutare attività respiratoria.

"Canta che ti passa" graffiò un fante du-

rante la Grande Guerra nella fenditura di una roccia calcarea sul Carso. E oggi il motto ci torna in mente quando ci si sente soffocati, stretti, incapaci di esprimerci con le parole, appesantiti dall'umor nero. Proprio quella migliorata respirazione, ossigenando la mente allontana i pensieri negativi, sincronizza il battito cardiaco e allenta le tensioni muscolari.

Proviamo a rileggere con calma (e canticchiare) l'attacco di *Il mio canto libero*, meraviglia di Lucio Battisti del 1972: "In un modo che/Non ci vuole più/Il mio canto libero sei tu/E l'immensità/Si apre intorno a noi/Al di là del limite/Degli occhi tuoi...". Il potere del cantare sta tutto qui. La ricerca ha provato a dare un valore scientifico a quel rituale, corale o singolo, che ha da



sempre accompagnato l'umanità. Dalle liturgie al lavoro nei campi, alla raccolta del riso, alle feste nei poderi e nelle piazze. Dai cori alle cantate durante le gite.

Si rammarica Paolo Caneva, docente di Musicoterapia al Conservatorio di Verona: «La canzone un tempo nasceva in famiglia, accanto alle culle o fra gli anziani, nelle osterie, nei campi e intorno ai lavatoi: ci si trovava nelle stalle dopo una giornata di lavoro o sulle aie e si imparava a cantare quasi per osmosi, ed era naturale che fosse così. Oggi, paradossalmente, siamo immersi in un'overdose di musica di tutti i generi, molto ascoltata ma poco agita».

GLI EFFETTI

Eppure, come dimostrano diversi studi, il cantare solleciterebbe il lobo destro del cervello che governa le capacità creative e favorirebbe il rilascio di ossitocina e serotonina. Gli ormoni che ci rendono più rilassati e socievoli agendo da antinfiammatori e immunostimolanti. Per questo, la cantoterapia è sempre più utilizzata in pazienti con demenza. Tra i ricordi di brani imparati da giovani e le sollecitazioni del coro si riescono a intravedere dei benefici.

Alcune ricerche, come quella condotta all'Università della musica e dello spettacolo di Francoforte, ci rivelano che cantare, oltre a rafforzare il nostro sistema immunitario, migliora la respirazione, la flessibilità del diaframma e la salute dei polmoni.

Il lavoro, pubblicato su *Journal of Behavioral Medicine*, ha dimostrato che i coristi, dopo un'ora di canto del Requiem di Mozart e sottoposti a prelievo di sangue, presentavano un aumento di anticorpi e antinfiammatori (immunoglobulina e idrocortisone). Risultato: il canto riduce la produzione di cortisolo, l'ormone dello stress che modifica l'umore e abbassa le difese immunitarie.

Cantare può anche aiutare le mamme a uscire più in fretta dal tunnel della de-

pressione post parto. Uno lavoro dell'University College di Londra, pubblicato sul *British Journal of Psychiatry*, ha dimostrato che le donne che partecipavano a sessioni di canto in gruppo con i loro bambini avevano un miglioramento più rapido dei loro sintomi.

Nella ricerca, 134 donne sono state divise in tre gruppi: uno ha partecipato al canto corale, un altro a sessioni di gioco creativo e il terzo ha ricevuto le cure standard. Durante le lezioni di canto le madri imparavano ninna nanne e creavano nuove canzoni. Si è così visto che quelle con sintomi moderati e gravi di depressione post parto miglioravano più in fretta rispetto alle mamme degli altri due gruppi. Tutte hanno visto calare i sintomi nell'arco di 10 settimane, ma quelle del gruppo del canto già dopo 6 settimane avevano un calo medio del 35% dei sintomi depressivi. «La nostra ricerca indica che per alcune donne una cosa accessibile, come cantare con i propri bambini, può aiutare a rendere più veloce il loro recupero e uscire da un momento di grande vulnerabilità della loro vita» commenta Rosie Perkins, coordinatrice dello studio.

Un "farmaco", la canzone, che sembra non avere controindicazioni o effetti collaterali. Comunque la si utilizzi. A Genova, alla Scuola Italiana di Cantoterapia, diretta da Claudia Pastorino, vocologa artistica e docente di Laboratorio di Linguaggi della Canzone all'Università degli Studi di Genova, si parla di "Medicina cantata". La Cantoterapia, spiegano gli esperti, si occupa del canto non per la performance bensì per la cura. «Come attività costitutiva di ogni essere umano, attivatrice di risorse naturali di autoriparazione, autoriequilibrio, autoguarigione». Una autocura da integrare nella routine quotidiana per autogestire e controllare ansia, stress, emozioni negative.

CLAUDIA PASTORINI,
VOCOLOGA ARTISTICA:
«ATTIVA
RISORSE NATURALI
DI AUTORIPARAZIONE»
SANREMO UN BUON TEST



IL PROGETTO

I VECCHI MOTIVETTI UN'ARMA CONTRO I PRIMI SEGNALI DI DECLINO COGNITIVO

Il laboratorio realizzato al Cto di Napoli
Il neurologo Bruno Ronga: «Musica e coro
hanno favorito l'espressione dei pazienti»

MARIA PIRRO

È

una questione di famiglia, forse la più dolorosa, affrontata senza cedere allo sconforto, ma mettendo la musica a tutto volume. «Mamma, affetta dall'Alzheimer, si scuoteva dal torpore, ascoltando le canzoni della sua giovinezza. Le ricordava ancora tutte a memoria», si commuove Franco Branco, ex direttore di sala del teatro di San Carlo, presidente dell'Unione musicisti e artisti italiani che, riflettendo sulla propria esperienza personale, quando per la madre non c'è stato più nulla da fare, ha voluto tentare di dare conforto ad altri nelle stesse sue condizioni, perché potessero ritrovare, in un momento infinito, memoria e gioia. Come? Con un laboratorio di canto, "Coral...mente", rivolto a persone con lieve-medio decadimento cognitivo, realizzato nell'ospedale Cto con il sostegno della Fondazione Banco di Napoli, la collaborazione dell'associazione Koiné, e culminato in uno straordinario concerto. Sulle note di *Funiculì funiculà*,

'O sole mio, O' surdato 'nnamurato e un dress code in tema, con accessori e abiti in stile anni Sessanta. «Emozioni indimenticabili. Ho ripresentato il progetto, su richiesta dei parenti dei partecipanti, anche loro coinvolti nelle attività: sia

nella struttura sanitaria sia a casa», dice Branco, spiegando che i caregiver con quattordici persone colpite dal declino cognitivo sono diventati volti cari e più luminosi.

«Hanno ripreso in qualche modo a socializzare, a studiare in vista di prove ed esibizione, ritrovando uno scopo nel quotidiano; si sono finalmente ritrovati protagonisti come da ragazzi, e anche un po' in competizione con i compagni di corso». E questi risultati sono certificati dai neurologi coordinati da Bruno Ronga e dagli psicoterapeuti dell'azienda dei Colli, oltre che evidenti ai musicisti Giuseppe Schirone, per il coro, e Romeo Barbaro, alle percussioni e tammorre, che li hanno accompagnati nell'impresa, fino al saggio finale scandito dagli applausi di amici, figli e partner. Sorride Branco: «Un vero successo per tutti», anche clinico.

IL RISCONTRO

«Da un punto di vista emotivo e comportamentale, abbiamo riscontrato grossi cambiamenti tra gli iscritti al laboratorio: tenevano il ritmo e intonavano alla perfezione tutte le strofe. Contenti di essere lì, la loro attenzione non calava durante l'intera ora dell'incontro settimanale» è quanto certificato dalla psicologa Luisa Pellino con la collega Sara D'Angelo.

«La musica e il coro sono diventati uno strumento di "riabilitazione" in grado di migliorare l'umore, aumentare l'autostima e la considerazione di se stessi, favorire l'espressione e la condivisione del proprio vissuto», afferma Ronga, responsabile scientifico di "Musica e Alzheimer", il progetto-occasione di umanizzazione nelle cure. Perché il percorso è diventato «viaggio di ri-orientamento e consolidamento delle relazioni, spesso rarefatte o addirittura inesistenti», aggiunge il neurologo del Cto, centro che accoglie sempre più assistiti.

Già oggi, nel mondo, la demenza, di cui l'Alzheimer è la



Il Messaggero

forma più diffusa, riguarda circa 55 milioni di ammalati (che saranno 132 nel 2050, con un nuovo caso ogni tre secondi). In Italia sono oltre un milione, di cui 600mila con Alzheimer, al centro di un'emergenza sociale dai costi con il tempo destinati a diventare insostenibili. Ma, soprattutto, il dramma travolge non solo chi ne è col-

pito, ma coniugi e conviventi, come Branco, spesso alle prese e alla ricerca di soluzioni fai-da-te per non mandare in pensione il cervello, riaccendere una speranza e tentare di prevenire o allungare lo stadio iniziale della patologia in attesa di poter contare su una terapia definitiva, anche farmacologica.



Franco Branco, ex direttore di sala del San Carlo, presidente dell'Unione musicisti e artisti italiani: ha ideato il laboratorio riflettendo sulla propria esperienza familiare



MAL DI CUORE IN AUMENTO LE CURE DEL FUTURO SARANNO HI-TECH

La Commissione Europea ha finanziato il progetto Empatic che testerà terapie per la rigenerazione cardiaca. La coordinatrice Valeria Chiono, docente del PoliTo: «Abbiamo creato in laboratorio una piattaforma per ottenere modelli in vitro di tessuti umani. Prove anche sui farmaci»

PAOLO TRAVISI



e patologie cardiovascolari rappresentano la principale causa di mortalità al mondo. In Italia, sono responsabili del 40% di tutti i decessi, circa 230mila persone ogni anno, e purtroppo nell'ultimo periodo sono aumentati dopo una fase di deflessione della loro incidenza. I dati più recenti, infatti, ci restituiscono un quadro allarmante, con un aumento delle cardiopatie ischemiche, dell'insufficienza cardiaca, degli ictus. Da considerare il fatto, che il nostro Paese è al

secondo posto per longevità, subito dopo il Giappone, fattore lusinghiero, ma che impone una maggiore attenzione nel percorso clinico dei pazienti cardiopatici, spesso anziani che, superati i 70 anni, devono convivere anche con altre patologie.

Ma non è solo questo. Infatti, il 14% degli under 35, stiamo parlando di quasi 2 milioni di giovani, ha già la pressione sopra la norma (120/80 mmHg) e fino al 4% dei bimbi, da 6 a 11 anni, ha valori alterati e nella gran parte dei casi, senza che i genitori lo sappiano. Con questi numeri, un diciottenne iperteso su 10, avrà un infarto o un

ictus prima della pensione, secondo gli esperti della Società Italiana di Cardiologia



(Sic). Oltre ad una migliore organizzazione sanitaria per diagnosi tempestive, un monitoraggio costante nel tempo e trattamenti mirati, nella definizione di nuove strategie di prevenzione in ambito cardiovascolare, un ruolo determinante può essere giocato dalla tecnologia, le cui innovazioni si rivelano particolarmente appropriate all'ambito cardiologico.

Eppure, nonostante i numerosi sforzi della ricerca, al momento non esistono terapie per la rigenerazione cardiaca, uno dei problemi in conseguenza di un infarto. «Quando si ha un infarto, muoiono le cellule deputate alla funzionalità del cuore, i cardiomiociti, che non possono essere rigenerate naturalmente dall'organo, per cui al loro posto si forma una cicatrice, un tessuto diverso, rigido e non più funzionale, motivo per cui la funzione del cuore tende a ridursi. Ed al momento nonostante vari tentativi che si stanno facendo non esiste una soluzione clinica», spiega Valeria Chiono, professore ordinario del Dipartimento di Ingegneria Meccanica e Aerospaziale del Politecnico di Torino che coordina il progetto Empatic, che si pone l'obiettivo di superare questi limiti, sviluppando una nuova piattaforma, facile da usare e versatile, che sfrutti gli strumenti più avanzati della bioingegneria, al fine di ottenere modelli in vitro di tessuti cardiaci umani maturi, consentendo anche il monitoraggio non invasivo delle loro proprietà elettrofisiologiche. «Abbiamo sviluppato in laboratorio una piattaforma per testare nuove terapie per l'infarto, aritmie ed altre patologie cardiache ed anche per farmaci usati per altre malattie, ma che possono causare tossicità al cuore. Con Empatic vorremmo sviluppare una piattaforma facilmente accessibile nei centri di ricerca per lo studio di nuove terapie efficaci che non abbiano conseguenze per la sicurezza umana».

IL CONTRIBUTO

La portata innovativa del progetto, selezionato tra i 283 progetti presentati da ricercatori di tutta Europa, è valso alla ricercatrice del PoliTo il contributo di 150mila euro da parte dello European Research Council della Commissione Europea, per la realizzazione di prototipi dimostrativi per esplorare il potenziale commerciale o sociale dei progetti di ricerca di frontiera. «Il ricercatore biologo potrebbe avere la

possibilità di studiare più facilmente le cellule cardiache, sulle piattaforme multi-pozzetto, cioè i supporti di coltura, dove saranno realizzati questi modelli di tessuto cardiaco, che saranno fatti crescere con opportuni stimoli biochimici e biofisici alle cellule, durante la loro coltura in vitro e componenti bio-elettronici per la stimolazione elettrica esterna», aggiunge Chiono, convinta che l'innovazione dell'esperimento derivi proprio dal design di questi pozzetti. «Integrano la possibilità di dare alle cellule diversi tipi di stimoli, perché all'interno del pozzetto mettiamo dei substrati per coltivare le cellule che hanno determinate caratteristiche chimiche, meccaniche e strutturali ed inoltre introduciamo gli elettrodi per una stimolazione a livello elettrico dei tessuti che si stanno sviluppando e poi c'è anche la possibilità di analizzare le caratteristiche funzionali delle cellule cardiache, quindi le caratteristiche cosiddette elettrofisiologiche, la contrazione delle cellule cardiache».

SOSTENIBILITÀ

La piattaforma Empatic, inoltre, è stata pensata per la validazione preclinica di farmaci e terapie avanzate, riducendo al contempo la sperimentazione animale, con un'attenzione particolare alla tutela dell'ambiente. «Siamo molto attenti alla sostenibilità ambientale, per questo proponiamo delle piattaforme che non siano da buttare, una volta utilizzate, ma abbiamo stimato che l'80% dei componenti possa essere utilizzato più volte, con l'obiettivo di ridurre l'utilizzo delle plastiche all'interno dei laboratori di ricerca, un problema molto sentito», precisa la ricercatrice del PoliTo, che auspica il successo del progetto in ambito preclinico, anche per «ridurre le sperimentazioni su animali. Idealmente immaginiamo che il sistema nel suo complesso possa fornire alla ricerca di base, informazioni utili sul tessuto cardiaco umano e quindi anche se non possiamo eliminare il ricorso agli animali, forse potremmo ridurlo».

«L'UTILIZZO
DELLA TECNOLOGIA
RIDURRÀ
LE SPERIMENTAZIONI
SUGLI ANIMALI
E L'USO DI PLASTICHE»



L'INTERVENTO

DALL'INQUINAMENTO ALLO STRESS I NUOVI FATTORI DI RISCHIO

ANTONIO G. REBUZZI*

La ricerca coordinata dagli specialisti della Fondazione Policlinico Gemelli - Università Cattolica pubblicata sull'European Heart Journal. Il cardiologo Rocco Montone: «Interagiscono in modo imprevedibile, così si devono considerare nella loro totalità»



Il cuore è sotto assedio. Ai cosiddetti fattori di rischio tradizionali, dall'ipertensione al diabete al colesterolo alto, se ne sono ormai aggiunti altri.

L'elenco dei nemici si è allungato, sono stati individuati quelli 3.0. Li ha intercettati la ricerca e anche noi cardiologi ci facciamo i conti ogni giorno quando ascoltiamo la storia del paziente. Il 15% degli infartuati, infatti, oggi non presenta alcun fattore di rischio noto.

Ora abbiamo la possibilità di avere nero su bianco l'intera gamma degli assalitori del cuore. Un'ampia revisione, pubblicata su *European Heart Journal* coordinata da ricercatori di Fondazione Policlinico Universitario Gemelli IRCCS-Università Cattolica, in collaborazione con esperti americani (Deepak Bhatt del Mount Sinai di New York e Sanjay Rajagopalan della Case Western Reserve University di Cleveland) ha preso in esame i fattori di rischio cardio-vascolare del Terzo Millennio.

Al primo posto troviamo l'inquinamento atmosferico. Quando i livelli si innalzano, sono maggiori le probabilità di andare incontro a infarto. Questo accade soprattutto se i livelli di ossido nitrico e polveri sottili sfondano i parametri di tollerabilità. L'inquinamento atmosferico da solo può ridurre l'aspettativa di vita di 2,9 anni (il fumo di tabacco la riduce di 2,2 anni).

Le ondate di calore ("fielie" dei cambiamenti climatici) sono, inoltre, sempre più frequenti e una prolungata esposizione al caldo è stata di recente correlata ad aumentato rischio di mortalità cardiovascolare. L'insieme delle due condizioni, inquinamento e innalzamento della temperatura, è spesso presente nelle grandi città. Una condizione che porta anche a raddoppiare il rischio.

Da non sottovalutare, secondo l'analisi, anche l'inquinamento luminoso e sonoro. Alterando gli ormoni dello stress e i ritmi circadiani (con la deprivazione o frammentazione del sonno) possono peggiorare lo stress ossidativo e la risposta infiammatoria, portando a disfunzione endoteliale, a una maggior aggregabilità delle piastrine e promuovendo così la comparsa di cardiopatia ischemica.

«Sebbene negli anni i trattamenti contro i fattori di rischio tradizionali siano diventati sempre più efficaci, la cardiopatia ischemica – sottolinea Rocco Montone, cardiologo presso la UOC Cardiologia Intensiva di Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS-Università Cattolica e prima firma dello studio – resta la principale causa di morte nel mondo. Per questo, l'attenzione si sta allargando a tutto ciò che ci circonda, al mondo nel quale siamo immersi. Fatto di inquinamento, virus, problemi economici e psicologici che, a loro volta, possono contribuire in maniera sostanziale a determi-

nare e perpetuare il problema. Questi fattori di rischio interagiscono in modo imprevedibile, spesso potenziandosi tra loro. Ecco perché è necessario considerarli nella loro totalità»



tà».

Tra i nuovi arrivati, oltre all'inquinamento (aria, suolo, acqua, esposizione a sostanze chimiche) anche i fattori socio-economici e psicologici (stress, depressione, isolamento sociale), e le malattie infettive come l'influenza e il Covid-19. Una delle complicanze più comuni delle infezioni gravi è il danno cardiaco. Le respiratorie come l'influenza e il Covid-19, ma anche le parodontiti e le infezioni da *Helicobacter pylori* e *Chlamydia* sono correlate a un aumento rischio car-

diovascolare. Aumentano l'infiammazione sistemica, lo stress ossidativo, l'attivazione piastrinica e possono danneggiare direttamente le cellule del cuore (miociti).

Da non sottovalutare la salute mentale, legata a doppio filo a quella del cuore. Lo stress determina una iper-attivazione del sistema nervoso simpatico che può portare a ipertensione arteriosa, mentre l'aumentata produzione di cortisolo dai surreni, può promuovere insulino-resistenza e favorire la com-

parsa di obesità viscerale.

**Professore di Cardiologia
Università Cattolica, Roma*

QUANDO L'OSSIDO NITRICO
E LE POLVERI SOTTILI
O LE ONDATE DI CALORE
SFONDANO I PARAMETRI,
AUMENTANO LE PROBABILITÀ
DI INFARTO



Rocco Montone,
cardiologo presso
la UOC Cardiologia
Intensiva di
Fondazione
Policlinico
Universitario
Agostino Gemelli
IRCCS-Università
Cattolica e prima
firma dello studio

CAMBIAMENTI CLIMATICI

Le ondate di calore come una prolungata esposizione al caldo sono correlate a un aumento del rischio cardiovascolare



INQUINAMENTO DELL'ARIA

L'aria inquinata ossida il colesterolo cattivo (LDL) rendendolo più pericoloso e altera la funzionalità di quello buono

ECESSO DI RUMORI E LUCI

L'overdose di rumori e l'inquinamento luminoso alterano i ritmi circadiani danneggiando il sistema cardiovascolare



SALUTE MENTALE

Stress, depressione e isolamento sociale portano ad alterazioni della pressione arteriosa con forti rialzi

INFEZIONI DA VIRUS

Le infezioni come influenza e Covid-19 sono correlate a un aumento del rischio di malattie cardiache e cerebrali



7 feb
2024

MEDICINA E RICERCA

S
24

Ricerca/ Cellule staminali del cordone ombelicale contro la degenerazione maculare

Messa a punto dai ricercatori della Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli Ircs una nuova tecnica per rallentare l'evoluzione della degenerazione maculare atrofica legata all'età. Le iniezioni sottoretiniche di un prodotto derivato dal sangue di cordone ombelicale si sono dimostrate in grado di rallentare l'evoluzione di questa condizione, ancora orfana di trattamento e che può portare alla perdita della vista. In Italia ne soffre qualche milione di persone sopra i 50 anni



La degenerazione maculare "atrofica" (secca o dell'anziano), è una delle patologie oculari più frequenti nel mondo industrializzato negli over 50 e può portare a perdita completa della vista nella parte centrale del campo visivo. Interessa in vari stadi di gravità qualche milione di italiani, mentre le stime per il 2050 prevedono che saranno affetti da questa patologia 280 milioni di persone nel mondo. La forma "secca" rappresenta il 90% di tutte le maculopatie degenerative senili e ad oggi non dispone di un trattamento autorizzato in Europa.

A fronte della diffusione di questa patologia così invalidante insomma, c'è un grave unmet need relativo al suo trattamento. Al Gemelli si sta dunque tentando una strada innovativa, descritta in una recentissima pubblicazione su Ophthalmology Science, che sfrutta le capacità rigenerative del sangue da cordone ombelicale.

«La degenerazione atrofica è una patologia molto comune ed invalidante negli anziani, per la quale ad oggi in Europa non esiste alcun trattamento – spiega il professor Stanislao Rizzo, Direttore della Uoc di Oculistica di Fondazione Policlinico Gemelli e professore ordinario di Oculistica presso l'Università Cattolica -. Abbiamo dunque avuto l'idea di utilizzare un derivato del sangue di cordone ombelicale, il plasma ricco di piastrine (PRP). Siamo i primi al mondo ad aver fatto questa esperienza e quello appena pubblicato è il nostro studio di fase 1». «In questa prima fase della nostra ricerca – spiega la dottoressa Maria Cristina Savastano, della Uoc di Oculistica della Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli Irccs, responsabile del disegno dello studio - abbiamo valutato innanzitutto la safety della procedura, consistente nell'iniezione in sede sotto-retinica di PRP da sangue ombelicale. Si tratta di una procedura non semplice, da affidare a mani esperte (al Gemelli è stata effettuata dal dottor Alfonso Savastano e dal professor Rizzo), che non può essere ripetuta troppo di frequente. Per cui, abbiamo subito disegnato un protocollo parallelo di somministrazione intra-vitreal, molto più facile da eseguire e più sicura, che è in corso già da un anno».

«Il prodotto utilizzato in questo studio – spiega la professoressa Luciana Teofili, Direttore Uoc Emotrasfusione del Policlinico Gemelli e Associato di Malattie del sangue all'Università Cattolica - è plasma arricchito di fattori di crescita e mediatori solubili contenuti all'interno delle piastrine. Utilizziamo le unità donate alla Banca del Cordone Ombelicale (della quale è responsabile la dottoressa Maria Bianchi), che non possono essere congelate per scopo trapiantologico. Dopo aver separato il concentrato, le piastrine vengono concentrate e sottoposte ad uno shock termico (ripetuti processi di congelamento e scongelamento), che le porta a rilasciare nel plasma una serie di preziosi fattori di crescita, che si vanno ad aggiungere a quelli già presenti nel plasma fetale. Per limitare la variabilità di questi prodotti vengono allestiti pool di varie unità e viene più volte testata la loro sterilità attraverso test di coltura per batteri e funghi». L'impiego di Prp da sangue adulto trova da tempo applicazione nel trattamento delle ulcere diabetiche, dei processi degenerativi ortopedici, in chirurgia estetica, in dermatologia, ecc. L'uso del Prp cordonale in ambito oculistico è invece molto meno diffuso. Visto l'estendersi dei campi di utilizzo di sangue cordonale, l'invito è quello di donare sempre il cordone al momento del parto.

«La somministrazione di questo emocomponente – sostiene il professor Rizzo - andrà verosimilmente ripetuta a cadenza mensile, ogni due mesi o ogni tre mesi perché dallo studio appena concluso abbiamo evidenziato che l'arresto dell'estensione dell'atrofia si ottiene solo per 1-3 mesi, dopo la somministrazione dell'emoderivato». Certo, se gli studi in corso (quelli con la somministrazione intra-vitreal) ne dimostrassero una buona efficacia, questo potrebbe essere l'uovo di Colombo per i pazienti, peraltro low cost.

«Abbiamo depositato negli Usa il brevetto dell'utilizzo intra-oculare di pool di Prp da sangue di cordone ombelicale –prosegue il professor Rizzo - a ulteriore conferma che siamo stati i primi ad avere l'idea di un preparato di questo tipo (il 'pool' e la via di somministrazione)».

Cosa si può fare oggi per l'atrofia maculare secca. Per il trattamento di questa condizione, negli Usa sono stati da poco approvati due farmaci, appartenenti alla categoria degli inibitori della cascata del complemento. Il trattamento, intraoculare, viene effettuato a cadenza mensile o bimensile per un tempo indefinito; negli Usa una fiala costa circa 3 mila dollari. A questi farmaci tuttavia l'Ema non ha dato ancora l'Ok. «I trial registrativi infatti – spiega il professor Rizzo - hanno dimostrato un rallentamento della patologia (e non un miglioramento, né tanto meno una guarigione) solo nel 30% della popolazione trattata. Peraltro questi risultati sono relativi a dati anatomici, che dimostravano come l'area di atrofia aumentasse meno nel gruppo trattato, rispetto al controllo. Ma l'ente regolatorio europeo (Ema) esige risultati funzionali (cioè la dimostrazione di un miglioramento del visus o di un significativo rallentamento del suo deterioramento); probabilmente quindi le aziende dovranno proporre all'Ema un ulteriore studio, su endpoint “funzionali”, ma questo allungherà notevolmente i tempi di approvazione».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

7 feb
2024

MEDICINA E RICERCA

S
24

Robotica su misura: riabilitazione e cura più efficace con il progetto “Fit For Medical Robotics”

Quale tecnologia robotica è la più adatta a curare una singola patologia, in quale tipo di paziente e di quale età? Risponde a questa domanda il progetto “Fit For Medical Robotics” con l’obiettivo finale di dimostrare scientificamente quale sia l’utilizzo più efficace di una tecnologia robotica all’interno del percorso riabilitativo del paziente, con la stessa precisione con cui oggi si è in grado di prescrivere un farmaco.

Ad un anno dal suo avvio, i ricercatori hanno fatto il punto sui primi risultati e mostrato alcune delle tecnologie che popoleranno le strutture sanitarie. Oggi i robot per la riabilitazione, gli esoscheletri per l’assistenza, le protesi di arto superiore e inferiore, i sensori indossabili e gli algoritmi di intelligenza artificiale per la comunicazione e l’interazione con le macchine, i sistemi di realtà aumentata e virtuale per facilitare l’interazione con la tecnologia sono oggetto di ricerche avanzate ma ancora utilizzati in singoli centri all’interno di piccoli studi sperimentali che offrono i primi risultati incoraggianti ma non permettono di analizzare in modo sistematico l’efficacia clinica di queste tecnologie.

Per la prima volta in Italia la ricerca sulle tecnologie avanzate per la riabilitazione e la cura connette sinergicamente ingegneri e clinici all’interno di più di 50 diversi studi con oltre 2000 pazienti coinvolti in più di 25 strutture su tutto il territorio italiano. I centri clinici e di ricerca e le aziende



coinvolte, capitanati dal Consiglio nazionale delle ricerche (CNR) con Università Campus Bio-Medico di Roma e Fondazione Don Gnocchi, operano insieme grazie a un finanziamento di 126 milioni di euro messi a disposizione nell'ambito del Piano complementare al PNRR dal ministero dell'Università e della Ricerca.

“In questo primo anno abbiamo innanzitutto invertito la rotta – ha ricordato la professoressa **Loredana Zollo**, ordinario di Bioingegneria e preside della Facoltà di Ingegneria dell'Università Campus Bio-Medico di Roma - siamo passati da un contesto molto frammentato, caratterizzato da tanti piccoli studi clinici distribuiti sul territorio nazionale con numerosità esigue di pazienti, ad un nuovo scenario caratterizzato da una visione sinergica e collaborativa tra decine di centri clinici, università, centri di ricerca e aziende per costruire la base scientifica necessaria a dimostrare l'efficacia delle tecnologie robotiche emergenti, in una prospettiva di completa razionalizzazione del loro utilizzo nelle strutture sanitarie in base alle esigenze del singolo paziente. La grande sfida che il progetto affronta è riuscire a dimostrare che le tecnologie robotiche possono efficacemente fornire supporto all'intero percorso di cura, dalla prevenzione fino all'assistenza domiciliare, mostrando per quale fase del processo riabilitativo la specifica tecnologia è più efficace, per quali patologie, per quale tipologia di pazienti e quali fasce di età. Inoltre, individuando i limiti delle tecnologie esistenti, sta progettando le componenti hardware e software della futura generazione di robot.”

“Fit for Medical Robotics è un progetto rivoluzionario in quanto pone al centro la persona: con esso, le tecnologie robotiche diventano il mezzo attraverso il quale sviluppare soluzioni innovative per superare vulnerabilità e fragilità, migliorare la qualità della vita di pazienti e caregiver, favorire una maggiore inclusione sociale - dichiara la presidente del Cnr, **Maria Chiara Carrozza** -. In questo primo anno di attività, l'ampio partenariato pubblico-privato, guidato dal Consiglio nazionale delle ricerche, ha riunito studiosi e studiosi impegnati insieme per mettere la ricerca e la tecnologia al servizio del benessere dell'umanità”.

“Fra le sfide più importanti del nostro tempo - sottolinea **Maria Cristina Messa**, direttrice scientifica della Fondazione Don Gnocchi - vi è quella della cura ed assistenza di lungo periodo utilizzando al meglio le tecnologie e la digitalizzazione. Il progetto Fit4medrob è un piano di sviluppo basato su ricerca scientifica, che, mettendo a sistema numerosi centri di ricerca e di assistenza, trova la massa critica per poter indirizzare lo sviluppo futuro e l'uso appropriato della robotica in ambito sanitario. In un Centro come la Fondazione Don Carlo Gnocchi, tradizionalmente dedicato alla cura dei soggetti più fragili anche attraverso la ricerca scientifica, il progetto permette non solo di acquisire nuove conoscenze alla base del processo riabilitativo ma anche di poter diffondere metodi di cura avanzata su tutto il

territorio, raggiungendo tutti coloro che ne hanno bisogno”.

“Analizzando questo primo anno di lavoro, è proprio il caso di dire: ‘l’unione fa la forza’. La sinergia che si è creata tra i partner è il vero motore di un progetto che si è posto un obiettivo ambizioso: imprimere un deciso cambio di rotta sugli attuali modelli riabilitativi e assistenziali rivolti a pazienti di ogni età attraverso l’utilizzo di nuove tecnologie robotiche e digitali”, aggiunge **Christian Cipriani**, professore ordinario di Bioingegneria industriale della Scuola Superiore Sant’Anna e direttore scientifico del progetto

I risultati di questo progetto avranno, in prospettiva, un impatto importante sull’efficienza del sistema sanitario e permetteranno di investire efficacemente le risorse nelle apparecchiature robotiche e riabilitative, permettendo una maggiore diffusione sul territorio nazionale di queste tecnologie con beneficio sulla salute dell’intera popolazione.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

7 feb
2024

IMPRESE E MERCATO

S
24

Cattani: formazione e competenze asset strategici per lo sviluppo, avvicinare i giovani alle discipline Stem

“Formazione e competenze sono due asset strategici per lo sviluppo e la crescita della Nazione. Solo così è possibile ridurre il mismatch tra le esigenze delle imprese e i profili professionali presenti. Un divario che nel solo 2022, secondo una stima

Unioncamere, ha comportato un costo per il sistema Italia pari a 38 miliardi di euro, di cui circa 1,9 per il settore della salute. Il Paese sta rapidamente cambiando dal punto di vista demografico e produttivo, nella sua struttura organizzativa e nell'utilizzo delle tecnologie innovative impiegate. Ecco perché è fondamentale promuovere le cosiddette

discipline STEM. E una settimana nazionale

può essere la giusta spinta”. Lo afferma Marcello Cattani, presidente di Farmindustria, in occasione della Settimana italiana delle discipline scientifiche, tecnologiche, ingegneristiche e matematiche e in vista della Giornata internazionale delle donne e delle ragazze nella Scienza che si celebra l'11 febbraio.

“Nelle discipline STEM - aggiunge - il caso dell'industria farmaceutica dove il 90% degli addetti è diplomato o laureato, rappresenta senza dubbio un



modello virtuoso. In Italia, infatti, le donne sono il 45% del totale, con una percentuale simile per i ruoli apicali (dirigenti e quadri). Con un aumento della loro presenza pari al 15% negli ultimi 5 anni. Nella R&S, fondamentale per arrivare a nuove opportunità di cura, sono il 53%. Un risultato ottenuto grazie al merito e alle capacità tipiche dell'universo femminile. Non è un caso, infatti, che in Italia il 40% del fatturato deriva da aziende guidate da donne. E agevolato anche da relazioni industriali moderne con azioni concrete di welfare aziendale: sanità, formazione, conciliazione vita-lavoro, genitorialità, assistenza, sviluppo professionale, politiche di inclusion e diversity, pari opportunità”.

Per Cattani “occorre fare di più per avvicinare giovani e donne alle discipline STEM, attraverso una partnership tra scuola e mondo del lavoro che abbia a cuore il futuro professionale delle giovani generazioni. Non solo nella scelta delle facoltà universitarie, ma anche della scuola secondaria”.

“Farindustria - sottolinea - è impegnata per trasmettere la passione per le Life Sciences, la bellezza della Ricerca, le incredibili opportunità dell'innovazione con progetti di Alternanza scuola-lavoro (ora PCTO), attivando a livello nazionale molteplici intese con le aziende, Ministero dell'Istruzione, imprese della filiera e sindacati. E con la Fondazione ITS per le Nuove Tecnologie della Vita di Roma abbiamo inaugurato il primo Campus ITS in Italia, denominato “Campus Pharma Academy”. “Insieme a NTV - conclude Cattani - abbiamo formato oltre 200 studenti con un placement del 100%. Con una presenza femminile del 35% ben al di sopra della media di donne iscritte in percorsi STEM. Un impegno per costruire il futuro investendo sulle competenze, sui giovani, sulle donne”.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Dir. Resp.: Marco Girardo

Lombardia La legge sul fine vita passa alle commissioni

L'Ufficio di Presidenza del Consiglio regionale della Lombardia ha approvato all'unanimità l'ammissibilità del progetto di legge sul fine vita proposto dall'Associazione Luca Coscioni. «Si tratta di una decisione meramente tecnica – precisa il Pirellone – che spettava a questo Ufficio: al via quindi il percorso dell'iniziativa nelle Commissioni regionali competenti». Il testo del pdl era

stato presentato in Consiglio regionale dall'Associazione Coscioni giovedì 18 gennaio, con 8.181 firme. Per il presidente del Consiglio, Federico Romani, «resta una forte differenziazione a livello politico che mi vede contrario ai contenuti di questa proposta. Sarà opportuno l'approfondimento dei lavori in commissione dato che da più parti è stato sollevato un giudizio in merito alla discussione e alla materia concorrente tra Stato e Regioni.

Ci sono più pareri che dichiarano che sia una competenza nazionale». Di fatto «molto positivo» parla Marco Cappato, tesoriere della fondazione Coscioni. Dotarsi di tempi «certi e rapidi» è «un dovere ancora più grande nei confronti di coloro che, sulla base della sentenza della Corte Costituzionale, non avrebbero il diritto di accedere alla morte volontaria assistita».



Toti: "Sì al fine vita" "In Liguria ce la faremo: con noi anche la Lega". Parla il presidente della regione

Roma. Presidente, è vero quel che si legge in giro, è diventato radicale? "Io sono un liberale, puro. Penso che la libertà individuale debba essere sempre garantita, in tutte le sue forme. Dopodiché ho sempre avuto simpatia per le battaglie radicali, che hanno portato nel nostro paese un avanzamento dei diritti civili e sociali". Per questo, spiega al Foglio Giovanni Toti, è pronto a sostenere nella sua regione una legge per regolare il fine vita. Una proposta arrivata dalle opposizioni, dal centrosinistra. "A differenza loro non sono ideologico, le proposte positive devono essere discusse, da qualunque parte arrivino", dice il presidente della Liguria, mettendo da parte ogni pregiudizio. Invita tutti a fare lo stesso: "E' un dibattito che riguarda la coscienza di ognuno, talmente profondo che non credo possa essere affrontato con l'accetta. Serve il bisturi". E' questo che ha detto alla sua maggioranza? Come hanno accolto la sua scelta? "Hanno dimostrato maturità, con toni sobri e costruttivi. Ci sono state prese di posizione che ho apprezzato. Per esempio il presidente leghista della commissione Sanità, che è stato un importante primario in Liguria, si è detto favorevole spiegando che il diritto al fine vita è già sancito dalla Corte costituzionale". E poi, continua Toti, "non è un dibattito sull'eutanasia, come qualcuno vuole far credere, si tratta di trovare un sistema di norme efficace".

Certo, ammette il presidente, sarebbe meglio che a occuparsene fosse direttamente il Parlamento. "Togliendo tutti dall'imbarazzo. Lo dico da autonomista convinto: ci sono temi che me-

riterebbero una regolamentazione unica, dalle Valle d'Aosta alla Sicilia. Speriamo che l'iniziativa di Zaia e la nostra qui in Liguria possano spingere il dibattito anche a livello nazionale. Avere legislazioni diverse su questioni così essenziali è incredibile". Ma siamo pur sempre in Italia, dove tutto diventa materia di contrapposizione, a Roma come nei territori. E' un po' quello che è successo in Veneto. "C'è un'anima cattolica che viene da lontano e che nella Seconda Repubblica ha trovato casa in parte nel Pd e in parte nel centrodestra. E' evidente che sui diritti individuali le etichette di partito stanno veramente strette". In Liguria invece arriverete al risultato? "Scommetterei di sì", risponde con ottimismo Toti. "Non ho intenzione di convocare riunioni di maggioranza, ci sarà libertà di coscienza. Ma sulla carta i numeri dovrebbero esserci. La lista con cui sono stato eletto esprime un terzo dei consiglieri regionali. La Lega ha alcune personalità laiche che penso siano favorevoli". Senza dimenticare le opposizioni che la legge l'hanno proposta. "Poi dipenderà anche dai toni del dibattito. Mi auguro che né i promotori, né i miei alleati di governo intendano politicizzare questo voto", auspica il governatore, pur consapevole che "il periodo elettorale non aiuta".

Si vedrà, intanto più nell'immediato a Sanremo stanno arrivando i trattori. Altro lavoro per il presidente. Ha sentito gli esponenti della protesta o la Rai? "Ho parlato in questi giorni con il prefetto di Imperia. La situazione è tranquilla. E' uno splendido Festival, merito anche di Amadeus", ci dice To-

ti. "Poi se gli agricoltori vorranno prendersi un po' di questa gigantesca visibilità non ci vedo nulla di male, ma senza turbare l'allegria di questi giorni. E' anche un modo per non inasprire il clima". Insomma, va bene la protesta ma i fiori non si toccano. "Gli agricoltori sono fondamentali ed giusto che espongano le loro ragioni. Ma non sono gli unici in Italia ad avere problemi, ci sono tante cause che meriterebbero una vetrina. Di questo devono essere consapevoli. Salire su quel palco è un privilegio che richiede un quid ulteriore di responsabilità, anche da questo punto di vista". A differenza di tante dichiarazioni sentite in questi giorni, non sembrano le parole di chi va in cerca di consenso. A proposito, Toti si candida alle europee? "Non c'ho mai pensato. Ho già dato come europarlamentare e ho un impegno con i liguri almeno fino al 2025", dice il governatore. "E se posso dare un consiglio spassionato agli amici di Noi moderati, che al governo stanno lavorando bene, è quello di non presentarsi in solitaria e dirigere il voto laddove è più utile per la stabilità della maggioranza".

Ruggiero Montenegro



Sanità, mancano più di duemila posti letto

►La Regione prevede di aggiungere 425 degenze in tre anni

In ospedale un ricovero su cinque dura di più perché manca "un anello", quello della riabilitazione, della lungodegenza. Di fatto, secondo i geriatri, serve un posto letto del genere ogni mille abitanti. Il Lazio ne aveva 3.828 fino allo scorso anno. Ora si mette l'acceleratore e l'ammi-

nistrazione regionale per il triennio 2024-2026 ha alzato l'asticella. Ce ne saranno 4.463. Valenza a pag. 57



Barelle lungo la corsia di un ospedale con i pazienti in attesa

Degenza e riabilitazioni, mancano 2mila posti letto

►Ci sono più pazienti cronici e la giunta Rocca propone un piano per i post-acuti ►I geriatri: «Un posto ogni mille abitanti» Nel triennio ne arriveranno 425 in più

IL FOCUS

In ospedale un ricovero su cinque dura di più perché manca "un anello", quello della riabilitazione, della cura dopo una malattia acuta, della lungodegenza. Di fatto, secondo i geriatri, serve un posto letto del genere ogni mille abitanti. Il Lazio ne aveva 3.828 fino allo scorso anno. Ora si mette l'acceleratore e l'amministrazione regionale di France-

sco Rocca, per il triennio 2024-2026 ha alzato l'asticella. Ce ne saranno 4.463. In sostanza, 425 in più. Ma non si potrà chiudere qui il piano: ne mancheranno altri 1.416 per dare una maggiore assistenza alla popolazione che, nel frattempo, si invecchia sempre di più e quindi ha bisogno di maggiori hospice, Rsa, centri di riabilitazione e specializzati in molte malattie

croniche. E con il sistema delle case e degli ospedali di comunità ci saranno ulteriori risposte per arrivare ai circa duemila posti mancanti, necessari anche per aiutare i tanti pazienti croni-



ci della Regione che aumentano

LA RICERCA

Sull'autorevole rivista scientifica internazionale Plos One i ricercatori della Asl Roma 1 hanno evidenziato che un ricovero su cinque viene trattato in un contesto «inappropriato». In pratica, invece di stare in ospedale il paziente potrebbe andare in un altro luogo. E il valore medio del ritardo non sarebbe breve: 6,7 giorni in più prima della dimissione. «Ci sono molte cronicità ancora difficili da portare a domicilio», dice Antonio Vinci, primo ricercatore dello studio. «C'è una sorta di un tappo: facciamo entrare in ospedale ma abbiamo difficoltà a riportare tutto fuori, nelle degenze intermedie, nelle Rsa, nei centri di riabilitazione», aggiunge. E così il governo Rocca ha deciso di pigiare il pedale sull'acceleratore dei posti letto della cosiddetta post-acuzie (appunto, legato ai casi di chi non può più stare in ospedale, deputato ai casi acuti). «Serve un posto letto di post-

acuzie ogni mille abitanti - dice Andrea Ungar, presidente della Sigg, la Società italiana di gerontologia e geriatria nell'ambito di una previsione sulla popolazione che invecchia e che deve andare oltre lo standard previsto di 0,7 posti letto ogni mille -

Una soluzione utile potrebbe essere quella di realizzare posti intermedi all'interno degli ospedali. Ne abbiamo assolutamente bisogno». E Francesco Landi, ex presidente Sigg e direttore del Dipartimento invecchiamento del Policlinico Gemelli, sottolinea: «Purtroppo è un problema sempre crescente anche perché la famiglia non riesce sempre a far fronte, da sola, all'assistenza. Certamente abbiamo bisogno di

qualche numero in più e di una migliore organizzazione di una rete integrata». Intanto, proprio ieri la Svimez nel suo rapporto "Un Paese, due cure", ha fatto emergere che il Lazio è l'ultima regione italiana a essere soddisfatta del servizio di assistenza infermieristica ospedaliera. Con un valore di 16 è ben distante sia dalla vetta della classifica (la Valle d'Aosta ha il valore più alto, con 59), sia dalla media nazionale (41). Per Maurizio Zega, presidente dell'Ordine delle professioni infermieristiche di Roma e coordinatore degli Opi del Lazio, sottolinea che la Regione, «grazie alla cura da cavallo del piano di rientro, con conseguente blocco delle assunzioni, si ritrova con una popolazione infermieristica decisamente anziana». «Gli iscritti all'Ordine di Roma e Provincia sono 34.505: di questi, 15.000 hanno più di 50 anni, vale a dire il 44,9 del totale. Il 28% degli iscritti sono addirittura ultracinquantenni. L'età media di un infermiere romano è di 47 anni. Cifre eloquenti, che ancor più lo sono quando si considera che la professione è inclusa fra quelle usuranti». «Esiste una naturale tendenza ad attribuire all'infermiere le responsabilità del malfunzionamento sistemico, e questo semplicemente perché a contatto con il paziente 24 ore al giorno ci siamo noi, e a noi tocca la maggior parte delle volte di giustificare ritardi e problemi».

Giampiero Valenza

giampiero.valenza@ilmessaggero.it

NEL RAPPORTO SVIMEZ IL LAZIO È L'ULTIMA REGIONE ITALIANA PER GRADIMENTO SUGLI INFERMIERI OSPEDALIERI

4.463

è il numero dei posti letto di post-acuzie previsto dall'amministrazione Rocca nel piano 2024-2026

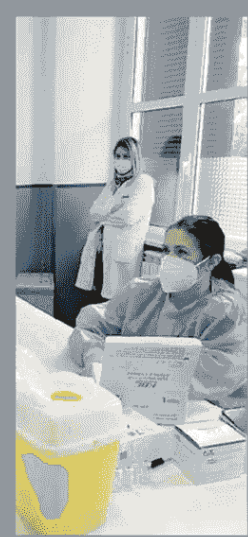
I NODI DELLA SANITÀ

1 Popolazione che invecchia

Sempre più anziani vivono nel Lazio. E si trascinano malattie croniche che hanno bisogno di un trattamento diverso rispetto a quello acuto che hanno in ospedale

2 Malati per molto tempo

La ricerca scientifica ha portato alla cronicizzazione di molte malattie. Questo ha aumentato l'aspettativa di vita di tante persone



3 Le cure più idonee

Il sistema sanitario è particolarmente complesso e non tutto si riassume in un accesso al pronto soccorso: ci sono anche le cure domiciliari e le lungodegenze

4 Strutture moderne

Le strutture sanitarie vanno aggiornate anche con i nuovi modelli di assistenza che puntano sempre di più sul trattamento dei pazienti con malattie croniche



SI SALE DA 152 A 170 MILIONI

L'aumento registrato nel passaggio da 2022 a 2023 è particolarmente rilevante per le strutture della provincia di Bari

I RITARDI SULLA RETE

Sono previste tre Rems (gli ex ospedali giudiziari) ma ce ne sono solo due, e così per i detenuti si utilizzano ancora le comunità

Salute mentale, il buco nero «La spesa è fuori controllo»

In un anno quasi 20 milioni in più ai privati. La Regione alle Asl: mandateci i contratti e la mappa dei posti letto

● **BARI.** Dal 2022 al 2023 la spesa per la salute mentale è cresciuta di quasi 20 milioni di euro, senza che la Regione abbia finora avuto evidenza dell'utilizzo dei fondi. È per questo che il dipartimento Salute ha avviato una ricognizione sugli accordi stipulati dalle Asl con le strutture private che si occupano di riabilitazione psichiatrica: in molti casi sembrerebbe infatti che i contratti non siano mai stati sottoscritti.

Il caso è emerso dopo la vicenda della norma, approvata in assestamento e cancellata un mese dopo in bilancio, che avrebbe consentito di trasformare le case per la vita in veri e propri manicomi per pazienti provenienti da fuori regione. Una proposta ora ripresentata (dal centro-destra) nell'ambito del disegno di legge Omnibus che il Consiglio regionale discuterà la prossima settimana.

L'assessore alla Salute, Rocco Palese, e il capo dipartimento Vito Montanaro hanno fatto il punto con il capo di gabinetto Giuseppe Catalano. È emerso, appunto, che la spesa per i privati che si oc-

cupano di salute mentale è passata dai 152 milioni di euro del 2022 ai 170,8 milioni di euro del 2023, senza che nel frattempo sia variato il numero degli accreditamenti. L'aumento di spesa sembrerebbe particolarmente rilevante in alcuni territori, a partire da Bari.

È per questo che gli uffici hanno avviato una ricognizione sulle singole Asl, per verificare la spesa relativa alle Crap e alle case per la vita. Le prime sono le vere e proprie

comunità riabilitative, le seconde sono strutture territoriali di livello più basso. Sulla carta sono previste in Puglia dieci case per la vita a media intensità assistenziale e 25 a bassa intensità (destinate ai pazienti con disturbi più lievi), ciascuna con 16 posti letto. Un sistema in cui i privati hanno un peso preponderante, e in cui emerge ora una enorme disorganizzazione anche a fronte però di ritardi della Regione. La Puglia ha peraltro una caratteristica unica nel panorama italiano, ovvero la presenza dell'ex Don Uva di Bisceglie: l'ex istituto ortofre-

nico, ora rilevato da privati, che continua però a costare oltre 25 milioni di euro l'anno.

Sulla riforma dell'assistenza psichiatrica è stato aperto un tavolo di confronto con le organizzazioni dei gestori, ma il regolamento è oggetto di spinte e contropunte: la nuova proposta inserita nell'Omnibus, secondo valutazioni fatte dal dipartimento, potrebbe anche portare al raddoppio della attuale spesa creando ulteriori 2.200 posti letto. Questo spiega il livello di interesse intorno al settore: la norma relativa alla trasformazione delle case per la vita avrebbe ad esempio avvantaggiato i gestori del Salento a discapito di quelli di Bari.

Già ora però emerge che la spesa è fuori controllo, e dunque non è possibile istituire nuovi posti letto a carico delle casse pubbliche. La Regione vuole dunque provare a vederne chiaro, anche per gestire



la fase di riorganizzazione che verrà concordata nei prossimi mesi. Il dipartimento ha dunque chiesto ai direttori generali di trasmettere le copie dei contratti stipulati con i privati (i contratti sono annuali), la mappa dei posti letto con la relativa occupazione, e la spesa sostenuta per ogni singola struttura. Serve a capire se sul territorio ci sono esigenze particolari o anche situazioni critiche. È di norma vietato, ad esempio, ricoverare pazienti provenienti da altre Regioni (perché le disponibilità sono a un livello

critico, ed è sempre problematico fare fronte alle necessità pugliesi), e d'altro canto i gravi ritardi esistenti in Puglia nella creazione delle Rems (le strutture che hanno sostituito gli ospedali psichiatrici giudiziari: ne sono previste tre, ce ne sono due di cui una provvisoria) fa sì che spesso vengano utilizzati i posti disponibili nelle Craps. Il risultato è che i Dipartimenti di salute mentale hanno difficoltà nell'avviare in comunità i pazienti, specie i più gravi, e spesso sono costretti a mandarli molto lontano da casa:

questo crea dunque un carico ingiustificato sui reparti di psichiatria degli ospedali che, a loro volta, vanno in difficoltà nella gestione dei casi urgenti.

[m.s.]



L'assessore alla Salute, Rocco Palese

IL BLITZ SVENTATO
Nel bilancio di dicembre il centrosinistra ha cancellato una norma approvata 20 giorni prima (su proposta della maggioranza) che avrebbe consentito la trasformazione delle case per la vita, cioè delle strutture di assistenza psichiatrica di livello più basso, in Comunità riabilitative assistenziali psichiatriche destinate ai pazienti di fuori regione. Una proposta analoga è in corso di discussione nel disegno di legge Omnibus

