



**Civico Di Cristina Benfratelli**  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
*Assessorato della Salute*

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

## **RASSEGNA STAMPA**

**28 Settembre 2022**

**A CURA DELL'ADDETTO STAMPA CRT SICILIA**

**MARIELLA QUINCI**



Dir. Resp.: Marco Tarquinio

## COVID

Sabato alt agli obblighi  
Per ora non torneranno

Daloiso a pagina 15

# Covid, sabato stop a tutti gli obblighi Non torneranno col nuovo governo

VIVIANA DALOISO

**L**a gestione della pandemia in questi anni «è stata ideologica piuttosto che improntata sull'ascolto della scienza. Serve superare il concetto di obbligo, sia per quanto riguarda i vaccini sia per l'utilizzo delle mascherine e di altre misure». È naturale che all'indomani dell'esito elettorale le parole del responsabile Sanità di Fratelli d'Italia, Marcello Gemmato, abbiano un peso in fatto di Covid. Specie se pronunciate nel giorno – nei giorni – in cui il virus ricomincia a far sentire la propria voce: il Bollettino di ieri ha confermato la tendenza al rialzo dei contagi già emersa nell'ultima settimana, con oltre 44mila nuove infezioni, che significa il 58% in più rispetto a lunedì scorso (quando si erano fermate a 28.395). Un segnale da tenere ben presente, in vista dell'arrivo del freddo e dell'inizio della stagione influenzale, e che tuttavia promette di non impensierire troppo il nuovo governo, orientato a un deciso cambio di rotta nella gestione del Covid: più rilassato e, soprattutto, lontanissimo da restrizioni di alcun tipo.

Ma dove eravamo rimasti, in fatto di pandemia? Negli ultimi giorni se n'è parlato ben poco, ma la data segnata in rosso sul calendario è quella del primo ottobre. Quando, cioè, l'obbligo di indossare la mascherina già caduto ovunque finirà anche sui mezzi di trasporto e soprattutto in

strutture sanitarie, ospedali e Rsa (fatta eccezione per medici e infermieri). Sono i segni tangibili della "convivenza col virus", inaugurata dal precedente governo e culminata nella riapertura della scuola in modalità pre-Covid: un traguardo raggiunto grazie alla campagna vaccinale, che ha portato quasi il 90% della popolazione italiana a immunizzarsi con prima, seconda e terza dose. Il tutto mentre oltre venti milioni di persone di Covid si ammalavano lo stesso, senza esiti gravi, aggiungendo all'immunità acquisita tramite le somministrazioni quella naturale, secondo gli esperti ben più efficace. E non è un caso se a fronte dell'ennesima impennata della curva a cui stiamo assistendo non corrisponde – almeno per ora – un aumento dei casi gravi: sempre stando al Bollettino di ieri, sono anzi ancora in diminuzione i ricoveri in terapia intensiva (-2), dove al momento si trovano appena 128 pazienti Covid. Mentre i decessi, 64, questi sì sono tornati a crescere leggermente (+6% rispetto a 7 giorni fa), anche se il dato resta difficilmente interpretabile persino dagli esperti, considerando che anche nelle settimane di forte diminuzione è sceso di poco rispetto al passato.

Ora, il nodo da sciogliere è quello che potrà accadere a partire da metà ottobre. Sul fronte dell'epidemia, il copione sembra già scritto: dalla comparsa della contagiosissima Omicron – a dicembre del-

l'anno scorso – con l'andamento altalenante delle infezioni (momenti di tregua, improvvise fiammate, ritorni alla normalità) abbiamo dovuto fare i conti come tutti gli altri Paesi del mondo. Senza tuttavia che i picchi periodici dei contagi mettessero a repentaglio le attività ordinarie negli ospedali, rimasti lontani dalle emergenze vissute nel 2020 e nella prima parte del 2021. Le cose, dunque, non dovrebbero andare diversamente nemmeno stavolta, specie considerando che – seppur lentamente e non coi risultati sperati – il numero di vaccinazioni quotidiane, stavolta coi vaccini disegnati proprio su Omicron, sta tornando a crescere: oltre 15mila nelle ultime 24 ore, di cui la quasi totalità quarte dosi coi vaccini aggiornati, appunto. Chi deve prioritariamente fare il richiamo (over 60 e fragili) si sta convincendo, insomma, a procedere, mettendosi così al riparo da forme gravi di Covid che richiedano l'ospedalizzazione.

Certo è facile im-



maginare – proprio perché è il primo inverno che trascorriamo per la sua interezza in compagnia delle sottovarianti di Omicron, ancora più contagiose – che i casi giornalieri saliranno anche di molto, e che ricoveri e i decessi faranno lo stesso: sarà il banco di prova per misurare la tenuta del muro vaccinale, quella del Sistema sanitario e, soprattutto, il peso delle decisioni politiche. In realtà, proprio perché tutti gli obblighi decadranno nel giro di pochi giorni (ed è quasi

certo che non verranno ripristinati o prorogati dal governo uscente) e perché i vaccini hanno funzionato (quelli il cui obbligo a Fratelli d'Italia e Lega non è mai andato giù), il nuovo governo troverà di fatto la strada già spianata verso la convivenza col Covid così a lungo reclamata. La nuova certezza, quasi matematica, è tuttavia che anche nel caso di una ripresa consistente della circolazione del virus non assiste-

remo a nuove restrizioni o a chiusure, né tanto meno alla reintroduzione del Green pass (di cui nel programma di Fdi è prevista l'abolizione definitiva) o dell'obbligo vaccinale, foss'anche per qualche categoria specifica. La linea della prudenza, cifra del vecchio Cts e del ministero targato Roberto Speranza, è alle spalle. E solo il tempo dirà se sia un bene.

La linea invocata da sempre da Meloni è quella della convivenza col Covid: via il Green pass, mai più restrizioni e obbligo vaccinale

### Sono tornati a salire i positivi e i decessi

**44.878**

Sono i casi di Covid registrati ieri, un numero che non si vedeva da circa due mesi. Martedì scorso erano 28.395.

**18,4%**

È la percentuale dei nuovi positivi, in decisa ascesa rispetto al 15,2 che era stata rilevata lunedì.

**64**

Sono i decessi rilevati ieri. Il giorno prima si contavano 32 morti. Dall'inizio della pandemia sono stati 176.976.

**-2**

In lieve discesa il numero dei pazienti ricoverati in terapia intensiva (lunedì +5): in tutto ora sono 128.

**+192**

Balzo dei ricoveri nei reparti ordinari, dove oggi sono assistite complessivamente 3.653 persone

## LA PANDEMIA

Dal primo di ottobre non sarà più necessario indossare la mascherina sui mezzi pubblici, negli ospedali e nelle Rsa, ma l'Italia senza più restrizioni adesso affronta una nuova ondata di contagi



I passeggeri sulla metropolitana di Milano indossano ancora le mascherine / Ansa



COVID, CADE ULTIMO OBBLIGO

## Via a mascherine su bus da sabato

► MANTOVANI A PAG. 12



# Sabato addio alle mascherine su bus e treni Possibile proroga per gli ospedali e le Rsa

**D**a sabato 1° ottobre torneremo a prendere autobus, metropolitane, treni e navi senza l'obbligo di indossare le mascherine, peraltro non sempre rispettato (sugli aerei non c'è più da mesi, solo la raccomandazione). Dal ministero della Salute confermano che non sarà prorogato oltre il 30 settembre. Il governo uscente, destinato a rimanere in carica almeno un altro mese, sta invece riflettendo sull'opportunità di una proroga per ospedali, ambulatori, studi medici e residenze sanitarie assistenziali. La scadenza del divieto, anche qui prevista al 30 settembre, creerebbe un effetto paradossale: i visitatori di reparti ospedalieri e Rsa sono infatti gli unici ancora obbligati a mostrare il tristemente noto *green pass* fino al 31 dicembre, salvo abrogazione della regola prevista dal decreto legge post emergenza (n. 24 del 24 marzo 2022), ma sarebbero dispensati dall'obbligo di mascherina. A richiamare l'attenzione sul problema, due giorni fa, è stato Walter Ricciardi, docente alla Cattolica, già rappresentante italiano all'Oms e ora responsabile Sanità di Azione, il partito di Carlo Calenda. Gran parte degli esperti ritengono che, dovendo scegliere, sarebbe più utile conservare i dispositivi di protezione individuale.

Tutto questo avviene mentre le infezioni da SarsCov2, dopo quattro settimane di calo, da dieci giorni aumenta-

no, per quanto i numeri ufficiali siano sempre meno rappresentativi per via dei tamponi fai-da-te. Crescono del resto anche in altri Paesi europei, dal Regno Unito alla Francia e alla Svizzera. In Italia, venerdì scorso, l'Istituto superiore di sanità documentava la tendenza all'aumento dell'indice di riproduzione del virus Rt sopra la soglia epidemica di 1. "I contagi vanno su, le mascherine vanno giù. *Good luck*", ha ironizzato ieri su twitter Nino Cartabellotta, presidente della Fondazione Gimbe. Ma buona parte della comunità scientifica confida che l'aumento dei contagi trovi un limite nella diffusa immunità naturale di decine di milioni di guariti (per quanto le reinfezioni siano arrivate al 16%) e non abbia enorme impatto in termini di ricoveri e decessi, che per ora proseguono il calo. Procede a rilento invece la campagna per la quarta dose, o secondo *booster*, rivolta agli ultrasessantenni e a chi soffre di malattie varie: solo 3,2 milioni di somministrazioni su una platea di oltre 20 milioni; l'hanno fatta il 33% degli over 80, il 16% dei 70/79enni e il 9% dei 60/69enni.

**ALESSANDRO MANTOVANI**



# SANITÀ MALATA

È (da sempre) la grande assente in ogni programma politico. Così, quella che una volta era un vanto nazionale, oggi è una realtà in drammatico declino, dove mancano medici e infermieri, gli ospedali non hanno abbastanza posti letto, il pronto soccorso non riescono a seguire tutte le emergenze. E non sarà il Pnrr a risolvere i tanti, troppi problemi del nostro sistema di assistenza e cura.



Se l'Italia, fra tutti i Paesi occidentali, è stato quello con il più alto numero di morti per coronavirus (circa 176 mila), è dovuto in larga parte anche alle carenze di un sistema sanitario nazionale inadeguato.

di Guido Fontanelli e Daniela Mattalia

**E**rano i nostri eroi. Hanno salvato la vita di tanti italiani lavorando giorno e notte. Si sono ammalati, oltre 200 sono morti. Gli abbiamo dedicato inni dai balconi e murali. La foto di una di loro, Elena Pagliarini, infermiera dell'ospedale di Cremona accasciata davanti al computer, è diventata il simbolo della lotta alla nuova peste. Li abbiamo ringraziati e riempiti di promesse: assunzioni, aumenti di stipendio, nuove strutture. Ecco che cosa diceva il ministro della Salute Roberto Speranza il 23 dicembre 2020: «Il Servizio sanitario nazionale è il bene più prezioso. Lo hanno dimostrato l'instancabile lavoro, la generosità e lo spirito di abnegazione di medici e infermieri. Un esempio per tutti noi. A ognuno di loro va il mio grande ringraziamento».

Poi la pandemia Covid si è diradata, altre emergenze si sono fatte largo e del «bene più prezioso» ce ne siamo dimenticati. Nei programmi dei partiti di sanità se ne parla poco o niente. Nel faccia a faccia prelettorale del 12 settembre tra Enrico Letta e Giorgia Meloni, per esempio, non una parola su medici o infermieri o sanità.

Ma il sistema sanitario resta una ferita aperta. Dal 2020 i vari governi che

si sono succeduti hanno preso alcuni provvedimenti, almeno sulla carta. La spesa sanitaria è aumentata. È stato introdotto il «premio Covid», un aumento stabile dello stipendio che dovrebbe far crescere la paga lorda dei dipendenti della sanità di circa 70 euro al mese: ma da due anni è rimasto bloccato in attesa di chiarimenti tra ministero dell'Economia, Ragioneria e Corte dei conti.

Sono state effettuate quasi 20 mila assunzioni, la maggior parte a tempo determinato, e prese misure straordinarie per il reclutamento di personale in deroga alla normativa sul pubblico impiego. E il Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr) ha stanziato una quindicina di miliardi per la sanità, di cui 7 per «reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale» e 8,63 per «innovazione, ricerca e digitalizzazione».

## A corto di personale

Però non basta. La sanità appare co-



me un grande cantiere a corto di personale. Si progettano servizi sul territorio, case e ospedali di comunità, ma mancano infermieri e medici: quelli specialisti ospedalieri sono circa 130 mila, 60 mila meno della Germania e 43 mila meno della Francia. Nei Pronto soccorso e 118 mancano ormai più del 40 per cento dei medici. Tra pensionamenti e licenziamenti si prevede se ne andranno in 40 mila (ospedalieri e di medicina generale) entro il 2024. Ancora peggiore la situazione degli infermieri: ne mancherebbero 70 mila. «L'Italia ne impiega di meno rispetto a quasi tutti i Paesi dell'Europa occidentale» sottolineano alla Fnopi, la Federazione degli ordini delle professioni infermieristiche «e il loro numero - 6,2 per mille abitanti - è inferiore del 25 per cento alla media Ue». Secondo Barbara Mangiacavalli, presidente della Fnopi, di infermieri in Italia non se ne trovano più, 20 mila se ne sono andati nel Regno Unito e nell'Europa del nord: li abbiamo formati per servire in altri Paesi. Il problema è che da noi sono pagati poco: 1.700 euro al mese lordi, sono al 25° posto tra i Paesi Ocse.

Intanto i Pronto soccorso sono al collasso (vedi riquadro sotto) con medici e infermieri in fuga verso lavori meno stressanti. E la figura del medico di famiglia andrebbe rivista, dopo tutti i limiti dimostrati in pandemia. Scenario aggravato dal fatto che l'emorragia dei camici bianchi, come segnalano le 30 Società scientifiche dei Clinici Ospedalieri e Universitari italiani riunite nel Forum, riguarda anche loro: sono 40.700, ma ogni anno 3 mila vanno in pensione. «Solo in Lombardia mancano mille medici, vuol dire in media un milione di persone senza assistenza» avverte Diego Foschi, presidente del Collegio italiano dei chirurghi. «Per ovviare in alcune regioni hanno elevato il numero massimo di assistiti a 1.800. Certo, così si aumenta il carico del medico ma si riduce di molto la sua capacità di dedizione, ascolto e comprensione».

Non stupisce perciò che a Caltanissetta si pensi di andare a cercare personale sanitario in Argentina e, in Calabria, a Cuba. O che a Genova il segretario provinciale per la continuità assistenziale Marco Cardini denunci che «oggi siamo circa 200 medici a livello ligure, quasi 100 meno rispetto al rapporto ottimale

di un medico ogni 5 mila abitanti, con una continua riduzione dei medici in servizio, condizioni di lavoro difficili con interventi in aree sempre più popolate, 15 anni senza ammodernamento del servizio, né strumentale né formativo né organizzativo, una retribuzione ferma dal 2005 che rende questa professione tra le meno retribuite in Italia».

### **Perché il Pnrr non è la panacea**

Pensare che il grande Piano possa risolvere tutti i problemi è un'illusione. «Il Pnrr sarà usato in investimenti su tecnologie avanzate, per la telemedicina, certo settori importanti, e per strutture del territorio, ma poco o nulla per gli ospedali» chiarisce Francesco Cognetti, coordinatore delle Società scientifiche del Forum permanente sul Servizio sanitario nazionale nel post Covid. «Ma qui c'è da fare una riflessione che emerge dai dati: il territorio prevede la realizzazione di due strutture, da una parte le case di comunità ossia ambulatori gestiti da specialisti o medici di medicina generale o infermieri; e poi gli ospedali di comunità. Peccato che in Italia non abbiamo né medici né infermieri a sufficienza. E gli infermieri dove si prendono? Dagli ospedali, ovvio. Ci sarà quindi un fortissimo esodo da questi alle strutture territoriali, con le conseguenze che si possono immaginare».

### **La politica smemorata**

«La sanità e la medicina sono risultate all'anno zero nella campagna elettorale, per la scarsità delle proposte su difesa della salute, tutela delle professioni mediche, capacità di prevedere riforme e risorse per il personale» lamenta Pina Onotri, segretario generale del Sindacato medici italiani. «Il report della Fondazione Gimbe sui programmi dei partiti fotografa la realtà. La pandemia ha confermato che la principale carenza strutturale del servizio sanitario è quella del personale. A parte la promessa stabilizzazione di una parte degli assunti per fronteggiare la pandemia, nulla sembra muoversi verso un aumento del personale, nemmeno per far funzionare quanto previsto nel Pnrr, come dimostrano dati



statistici e recenti studi. E ciò rischia di aggravare le disuguaglianze nelle cure».

Ricorda Foschi che «15 anni fa il nostro sistema sanitario era invidiato da tutti, un gioiello considerato per efficienza al secondo posto in Europa dopo la Francia. Ma per mantenere un prestigio simile bisognava investire in quella direzione, non economizzare. È vero che in Italia abbiamo un'aspettativa di vita lunga, ma non possiamo essere al 23° posto in Europa per posti letti in rapporto ad abitanti: tre letti per 10 mila, mentre la Germania ne conta otto, una sproporzione incredibile. E questo è emerso nella crisi Covid, con l'Italia che è stata il Paese occidentale con mortalità più alta, 176 mila morti».

**Troppo poche lauree**

A creare una carenza di medici è lo sbarramento degli esami di ammissione ai corsi di laurea, che ora dovrebbero essere allentati. «Si tratta di un grave errore di programmazione» denuncia Foschi. «I dottori entrati in sanità dal 1975 al 1985 escono intorno al 2020-2025 e sono tanti. Dobbiamo sostituire migliaia di pensionamenti e dovevamo pensarci per tempo. Per costruire un medico ci vogliono 6 anni

e altri 5 per uno specialista e quando un ministro dice che ha aumentato i posti il risultato lo vedremo dopo 10 anni».

Molti medici poi preferiscono lavorare all'estero perché in Italia, secondo Foschi, ci sono troppi meccanismi che li penalizzano: assicurazioni sempre più costose (basta un qualsiasi contenzioso, anche senza avere torto, e il premio assicurativo sale) e assurde incombenze burocratiche-amministrative che rubano tempo ai malati.

**I soldi che mancano**

«Noi chiediamo una revisione profonda dei parametri ospedalieri, con un aumento dei posti letto, ora 350 per 100 mila abitanti contro una media europea di 500; nelle terapie intensive andrebbero quantomeno raddoppiati» sollecita Cognetti, secondo il quale sono stati disastrosi i tagli alla sanità di tutti i precedenti governi: i cosiddetti piani di rientro, che hanno commissariato le Regioni che spendevano «troppo». «Non si può risparmiare sulla sanità. Abbiamo una spesa pubblica in questo settore rispetto al Pil di almeno 3-4 punti inferiore rispetto ad altri Paesi occidentali. È vero, è aumentata dal 2021 ma solo per il Covid, e nei prossimi tre

anni, in accordo con il Documento di economia e finanza 2023-25, è destinata a scendere di nuovo».

Il grosso della spesa ospedaliera è costituita dagli stipendi, ma dal momento che questa voce non si può comprimere, per far quadrare il bilancio i direttori generali di queste strutture di assistenza riducono le spese su strumenti e mezzi, e scoraggiano il numero di prestazioni.

«Ma la spesa sanitaria non è un costo, è un investimento» taglia corto Mangiacavalli della Fnopi. Ci vogliono più soldi. E l'unica via per averli è far crescere il Paese più velocemente: al prossimo governo l'arduo compito di salvare il soldato Sanità.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**«Vanno aumentati i posti letto negli ospedali, oggi ne abbiamo 350 per 100 mila abitanti contro una media europea di 500»**



**Nicole Ticchi**  
**Salute a tutti i costi**  
Indagine sulla spesa farmaceutica, la ricerca di nuove cure, i costi sanitari e l'impatto su società e ambiente (Codice, pp. 219, 16 euro).


**Francesco Cognetti**  
coordinatore Società scientifiche sul sanitario nazionale nel post Covid

**3 MILA**

i medici di famiglia che ogni anno vanno in pensione

**40 PER CENTO**

quelli che mancano nei pronto soccorso e nei servizi di 118



Subito dopo la prima ondata della pandemia il ministro della Salute Roberto Speranza ringraziò pubblicamente tutti i medici e gli infermieri italiani. Per poi «dimenticarsi» dello stato della sanità nazionale.



**«Quindici anni fa il nostro servizio sanitario era un gioiello invidiato da tutti, oggi non è più così»**  
Diego Foschi presidente del Collegio italiano dei chirurghi



## SE CROLLANO I PRONTO SOCCORSO

**Costretti a occuparsi dei malati gravi che non trovano posto negli altri reparti, rischiano il collasso.**

*di Maddalena Bonaccorso*

**N**ella «nuova» sanità post Covid, sembra non ci sia spazio per la medicina di emergenza. A fronte della grave crisi dei Pronto soccorso, in cui mancano a oggi più di 5 mila medici (se ne dimettono circa 100 al mese per turni estenuanti, burn-out e scarsi incentivi economici) e dove vengono assistiti circa 22 milioni di cittadini l'anno, la politica si tiene distante dal problema. E tutto ciò mentre le scuole di specializzazione per medici «urgentisti»

faticano a trovare allievi. Nonostante le tante promesse, basti pensare che solo pochi mesi fa dal ministro Speranza erano giunte garanzie di fondi aggiuntivi, annunciati come «indennità accessorie per rinforzare la prima linea del Servizio sanitario nazionale» (dall'importo comunque umiliante e non ancora arrivati) i direttori e i medici dei reparti di Ps sono abbandonati a loro stessi: «La politica ci ignora» denuncia Fabio De Iaco, presidente nazionale Simeu, Società italiana medicina di emergenza e urgenza. «Nessun candidato ha osato toccare l'argomento dei Pronto soccorso: eppure siamo il

pilastro di tutto il Servizio sanitario nazionale. Se crolliamo noi, viene giù tutto». Il problema peggiore, sia acuto che cronico? Il fenomeno del «boarding», ossia la permanenza anche per giorni nei Pronto soccorso dei malati da ricoverare, che non trovano posto nei reparti: «Quello che ci manda in crisi» continua De Iaco «non è il trattare l'acuzie, cioè l'infartuato o il politraumatizzato: è il nostro lavoro, siamo formati per salvare vite. Ciò che blocca è il doverci occupare dei malati che non possiamo dimettere né mandare in altre sezioni degli ospedali per carenza

di luoghi di degenza. Se questo non viene risolto, a prescindere dal Covid, andremo incontro al disastro». ■





SFIDE E OPPORTUNITÀ DEL SETTORE NELLA RASSEGNA BEST ITALIAN HOSPITALS AWARDS 2022

# L'ospedale del futuro? Hi-tech

*Dalla sostenibilità alla digitalizzazione, alla ricerca, gli ingredienti per il rilancio della sanità alla luce dei fondi del Pnrr*

DI EMMA BONOTTI

**M**ai come durante la pandemia si è testata la resilienza del settore sanitario nazionale. L'evento *Best Italian Hospitals Awards 2022* di Class Editori ha messo in luce ieri gli errori e le eccellenze del passato per disegnare i nuovi ospedali del futuro. In un breve discorso introduttivo l'editore in chief e ceo di Class Editori, Paolo Panerai, ha evidenziato la centralità della tecnologia in questa fase di transizione per il settore, mentre la vicepresidente e assessore al welfare della regione Lombardia, Letizia Moratti, ha illustrato i tre pilastri su cui devono essere costruite le strutture del domani: digitalizzazione, flessibilità e attenzione all'ambiente.

La tecnologia deve permettere un'alta connessione tra tutti gli attori del percorso di cura del paziente, ha sottolineato il capo della segreteria scientifica Iss, Luigi Bertinato. E Giovanni Baglio, direttore Uoc ricerca, Pne e rapporti internazionali di Agenas, ha spiegato che la capacità

di tenere traccia dei volumi e della qualità delle cure offerte dalle diverse strutture è parte dell'eredità della pandemia. Un aspetto ripreso da Marco Elefanti, direttore generale della fondazione Policlinico A. Gemelli: dalla digitalizzazione delle schede cliniche di 100 mila pazienti la struttura ha sviluppato percorsi di cura in versione telematica. Enpam, invece, ha ampliato la sua offerta per migliorare la qualità del lavoro dei professionisti: «La nostra piattaforma Tech2Doc fornisce informazioni sulle ultime novità della tecnologia e dell'ia applicata al settore sanitario», ha detto il presidente della fondazione Enpam, Alberto Oliveti.

Ma rispetto a questi temi, a che punto sono le strutture italiane? Per Stefano Capolongo, professore ordinario del Politecnico di Milano, l'ospedale del futuro esiste già: il settore ha saputo far tesoro dell'esperienza della pandemia e ha iniziato ad apportare le prime modifiche. Molti investimenti sono stati stanziati, anche all'interno del Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr), ma il percorso per migliorare le tecnologie, gli spazi e i materiali impiegati all'interno degli edifici è ancora lungo. Sulla ne-

cessità di nuove risorse si sono espressi anche Giovanni Migliore, presidente di Fiaso, e Barbara Cittadini, presidente nazionale di Aiop.

Per sfruttare a pieno le ultime novità e non rischiare di rimanere indietro, diversi ospiti dell'evento hanno riconosciuto il ruolo indiscusso della formazione. Secondo Giuseppe Ippolito, direttore generale della ricerca e dell'innovazione in sanità al ministero della Salute, la ricerca è il motore stesso della medicina. In ambito sanitario «la vera risorsa è il capitale umano», è intervenuto Carlo Nicora, direttore generale dell'Istituto nazionale

dei tumori. «L'esperienza sul campo, accanto al malato, è fondamentale per imparare come mettere in pratica le nozioni di teoria», ha aggiunto.

In questa partita non ci sarebbe tecnologia senza innovazione. Per Francesco Galli, presidente di Gsd strategy and operations committee del gruppo San Donato, l'innovazione nel settore si sviluppa intorno alla clinica robotica e alle modalità per prendersi cura del paziente. Tra i campi di ricerca più all'avanguardia si trova l'epigenetica che permette di determinare la causa di alcune malattie. «Il

dna non lo possiamo cambiare, ma possiamo agire sui fattori che interagiscono con le cellule del nostro organismo», ha chiarito Giorgio Terziani, visiting professor presso Saint George School e consulente di Epinutracell. Infine, anche Giovanni Scambia, direttore scientifico della fondazione Policlinico A. Gemelli, e Maria Rescigno, prorettore vicario di Humanitas University, hanno rimarcato la centralità della ricerca nelle attività ospedaliere di prevenzione e cura del malato. (riproduzione riservata)



**Alberto Oliveti**  
Enpam



**Carlo Nicora**  
Istituto nazionale dei tumori



**Giorgio Terziani**  
Epinutracell

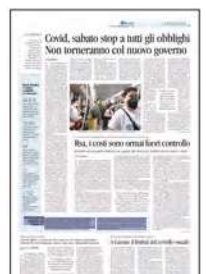




Dir. Resp.: Marco Tarquinio

## **Medicina territorio: soddisfatto solo 1 italiano su 4**

La medicina territoriale è fortemente utilizzata dagli italiani ma pochi ne sono soddisfatti. È quanto emerge da un'indagine denominata "Esperienza e percezione degli italiani sulla medicina territoriale", realizzata da Fondazione Onda con l'Istituto partner Elma Research su un campione di 494 persone over 18, da cui risulta che 9 italiani su 10 si siano rivolti a medico di medicina generale, pediatra di libera scelta, guardia medica o consultorio negli ultimi 6 mesi, soprattutto per la prescrizione di farmaci, visite specialistiche o esami, eppure, solo un quarto di loro ne è soddisfatto. Principali fonti di delusioni: la difficoltà di prenotazione, lunghi tempi di attesa e disponibilità oraria limitata.



Dopo la pandemia iniziano a diffondersi in tutta Italia i primi programmi di telemedicina e di assistenza domiciliare

## La cura del paziente passa dalla medicina territoriale

DI LUCA CARRELO

«**A**ssistenza domiciliare e telemedicina sono due facce della stessa medaglia: quella della medicina del territorio». Così Lorenzo Sommella, direttore sanitario del Campus Bio-Medico di Roma, cristallizza i due ingredienti che porteranno il sistema sanitario nella casa dei cittadini. Il tema è diventato centrale di recente, con la pandemia, ma alcune realtà hanno già iniziato a muoversi. «Dopo le dimissioni continuiamo a seguire i pazienti se hanno bisogno di assistenza domiciliare - rivela Sommella -. Il nostro progetto si chiama *Con Voi*».

«Entro la fine del 2022 sperimenteremo a Genova un mini sistema di assistenza per gli anziani», spiega invece Luca Pallavicini, presidente di Confcommercio Salute, Sanità e Cura. «Avranno un ruolo centrale le farmacie - continua Pallavicini -, perché garantiscono una consulenza immediata evi-

tando di intasare gli ospedali». «Dobbiamo cogliere il link strutture sanitarie-territorio», aggiunge Livio Tronconi, vice presidente di Gvm Care & Research. «Il paziente deve conoscere il suo percorso clinico sin dall'inizio - chiarisce Tronconi -. Per questa ragione lo accompagniamo fino al ritorno a casa».

«Purtroppo il nostro sistema sanitario non garantisce lo stesso livello di cure su tutto il territorio nazionale», interviene il direttore governo clinico della Fondazione Gemelli, Rocco Domenico Alfonso Bellantone, che così rende ancora più evidente l'importanza della medicina territoriale.

Il modello da seguire c'è già. «In Lombardia si possono sperimentare progetti innovativi grazie all'interconnessione con il resto d'Europa», rivela Cristian Ferraris, direttore generale di Aiop Lombardia. Anche il Veneto è un passo avanti rispetto al resto d'Italia. Qui la sfida del futuro è la logistica del farmaco: «Dobbiamo garantire la medicina giusta, alla persona giusta, nel momento giusto», spiega Michele Tessarin, direttore sanitario dell'Azienda

Ospedale Università di Padova. Ma la chimica da sola non basta: il valore guida deve restare la persona. «Insegniamo agli studenti ad approcciarsi in modo umano ai pazienti», dichiara Flavia Valtorta, preside della Facoltà di Medicina del San Raffaele, dove i futuri medici imparano anche psicologia e filosofia. «Non dobbiamo perdere di vista la qualità dei nostri ragazzi», si inserisce Gian Vincenzo Zuccotti, prorettore delegato alla Statale di Milano. «Il nostro compito è cogliere i nuovi saperi e bisogni - aggiunge Zuccotti -. Per farlo dobbiamo avvicinare i giovani medici alle cure sul territorio e mettergli a disposizione sempre più innovazioni tecnologiche». (riproduzione riservata)



Lorenzo Sommella  
Campus Bio-Medico



Luca Pallavicini  
Confcommercio



Livio Tronconi  
Gvm Care & Research



**MODELLI DI WELFARE**

# La sanità di prossimità che “abilita” il paziente

di Giacomo Pisani

**L'**emergenza pandemica ha fatto emergere alcune importanti riflessioni rispetto alle criticità dei sistemi di welfare locale nel nostro Paese. In particolare, sul fronte assistenziale, si è presentata la necessità di rafforzare i servizi socio-sanitari in senso territoriale e integrato, in alternativa all'impostazione "prestazionale" che ha caratterizzato l'evoluzione del Servizio sanitario nazionale negli ultimi decenni. Su questo tema, una ricerca pubblicata recentemente all'interno della collana "Working paper" di Euricse esplora alcune questioni chiave legate alla costruzione di un sistema di assistenza socio-sanitaria su base territoriale.

Il paper, a cura di Lorenzo Betti (CSI), Chiara Bodini (CSI), Giulia Galera (Euricse) e Giacomo Pisani (Euricse), è frutto delle prime attività di ricerca realizzate nell'ambito del progetto "Ripensare la salute: rafforzare l'assistenza di prossimità su base domiciliare", finanziato dalla Fondazione Cassa di Risparmio di Terni e Narni e realizzato da Euricse in collaborazione con il Centro di Salute Internazionale e Interculturale (CSI) APS, con Aris Formazione e Ricerca, e con le cooperative sociali ACTL e CIPSS. (*WP 119/2022 Euricse Working Paper Series - si può scaricare e consultare <https://euricse.eu/it/pubblicazioni/categoria/WorkingPaper>*) Ci si è interrogati, in particolare, sulle sfide connesse con l'obiettivo di promuovere le funzioni di prevenzione e di intervento sui determinanti sociali della salute. Queste ultime sono state progressivamente marginalizzate nell'articolazione dei sistemi di welfare, che hanno riprodotto una divaricazione fra ambito sociale e ambito sanitario dell'assistenza. Il paper riflette, allora, sulla possibilità di giungere ad una più complessa identificazione del concetto di salute, in cui sono implicate una molteplicità di dimensioni: ambientale, relazionale, psicologica ecc. La promozione della salute, in questo senso, passa attraverso l'adozione di un approccio multidimensionale, diretto ad incidere su tutti i fattori politici e sociali che determinano le disuguaglianze in salute.

In questo quadro, il paper si ricongiunge alla visione della Primary Health Care (PHC), un approccio delineato nel corso della conferenza dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) svoltasi ad Alma Ata nel 1978. All'interno della conferenza, fu evidenziato come l'obiettivo del più alto livello di salute per tutte le persone fosse raggiungibile a condizione di intervenire politicamente anche su ambiti considerati eccedenti la sfera prettamente sanitaria, e che invece contribuiscono a "plasmarla": lavoro, trasporti, alimentazione ecc.

All'interno del documento vengono focalizzati alcuni elementi chiave che possono favorire una riarticolazione dei modelli di assistenza su scala locale: l'integrazione socio-sanitaria, la prossimità e la domiciliarità. L'assunzione della dimensione sociale della salute, all'interno di un modello che favorisca il coordinamento fra tutte le funzioni dell'assistenza, deve conciliarsi con un cambio di sguardo sulla persona assistita. Questa non può essere intesa come un soggetto passivo, ma deve essere sostenuta facendo in modo che possa autodeterminarsi in condizioni dignitose. A tal fine è necessario stabilire dei canali di prossimità, che favoriscano l'abilitazione della persona entro il contesto in cui vive. La domiciliarità, in questo scenario, identifica il contesto dotato di senso per la persona, con cui si stabilisce un legame assai forte. Tale legame determina una situazione complessa, che per essere sostenuta esige un coordinamento fra servizi molteplici e variegati, tra i quali l'assistenza domiciliare occupa un ruolo di primo piano.

All'interno della ricerca viene posta particolare attenzione sulle potenzialità della collaborazione fra amministrazioni pubbliche e Terzo settore sul fronte del welfare locale. Com'è noto, il Terzo settore, e in particolare la componente più imprenditoriale di esso (cooperative sociali in primis), è andato assumendo un ruolo di primo piano di fronte difficoltà incontrate dal settore pubblico nel rispondere alla moltiplicazione e alla differenziazione dei bisogni sociali. Le organizzazioni di Terzo settore, durante la pandemia, si sono mostrate straordinariamente recettive rispetto ai bisogni emergenti sul fronte sociale e sanitario, in virtù del proprio radicamento territoriale, particolarmente evidenti nelle esperienze più inclusive e differenziate al proprio interno.

Sono state numerose le esperienze di attivazione dal basso che, sui territori, hanno fatto fronte alle tante situazioni di fragilità e vulnerabilità, esasperate dalla pandemia da Covid 19. Il paper si interroga,



allora, sull'opportunità di sistematizzare la collaborazione fra amministrazioni pubbliche e Terzo settore, attraverso l'attuazione del modello di "amministrazione condivisa" delineato dall'art.55 del nuovo Codice del terzo settore.

Attraverso la coprogrammazione delle politiche pubbliche e la coprogettazione dei servizi, è possibile stabilire un canale di collaborazione virtuoso tra amministrazioni pubbliche e formazioni sociali, che favorisca la strutturazione di risposte più pronte e adeguate ai bisogni e alle specificità territoriali. La ridefinizione in senso collaborativo

del welfare può inoltre condurre ad una maggiore integrazione fra gli attuali settori dell'assistenza, nonché ad una pluralizzazione degli attori impegnati nel disegno di politiche e degli interventi, ponendosi come fattore di democratizzazione delle istituzioni.

*Ricercatore Euricse*



## LA CONTRORIFORMA DELLA SANITÀ TERRITORIALE DI FDI

# Via le case e gli ospedali di comunità: basta il medico di base e il farmacista

ADRIANA POLLICE

■ ■ «Meglio un politico che un tecnico per ricoprire la carica di ministro della Salute» parola di Marcello Gemmato, responsabile Sanità di Fratelli d'Italia. Nel programma della destra ci sono la creazione di un'autorità Garante della Salute e il rafforzamento della medicina predittiva «con un meccanismo di premialità nell'accesso al sistema sanitario per chi segue un regolare e concordato percorso di monitoraggio dello stato di salute». Ma non si spiega per quale motivo chi magari ha difficoltà ad accedere agli screening dovrebbe pure essere penalizzato in caso di malattia.

Gemmato ieri ha messo subito in chiaro: «La gestione della pandemia è stata ideologica piuttosto che improntata sull'ascolto della scienza». Un'affermazione un po' ardita visti i monitoraggi settimanali curati dall'Iss con gli esperti del ministero. Ma poi il senso diventa più chiaro: «Ciò che serve - ha continuato - è un approccio veramente scientifico, con l'ascolto degli specialisti di riferimento più autorevoli». Servono gli esperti ma di riferimento perché quello che i meloniani vogliono è «superare il concetto di obbligo, sia per quanto riguarda i vaccini anti Co-

vid sia per l'utilizzo delle mascherine e di altre misure. La soluzione è spiegare alle persone le cose come stanno perché adottino i comportamenti necessari con l'aiuto dei medici di base e farmacisti».

I medici di famiglia e i farmacisti sono la stella polare della dottrina illustrata da Gemmato, che ieri ha annunciato: «No alle case di comunità. Per offrire una concreta medicina di prossimità serve puntare sui medici di famiglia e i farmacisti dotati di strumenti diagnostici di base. Con la dotazione che nel Pnrr è prevista (7 miliardi) per la telemedicina, questi professionisti possono fare di studi e farmacie gli hub in cui fare analisi di prima istanza, ecografie, elettrocardiogrammi. Si potrebbe contare in questo modo su una sanità diffusa che può sopperire anche alla chiusura di tanti ospedali». Una posizione che sembra prefigurare il ritorno al passato, pre Servizio sanitario nazionale, quando l'italiano medio aveva come punto di riferimento il farmacista del paese. Forse una nostalgia spiegabile col fatto che Gemmato è egli stesso un farmacista.

Dalle sue parole viene fuori anche un altro punto nodale dei piani di FdI: mettere in discussione il Pnrr senza dirlo in modo esplicito.

Proprio ieri la Commissione europea ha fatto sapere di essere pronta a dare il via libera alla seconda rata di finanziamenti per l'Italia da 21 miliardi del Recovery fund. La valutazione preliminare positiva include la riforma della sanità territoriale (Missione 6 con 15,63 miliardi stanziati). Il piano disegnato dal ministro uscente Speranza prevede 1.350 nuove case di comunità e 400 ospedali di comunità. L'idea è creare un'assistenza sociosanitaria incardinata sui servizi: infermieri, medici, psicologi, sociologi, assistenti sociali, educatori per la presa in carico del paziente in ogni suo aspetto e necessità. Il difetto sta nel non aver individuato gli standard minimi obbligatori e nella mancanza di fondi per le assunzioni di personale, evidentemente per motivi di budget.

FdI mette in discussione la riforma. Nessuna struttura multidisciplinare in collegamento con il servizio sanitario e ospedaliero: «Rischiamo di non realizzare una vera medicina di prossimità - sentenza Gemmato - escludendo i paesi, le aree disagiate. Per alcuni potrebbe significare farsi 20 minuti di auto per arrivare alla casa di comunità. Mentre il medico di base e il farmacista attrezzati garantiscono l'assistenza davvero prossima».

Andrea Filippi, segretario nazionale Fp Cgil Medici: «Abbiamo contestato la riforma di Speranza per la mancanza di una visione di sistema che davvero potenziasse servizi multiprofessionali. Ora addirittura le proposte di Gemmato insistono sulla frammentazione degli studi privati e delle farmacie. Come dire: siccome non è stato previsto il personale, e noi di FdI non vogliamo metterci le risorse, arrangiamoci. Sembra una strategia per svuotare il Ssn lasciando campo libero alla privatizzazione».



Medici di base nel Lazio foto LaPresse



**DECRETO DEI MINISTERI SALUTE ED ECONOMIA**

## Aziende sanitarie, 2 mld di rimborsi

Saranno più di due i miliardi che le aziende del comparto sanitario dovranno rimborsare a livello nazionale e regionale per gli anni 2015, 2016, 2017 e 2018. E' quanto prevede il decreto 6 luglio 2022 dei ministri della Salute, Roberto Speranza e dell'economia, Daniele Franco, pubblicato in *Gazzetta Ufficiale* n. 216/2022, che certifica il superamento del tetto in materia di dispositivi medici.

Nello specifico le aziende coinvolte dovranno restituire 416 milioni di euro per il 2015, 473 milioni per il 2016, 552 milioni per il 2017 e 643 milioni per il 2018. Infatti, si legge nel provvedimento, l'eventuale superamento del tetto di spesa regionale è posto a carico delle aziende fornitrici di dispositivi medici per una quota complessiva pari al 40 per cento nell'anno 2015, al 45 per cento nell'anno 2016 e al 50 per cento a decorrere dall'anno 2017. Ciascuna azienda fornitrice dovrà concorrere alle quote di ripiano in misura pari all'incidenza percentuale del proprio fatturato sul totale della spesa per l'acquisto

di dispositivi medici a carico del Servizio sanitario regionale. Invece, per quanto riguarda le modalità tramite cui dovrà essere effettuato il ripianamento dello sfioramento dei tetti di spesa, si dovrà aspettare, così come previsto dal decreto legge del 9 agosto 2022 n. 115, il cosiddetto DL Aiuti bis, l'approvazione del testo dell'Accordo in materia tra Governo e Regioni in sede di Conferenza Stato-Regioni. Inoltre l'articolo 18 del precitato decreto, convertito in legge, specifica che nel caso in cui le aziende fornitrici di dispositivi medici non dovessero adempiere all'obbligo del ripiano, i debiti contratti nei confronti delle Regioni e delle Province autonome, saranno compensati fino a concorrenza dell'intero ammontare anche grazie all'aiuto degli enti del servizio sanitario regionale. A tal fine gli enti territoriali trasmetteranno annualmente al Ministero della salute e all'Agenzia italiana del farmaco un'apposita relazione attestante i recuperi riusciti ed effettuati.

**Pasquale Quaranta**

—© Riproduzione riservata—



**I ministri Daniele Franco (a sinistra) e Roberto Speranza**



## Aborto

### Meloni si muove tra le falle della legge 194

GIULIA CRIVELLINI,  
VITTORIA LOFFI

ne di politiche di emancipazio-  
ne sessuale e riproduttiva.

— segue a pagina 15 —

**L**e elezioni hanno sancito la vittoria della destra guidata dal partito di Giorgia Meloni e dalla sua visione di società: reazionaria rispetto alla modernità e strutturalmente legata alla negazio-

# La destra vincente sfrutta le falle della legge 194

GIULIA CRIVELLINI\*, VITTORIA LOFFI\*  
— segue dalla prima —

■ ■ Una destra che sceglie di definirsi "conservatrice" perché risponde alla domanda di sicurezza sociale e di sovranità dei cittadini con la necessità di difendere l'identità tradizionale. Per questo il diritto all'aborto è divenuto tema centrale anche nella campagna elettorale italiana, grazie all'attenzione riservata dai media, ma anche perché cardine, insieme a temi come la natalità, la sostituzione etnica e l'identità di genere, di una visione così definita.

La destra italiana sostiene di "non voler toccare la 194" ma proprio oggi, in occasione della giornata internazionale dell'aborto sicuro, diventa urgente provare a spiegare il perché di questo sostegno ad un testo che solo molto parzialmente garantisce il pieno diritto all'aborto. E come tale sostegno sia conciliabile alla sottoscrizione del programma di "ProVita".

La legge 194/1978 è un importante esempio di tutela della maternità, che ha avuto il merito di salvare la vita di centinaia di migliaia di donne, ma che non ha parallelamente creato e garantito l'autonomo diritto di scelta. Le cause sono molteplici: dalla mancata previsione di un meccanismo di

equilibrio tra personale medico obiettore e non obiettore di coscienza, all'obbligo di "riflessione" di sette giorni per poter procedere ad una interruzione di gravidanza; dall'assenza di impegni in materia di informazioni chiare e scientificamente corrette da parte delle istituzioni, fino all'impunità sulle scelte delle amministrazioni anti-abortiste guidate in questi anni dalla destra.

Alcune giunte regionali, come quelle di Marche e Abruzzo, hanno sfruttato le zone grigie della 194 per favorire le associazioni ultracattoliche all'interno dei consultori o si rifiutano di seguire le nuove linee di indirizzo ministeriali sull'aborto farmacologico. Con un effetto concreto sull'esperienza di migliaia di donne in questi anni. È la campagna "Libera di Abortire" è nata spinta da queste realtà che anche molti progressisti negavano fino a poco tempo fa.

Le politiche riproduttive non sono al sicuro in tutto il mondo. L'ultima stretta introdotta dal governo ungherese il 15 settembre prevede l'obbligo per il personale medico di fornire alle donne la prova "chiaramente identificabile delle funzioni vitali del feto", attraverso la rilevazione del battito cardiaco. Una forma di violenza estrema che ha spinto le donne ungheresi a orga-

nizzarsi, proprio in occasione del 28 settembre, contro la nuova misura voluta da Viktor Orban.

E dall'altra parte dell'oceano, negli Stati Uniti, la situazione non migliora. Le elezioni di medio termine dell'8 novembre vedranno al centro il tema dei diritti riproduttivi, dopo la sentenza della Corte Suprema che ha cancellato ogni tutela costituzionale al diritto all'aborto, restituendo ampia discrezionalità in materia ai singoli Stati. Da quel momento, gli *abortion bans* non hanno fatto che aumentare arrivando a 43 Stati su 50 che vietano l'aborto dopo un determinato periodo della gravidanza, con alcune eccezioni.

Eppure, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, ogni anno nel mondo si registrano 25 milioni di interruzioni di gravidanza senza tutele e sicurezze per la salute delle donne. Oltre a raccomandazioni cliniche, l'Oms chiede ai





## il manifesto

paesi di “rimuovere tutti gli ostacoli politici non necessari dal punto di vista medico all'aborto sicuro”, come la criminalizzazione, i tempi di attesa obbligatori, il requisito che l'approvazione debba essere data da altre persone o limiti su quando può aver luogo un aborto. Tali barriere mettono le donne a maggior rischio di aborti non sicuri, stigmatizzazione e complicazioni per la salute.

Nel mondo dunque è in atto una guerra sulle politiche riproduttive: in ballo c'è la concezione stessa di libertà, il rapporto

con lo Stato e la cittadinanza delle donne. Comprenderlo significa attivarsi affrontando questo tema non come isolato, o di “sola” politica sanitaria, ma centrale per definire la società che vogliamo costruire.

*\*Avvocata, Tesoriera di Radicali Italiani*

*\*\*Coordinatrice della campagna Libera di Abortire*

*Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, ogni anno nel mondo si registrano 25 milioni di aborti senza alcuna tutela e sicurezza per la salute delle donne*



**In piazza per il diritto all'aborto** foto LaPresse



## Infezioni batteriche e raffreddori arrivano i mali legati all'autunno

### IL FENOMENO

Il passaggio dall'estate all'autunno non è quasi mai indolore. Non solo perché si lasciano alle spalle vacanze e spensieratezza, ma anche soprattutto per i malanni fisici e mentali che subentrano: dai primi raffreddori dovuti agli sbalzi repentini di temperatura alle infezioni virali e batteriche che circolano in ufficio o nelle scuole. Fino ai disturbi dell'umore e all'acuirsi di patologie precedenti, come l'emicrania e alcune malattie articolari.

### LA CONCENTRAZIONE

Si stima che il malessere mentale che spesso accompagna questa primissima fase dell'autunno colpisca all'incirca un italiano su due. «In questa particolare fase di transizione stagionale possono iniziare a manifestarsi i primi disturbi dell'umore», conferma Giuseppe Ducci, direttore del Dipartimento di Salute mentale Asl Romal. «Succede quando le ore di esposizione alla luce iniziano a diminuire e quando il buio inizia a "imprigionare" la serotonina, il neurotrasmettitore del benessere.

### IL PICCO

Il picco si raggiunge poi in in-

verno. I sintomi più diffusi in questo periodo sono ansia, tristezza, irritabilità, insonnia, malinconia, sbalzi d'umore, cefalea, scarsa attenzione e difficoltà a concentrarsi». Per alcuni, quindi, i sintomi sono solo passeggeri: si tratta di pazientare e di provare a contrastarli con stili di vita più salutari.

Per altri invece sono il preludio alla cosiddetta depressione stagionale, che esplose poi in inverno e che può richiedere l'intervento di uno specialista. Il cambio di stagione è un momento difficile soprattutto per gli oltre 2,5 milioni di uomini e donne che in Italia soffrono di emicrania con aura.

Si tratta di un particolare forma di cefalea nella quale il dolore è preceduto da alcuni sintomi reversibili visivi, motori, sensitivi, della parola e del linguaggio. «La pressione barometrica, che cambia con l'arrivo dell'autunno, l'instabilità climatica, il cambio della luce dovuta al cambio di inclinazione del sole e la progressiva riduzione delle ore di luce - spiega Giorgio Dalla Volta, coordinatore Sezione Regione Lombardia della Società Italiana Studio Cefalee, e direttore del Centro Cefalee dell'Istituto Clinico Città di Brescia-Gruppo San Donato - esercitano un effetto destabilizzante sulle nostre reti neurali inducendo un'ulteriore destabilizzazione dell'ipereccitabilità

neuronale della corteccia cerebrale dei pazienti emicranici». Contro l'emicrania con aura sono disponibili diverse tipologie di cure. «Come in ogni altra patologia alcune terapie farmacologiche possono non essere efficaci o scarsamente tollerate - continua Dalla Volta -. Da qui la necessità nella pratica clinica di approcci alternativi per il trattamento di questa patologia come, per esempio, il ricorso ai nutraceutici. Sono degli integratori alimentari in grado di fornire benefici per la salute e il loro uso sta diventando sempre più diffuso».

### LA PIOGGIA

Inoltre, i primi giorni dell'autunno portano con loro il peggioramento di alcune patologie articolari. Come l'artrite reumatoide, un'infiammazione delle articolazioni che provoca dolori, gonfiore, rigidità degli arti e difficoltà di movimento: studi recenti hanno evidenziato che il passaggio repentino da un clima secco a uno umido porta a un aggravamento dei sintomi. Nei giorni nuvolosi e con i primi temporali anche coloro che soffrono di lombalgia possono sperimentare un aumento degli episodi di dolore alla schiena.

Valentina Arcovio

**CON LE GIORNATE PIÙ CORTE E L'UMIDITÀ POSSONO PEGGIORARE I PROBLEMI ARTICOLARI MA ANCHE L'EMICRANIA E GLI SBALZI DI UMORE**



**Dolori articolari, mal di testa, emicrania, irritabilità, alterazioni gastriche i disturbi più frequenti in questa stagione**



Domani è la Giornata dedicata al benessere cardiaco: gli specialisti denunciano un aumento della conflittualità a tutti i livelli. Ma dopo una lite il rischio di ictus cresce di 4 volte e quello di infarto 5

# La voglia di rivalsa che fa male al cuore

## IL FENOMENO

**S**ale la pressione e aumenta il battito cardiaco. Nelle due ore che seguono la litigata o lo scatto di rabbia, il rischio di ictus sale di quattro volte e quello di infarto addirittura di cinque rispetto a una condizione normale senza conflitti. E cresce anche la probabilità di altri danni cardiovascolari come la sindrome coronarica acuta, la rottura di aneurismi e l'aritmia, l'alterazione del normale ritmo cardiaco.

È l'insieme di una serie di reazioni biochimiche immediate che aumenta il rilascio degli ormoni connessi a una maggiore prestazione fisica, ossia l'adrenalina, la noradrenalina e il cortisolo. Il loro effetto: alzare la pressione, la portata cardiaca (il volume di sangue pompato dal cuore), il restringimento dei vasi sanguigni, il glucosio nel sangue e l'ossigenazione muscolare. L'aggressività che ci guida fa impennare la pressione e la frequenza cardiaca, alterando, così, anche gli equilibri ormonali dell'organismo. Una metamorfosi, una sorta di preparazione fisica alla lotta tra cervello e cuore. Quando questa "preparazione alla lotta" si fa sempre più frequente la pressione alta rischia di stabilizzarsi e trasformare la persona in un iperteso. Anche se giovane.

## I CAMBIAMENTI

«Parliamo di una condizione che, in questi ultimi mesi, dobbiamo affrontare sempre più spesso nei nostri studi - spiega Massimo Volpe, presidente della Società Italiana per la Prevenzione Cardiovascolare - Donne e uomini che hanno avuto importanti rialzi pressori a ridosso di uno scontro, un liti-

gio, un evento stressante molto forte. Persone che non hanno problemi cardiaci ma che si trovano a fronteggiare crisi molto pericolose. Soprattutto se ripetute. La conflittualità a tutti i livelli è molto più diffusa di quanto si creda. I due anni e passa di Covid, tra paure, restrizioni e cambiamenti forzati hanno sicuramente allentato i freni della aggressività. Magari

oscurando in parte il lavoro di prevenzione che quel paziente sta facendo su altri fronti, dallo sport all'alimentazione».

Prendere atto dello sforzo al quale sottoponiamo il nostro fisico durante questi momenti potrebbe essere il primo passo per fermarsi e non lasciarsi andare a condizioni che potrebbero mostrare i loro danni anche molto a ridosso dell'evento. La capacità (l'allenamento) a controllarsi, suggerisce Volpe, potrebbe, in un futuro molto vicino, essere inserita tra le regole base della prevenzione cardiovascolare. Dalla verifica della pressione e dei livelli di colesterolo alla dieta, dall'attività sportiva (anche per alleggerire tensioni e aggressività) alla visita cardiologica, dagli esami per il diabete a una maggiore consapevolezza dei danni da litigio.

## IL RISCATTO

«Oltre alla terapia adeguata e i consigli per gli stili di vita - aggiunge Volpe - ora dobbiamo convincere il paziente che questo non è tempo di rivalsa e riscatto. Che non si può scattare per nulla manifestando ostilità e "voglia" di litigare. Non solo per la buona convivenza ma soprattutto per l'organismo. Lo so, il discorso è difficile da

fare e non piacevole da ascoltare ma, oggi come oggi, è importante farlo ai pazienti se non vogliamo trovarci a breve a tamponare danni maggiori. Non sempre, infatti, le persone riescono a mettere in correlazione i sintomi della pressione alta improvvisa, la vampata, la tachicardia, il mal di testa, con il conflitto. Si deve tornare indietro come in un film e ricostruire quello che è successo. Va tenuto a mente che la crisi, spesso, lascia dei segni. Le arterie ricordano».

D'altronde, i dati pubblicati alla vigilia della Giornata mondiale del Cuore che si celebra domani, ritraggono una popolazione, quella italiana, che generalmente sottovaluta i nemici del cuore. Un esempio: dopo un infarto, un paziente su tre non assume le terapie prescritte. Perché convinto che la guarigione lo renda immune dal continuare a proteggersi. Secondo un'indagine SWG fatta per la Giornata mondiale del cuore oltre il 40% degli intervistati non prende in considerazione i rischi legati ad alti livelli di colesterolo.

## I GRASSI

«Eppure, evidenze scientifiche dimostrano come il colesterolo



# Il Messaggero

LDL, il cosiddetto "cattivo", è causa delle patologie cardiovascolari, non un fattore di rischio. La sua riduzione è uno degli obiettivi principali per limitare gli infarti e contrastare la mortalità», spiega **Ciro Indolfi**, presidente della Società italiana dei Cardiologi.

A esser sottovalutata (spesso dimenticata) è anche l'importanza di seguire le terapie. Eppure, secondo l'European Association of

Preventive Cardiology, in Europa il 9% degli eventi cardiovascolari è riconducibile alla scarsa "ubbidienza" terapeutica: solo un paziente su due assume correttamente i farmaci prescritti dal medico.

**Carla Massi**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**PER CONTRASTARE LA MORTALITÀ OCCORRE RIDURRE IL COLESTEROLO "CATTIVO", MA MOLTI PAZIENTI NON PRENDONO I FARMACI PRESCRITTI**

**IL CARDIOLOGO MASSIMO VOLPE: «DUE ANNI DI COVID TRA PAURE E RESTRIZIONI HANNO ALLENATQ I FRENI DELL'AGGRESSIVITÀ, CHE INVECE VA CONTROLLATA»**



Quando si litiga si alzano la pressione e la frequenza cardiaca. Se succede spesso, si rischia di diventare ipertesi (anche da giovani)



L'età della popolazione si allunga: per affrontare la terza età in salute è necessario potenziare la ricerca e favorire nuovi stili di vita



# Come invecchiare mantenendo il cervello giovane

Giulio Maira \*

**S**ecundo i dati Istat, l'età media della popolazione italiana si allunga, fenomeno che si associa ad una forte denatalità. La nostra società invecchia e, necessariamente, le emergenze sociali e politiche si focalizzano sul sistema pensionistico, sul finanziamento del welfare e, in modo particolare, sul sistema sanitario.

Un rapporto dell'Onu del settembre 2021 si chiedeva: *Aging populations: We are living longer lives, but are we healthier?*. In pratica: l'aumento della durata di vita si accompagna anche a una salute migliore? Certamente la longevità è un grande regalo che la Scienza ci fa. Se viviamo più a lungo è perché, grazie alle scoperte scientifiche, invecchiamo meglio superando le insidie dell'età di mezzo.

## LE CURE

Andando avanti con gli anni, tuttavia, arrivano le malattie della terza età, cardiovascolari, oncologiche, dismetaboliche, neuro-

degenerative, polmonari croniche, articolari, ecc. Le donne, in particolare, vivono di più ma l'aumento della longevità la pagano con una peggiore salute.

Un aspetto cruciale del problema è come, in un mondo che vede prolungarsi sempre più la durata della vita, si possa invecchiare conservando intatte le funzioni cognitive, invecchiare con un cervello "giovane". Se non vogliamo che i nostri sistemi di welfare collassino di fronte alla pressione di milioni di anziani bisognosi di sempre più cure e sostegno, è necessario un cambiamento delle politiche sanitarie.

I quattro punti schematicamente riportati sotto possono aiutarci. 1) La scienza ci dice che prevenire le malattie è più efficace e meno costoso che curarle. Il primo punto, pertanto, deve basarsi sul migliorare l'attività di prevenzione, grazie ad incrementi degli screening per fasce di età, e su politiche che portino a ridurre abitudini pericolose

per la salute (fumo, alcol in eccesso, sostanze illegali, ecc). Un euro speso oggi in prevenzione significa 10, 20 o 100 euro risparmiati in futuro.

## GLI OSPEDALI

2) Fare un'azione di informazione continua sui vantaggi legati ai corretti stili di vita. Da qualche anno la ricerca ha segnalato che su questi fattori si può impostare un'importante strategia per vivere a lungo e con un cervello attivo. L'osservazione delle regole elementari della buona salute, come fare attività fisica, mangiare poco e sano, dormire



a sufficienza, ridurre lo stress, fare attenzione alla corretta funzione del sistema cardiocircolatorio, può ridurre fino al 35 per cento il rischio di demenza. E questo fa bene, oltre che al cervello, anche al cuore.

3) Fare maggiore attenzione alla medicina di genere, creando percorsi attenti alle differenze, nella manifestazione delle malattie e nelle modalità di cura,

tra uomini e donne, con ospedali dedicati. 4) Incentivare investimenti nella ricerca che mirino alla migliore conoscenza delle modalità di prevenzione, diagnosi e terapia precoce, e alle specificità di genere.

*\* Professore di Neurochirurgia  
Humanitas, Milano  
Presidente Atena Onlus, Roma*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**VANNO INCREMENTATI  
GLI SCREENING E  
L'INFORMAZIONE SULLA  
SANA ALIMENTAZIONE  
E SULL'IMPORTANZA  
DELL'ATTIVITÀ FISICA**



L'Italia è seconda al mondo per longevità soltanto al Giappone  
I centenari censiti nel 2021: 17.177, più di settemila oltre i 105 anni

## I NUMERI

# 13

in milioni le persone che in Italia hanno più di 65 anni: in aumento la percentuale di quelli che vivono soli

# 25%

percentuale degli anziani che soffre di multiconicità (diverse patologie cronico-degenerative)



# 5

le patologie più frequenti tra gli over 65: cardiopatie, malattie respiratorie, diabete, tumori, ictus

# 1,7

i milioni di famiglie con anziani non autosufficienti: la spesa media annua per nucleo è di 8.627 euro



## Lo studio inglese

### Bambini di notte svegli per i social

Uno studio dei ricercatori della De Montfort University Leicester (Gran Bretagna) rivela che i bambini di dieci anni perdono circa una notte di sonno a settimana rimanendo svegli per utilizzare i social. La ricerca, guidata dal docente di psicologia, John Shaw, suggerisce che il 12,5% dei bimbi intorno ai 10 anni si sveglia volontariamente per

controllare le notifiche sul cellulare. Il gruppo ha dormito in media 8,7 ore ogni notte, meno delle 9-12 ore raccomandate. TikTok ha il maggior coinvolgimento nei bambini intervistati, con il 90% che ha sottolineato di aver utilizzato l'app di notte. Snapchat è al secondo posto.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



01

## Biotech, Farmindustria: 'sostenere leadership Italia, urge strategia

### nazionale'

"L'Italia ha un ruolo di primo piano nella ricerca" biofarmaceutica "a livello europeo. Una leadership che richiede però un contesto in grado di attrarre sempre più investimenti, in uno scenario di competizione globale che vede l'Europa nella necessità di colmare velocemente il gap accumulato rispetto a Usa e Cina". Lo sottolinea in occasione della Settimana europea delle biotecnologie il presidente di Farmindustria, Marcello Cattani, chiedendo "che l'Italia realizzi con urgenza una strategia nazionale per migliorare la governance della spesa, gli incentivi agli investimenti e il quadro regolatorio. A questo proposito - ribadisce il numero uno dell'associazione nazionale imprese del farmaco - è prioritario completare l'emanazione dei decreti ministeriali indispensabili per la piena attuazione del Regolamento europeo sugli studi clinici".

"Il settore biofarmaceutico in Italia è un driver di crescita fondamentale, solido e in continua espansione", evidenzia Cattani in una nota. "I farmaci biologici/biotecnologici, incluse le terapie avanzate - ricorda - rappresentano il 40% del totale degli studi clinici in Italia (fonte Aifa) e circa il 50% (Fonte Citeline 2022) della pipeline di ricerca a livello globale. Una quota destinata a crescere ancora nei prossimi anni. I medicinali personalizzati, sviluppati sul profilo genetico del paziente, e le terapie geniche, per correggere le parti del Dna che determinano la malattia, sono già realtà e stanno ridisegnando e migliorando l'approccio a molte malattie. Una frontiera dell'innovazione farmaceutica, grazie alla quale abbiamo avuto in meno di un anno i vaccini e le nuove terapie che ci hanno portato fuori dalla pandemia".





"Siamo di fronte a un modello concreto di interazione e interconnessione in cui scienza e alta tecnologia si incontrano a beneficio della salute dei cittadini", rimarca il presidente di Farmindustria convinto che l'Italia possa "vincere la sfida in corso grazie alle eccellenze del network pubblico e privato, alle risorse del Pnrr e agli investimenti delle nostre imprese. Insieme possiamo farcela - esorta Cattani - a vantaggio dei cittadini e dell'intero servizio sanitario. Permettiamo all'industria biofarmaceutica in Italia di giocare la sua partita".

## Premiate le eccellenze ospedaliere italiane

*di Luca Carrello*

**L**a Lombardia è la regione d'eccellenza all'interno del panorama ospedaliero italiano. A ritirare il premio è stato l'assessore al Welfare e vice presidente della Regione, Letizia Moratti, durante la cerimonia conclusiva della prima edizione del *Best Italian Hospital 2022*, organizzato da *Class Editori*. Nel corso dell'evento, che si è svolto all'Istituto dei Ciechi di Milano, sono stati assegnati altri otto riconoscimenti. Vince il premio di miglior policlinico la Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli. Il Centro Cardiologico Monzino Irccs trionfa come centro cardiologico d'eccellenza.

Tra i centri oncologici, ottiene il primo posto l'Istituto Europeo di Oncologia Irccs. È invece l'Irccs Ospedale Galeazzi - Sant'Ambrogio a vincere il premio per il miglior centro ortopedico.

Sul fronte pandemia, l'Irccs Ospedale San Raffaele trionfa nella categoria sul numero di pubblicazioni contro il Covid-19. L'Asst Fatebenefratelli Sacco - Ospedale Luigi Sacco si aggiudica il premio per la qualità della ricerca sempre contro il Covid-19. Mentre il premio che riguarda l'eccellenza digitale viene vinto da Gvm Care & Research. Tra i gruppi privati, infine, è il Gruppo San Donato quello che si aggiudica la prima posizione. (riproduzione riservata)



*Letizia Moratti*  
*Regione Lombardia*



La Regione Liguria vota per garantire alle donne il pieno diritto di interruzione volontaria della gravidanza

# Aborto la prima crociata

Il centrodestra si spacca Fdi decide di astenersi sull'ordine del giorno votato dalla lista Toti da Forza Italia e Lega

## IL CASO

EMANUELE ROSSI  
GENOVA

Un'astensione che fa subito rumore. I consiglieri regionali di Fratelli d'Italia in Liguria non hanno votato un ordine del giorno (proposto dal Pd) con cui si impegna la giunta regionale a «garantire alle donne il pieno diritto a scegliere l'interruzione volontaria di gravidanza».

Ordine del giorno che ha avuto il parere favorevole della giunta e del governatore e assessore alla Sanità Giovanni Toti. E che è stato invece votato da tutti gli altri gruppi del consiglio, compresi Lista Toti, Lega e Forza Italia (con qualche assenza). Un documento - va detto - senza alcuna implicazione concreta, nei fatti. Ma il caso ha evidenziato la posizione di Fdi sull'aborto, proprio all'indomani della vittoria elettorale: «La 194 va applicata tutta, anche nella difesa della maternità». Un «non voto» che

peraltro arriva dopo il controverso disegno di legge regionale (presentato ormai anni fa, mai arrivato alla discussione in aula) che prevede di «rimuovere le cause che portano alla decisione di abortire» e, tra le altre cose, la concessione di spazi negli ospedali alle associazioni anti abortiste. L'ordine del giorno è stato approvato con 21 voti favorevoli, tre astenuti e sei non espressi. «I dati più bassi della media nazionale confermano che in Liguria sosteniamo il diritto di tutte le donne che vogliono interrompere volontariamente la gravidanza - afferma Toti in aula - . Il personale non obiettore è sufficiente ad assicurare il servizio in tutta la regione».

Il capogruppo di Fdi in regione, Stefano Balleari, ex vice sindaco genovese, spiega che avrebbero votato il documento se fosse stato inserito un richiamo alla discussione della loro proposta di legge: «Le po-

lemiche sono strumentali, la verità è ben altra: ci siamo astenuti perché avremmo voluto la possibilità di emendare l'ordine del giorno ponendo l'accento sull'applicazione dell'articolo 5 della suddetta legge che è, tra le altre cose, oggetto di una nostra Proposta di legge presentata nel 2021 ed ancora in attesa di iniziare l'iter di discussione. Per noi la legge 194 è una seria conquista che consente alle donne di affrontare una scelta, spesso dolorosa, fatta di lacerazioni morali interiori, in maniera consapevole. Una legge che ha dentro di sé un germoglio di speranza nell'articolo quinto, che impone di rimuovere le cause che porterebbero la donna all'interruzione della gravidanza e di metterla in grado di far valere i suoi diritti di lavoratrice e di madre. La legge 194 è ben più della legge sull'interruzione di gravidanza».

Per il consigliere del Pd Roberto Arboscello, che ha pre-

sentato il documento, l'astensione dei consiglieri meloniani è un atteggiamento «vergognoso non solo per essersi astenuto su un ordine del giorno volto a rafforzare un diritto delle donne, ma non ha neanche partecipato alla discussione, astenendosi in silenzio su un provvedimento così importante». Rincarà la dose Luca Garibaldi, capogruppo Pd: «La scelta da parte di Fdi di astenersi, è un'ulteriore segnale di una regressione nel campo dei diritti che preoccupa particolarmente». Per Selena Candia, lista Sansa, «Fratelli d'Italia, forte del risultato elettorale nazionale, ha già messo in dubbio il diritto di aborto». —

## 64,6%

La media italiana dei medici obiettori di coscienza (52% in Liguria)

## 66.413

Le interruzioni volontarie di gravidanza in Italia nel 2020



LAPRESSE

Una manifestazione per difendere il diritto all'aborto





Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

# quotidiano**sanità**.it

## L'Europa è entrata in una crisi sanitaria permanente e la colpa non è solo del Covid

di Hans Henri P. Kluge

***Covid, crisi climatica, vaiolo delle scimmie, guerra in Ucraina. Ma non solo: ci sono altre crisi di lunga durata che sono relativamente silenziose – spesso passano inosservate – ma compromettono la salute di milioni di persone e gravano sui nostri sistemi sanitari in tutta la regione***



**28 SET** - Per oltre un secolo, l'Europa è stata alle prese con crisi multiple e epocali. Ma negli ultimi anni la frequenza delle crisi è aumentata, comprese quelle legate ai cambiamenti climatici e alle malattie infettive emergenti, con una diffusione sempre più rapida nel nostro mondo interconnesso. Il caldo estremo e gli incendi che hanno devastato molte parti d'Europa quest'estate sono solo un esempio. La pandemia di COVID-19 in corso, con – finora – circa 250 milioni di casi confermati e con oltre 2 milioni di decessi registrati in Europa e in Asia centrale, è un'altra crisi che ha messo la salute in cima all'agenda politica e di sviluppo, ma la cui lezione in molti paesi potrebbe non essersi ancora completamente compresa. Poi, abbiamo l'attuale emergenza sanitaria pubblica del vaiolo delle scimmie di interesse internazionale, così come il recente riemergere della poliomielite di origine vaccinale nella nostra regione. E, non ultimo, una guerra devastante in Ucraina, che purtroppo non mostra segnali di de-escalation, ed è aggravata da orribili attacchi alle strutture sanitarie e ai fornitori, innescando anche una crisi di salute mentale di proporzioni immense. Questi sono tutti esempi evidenti che contribuiscono a quella che l'European Health Forum Gastein ha definito una "permacrisi" ovvero uno stato di crisi permanente. Ma vorrei ampliare ed espandere la definizione di permacrisi oltre i cambiamenti climatici, le malattie infettive e la guerra. Ci sono altre crisi di lunga durata che sono relativamente silenziose – spesso passano inosservate – ma compromettono la salute di milioni di persone e gravano sui nostri sistemi sanitari in tutta la regione.



**Civico Di Cristina Benfratelli**  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

Mi riferisco qui alle malattie non trasmissibili, inclusi cancro, malattie cardiache, malattie legate all'alcol e al tabacco e all'epidemia di obesità. Senza dubbio il COVID-19 è la pandemia più visibile nella nostra vita, ma non è la più mortale. Non è la più prevenibile. Mi riferisco ad esempio alla pandemia delle malattie cardiovascolari. Durante il COVID-19, i morti a un'età media più giovane a causa di infarti e ictus, rispetto al periodo peggiore del COVID-19 sono stati cinque volte di più. I 3 principali fattori – prevenibili – di ictus e infarto sono il consumo di tabacco, l'ipertensione e l'inquinamento atmosferico. L'unica cosa che uccide più persone nella nostra regione del tabacco è l'ipertensione: 2,4 milioni di persone l'anno, ovvero 1 decesso su 4 nella nostra regione. Naturalmente, sappiamo che l'ipertensione è anche collegata all'obesità. Un bambino su quattro nella scuola primaria nella nostra regione vive con sovrappeso o obesità. Ecco perché siamo stati molto ispirati dall'annuncio al Comitato Regionale di Tel Aviv 2 settimane fa dalla First Lady della Croazia, che sta istituendo il vertice paneuropeo dell'OMS di First Ladies e First Gentlemen per affrontare l'obesità infantile, con il primo vertice accadrà l'anno prossimo in Croazia. Ovviamente, l'ipertensione è legata anche al consumo di alcol. La nostra regione ospita i bevitori più pesanti del mondo. Un decesso su tre tra i giovani è legato all'alcol. Non esiste un livello sicuro di bere; ci sono prove sufficienti a riguardo. E il quadro regionale per contrastare il consumo di alcol è stato adottato per la prima volta dal nostro Comitato regionale di Tel Aviv appena concluso. Il terzo grande fattore di ictus e infarti è l'inquinamento atmosferico. Solo nella nostra regione, l'inquinamento atmosferico uccide 550.000 persone l'anno, la metà a causa di malattie cardiovascolari. Sono tornato la scorsa settimana dal Kazakistan, dove ho partecipato alla riunione dei ministri della salute della Comunità degli Stati Indipendenti in Turkestan, e mi ha ricordato i vecchi nemici scomparsi dall'agenda politica: ovvero l'HIV/AIDS. La nostra regione e la regione africana, sono le uniche regioni dell'OMS in cui l'HIV è ancora in aumento; ma è molto comodo politicamente non averlo più all'ordine del giorno. Perché ciò che è necessario sono maggiori sforzi per raggiungere le popolazioni chiave, che includono uomini che fanno sesso con uomini, persone transgender, prostitute e partner sessuali di persone in quei gruppi. Abbiamo urgente bisogno di un forte impegno politico e di finanziamenti per rafforzare i servizi per l'HIV. Sappiamo che in diversi paesi fino al 50% dei servizi di test dell'HIV sono stati chiusi durante la pandemia di COVID-19. Quindi sì, siamo in una permacrisi che va ben oltre la pandemia, i cambiamenti climatici e la guerra. Questa è la nostra nuova normalità. E la nostra nuova normalità richiede una risposta a “doppio binario”.

Cosa significa questo? Da un lato, dobbiamo prepararci urgentemente per emergenze sanitarie come pandemie, crisi e conflitti legati al clima. D'altra parte, dobbiamo rafforzare urgentemente i nostri attuali sistemi sanitari e servizi essenziali per affrontare la permacrisi delle malattie non trasmissibili e dell'HIV. Uno non può essere sacrificato per l'altro. Richiede investimenti nel personale sanitario e nella salute mentale. Questo approccio a doppio binario dovrebbe guidare l'OMS/l'Europa e il lavoro che facciamo per sostenere i nostri paesi e l'Unione Europea. Queste sfide sono scoraggianti. Ma questo non significa che dobbiamo arrenderci. Possiamo – e dobbiamo – affrontare insieme la permacrisi nella sua interezza, in modi pratici a beneficio di tutti.

***Hans Henri P. Kluge***