



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

02 FEBBRAIO 2023

A CURA DELL'ADDETTO STAMPA CRT SICILIA

MARIELLA QUINCI



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

GIORNALE DI SICILIA

Raffica di concorsi nella sanità siciliana: in palio quasi 150 posti

02 Febbraio 2023



Sul piatto ci sono 148 posti. E la quota maggiore è a Palermo, dove sono in palio assunzioni per medici e tecnici sia con contratti a tempo indeterminato che a tempo determinato. La prima tornata di selezioni del 2023 ha per protagonista la Asp del capoluogo e l'Istituto zooprofilattico. La prima ha bandito una maxi selezione per svariate figure, anche e soprattutto delle categorie non mediche. In particolare la selezione maggiore riguarda i 13 collaboratori professionali sanitari terapisti occupazionali. Ci sono poi altri 12 posti per autisti di ambulanze (categoria operatore tecnico specializzato). E ancora, la maxi selezione prosegue con 7 posti per tecnici sanitari di laboratorio biomedico, altri 7 per tecnici sanitari di radiologia medica e ancora 7 per tecnici della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro. Altri 3 posti sono per assistente sanitario, 5 per tecnici sanitari di neurofisiopatologia, 2 per tecnico sanitario della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusioni cardiovascolare. Gli 2 posti sono per collaboratore sanitario ortottista e ingegnere clinico per il dipartimento Risorse tecnologiche, finanziarie e strutturali.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia



Cannizzaro, ricostruzione del seno con tessuti prelevati dalla coscia

L'innovativa tecnica "PAP" (dal nome dell'arteria femorale profonda: Profunda Artery Perforator Flap), applicata per la prima volta in Sicilia.



CATANIA. **Ricostruire il seno**, dopo il tumore, utilizzando la cute e il grasso dell'interno **coscia**: è l'innovativa tecnica "**PAP**" (dal nome dell'arteria femorale profonda: Profunda Artery Perforator Flap), applicata per la prima volta in Sicilia nell'Azienda Ospedaliera **Cannizzaro**.

L'intervento è stato effettuato con successo, nei giorni scorsi, presso il **Centro Grandi Ustioni** per la ricostruzione del seno di una donna di 40 anni affetta da pregressa neoplasia della mammella. Il **trapianto microchirurgico autologo** (cioè con gli stessi tessuti della paziente) PAP ha permesso di restituire alla paziente un seno con forma e volume molto naturali grazie all'impiego di cute e grasso prelevati dalla regione interna della coscia. La muscolatura è stata completamente preservata e i **tessuti** sono stati trapiantati in sede mammaria e rivascularizzati con i vasi toracici interni.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

L'intervento è stato eseguito dal dott. **Giuseppe Lombardo**, chirurgo plastico del Centro Grandi Ustioni, con il coordinamento del dott. **Rosario Ranno**, direttore del Centro Grandi Ustioni, della dott.ssa **Francesca Catalano**, direttore della Senologia, e del dott. **Savino Borraccino**, direttore di Anestesia e Rianimazione. L'operazione è durata circa quattro ore e la paziente è stata dimessa in terza giornata operatoria in ottimo stato di salute. La tecnica PAP si rivela fondamentale per la **ricostruzione autologa delle mammelle** in tutte quelle pazienti con carente tessuto addominale o con pregresse cicatrici chirurgiche addominali, che non permettono l'utilizzo del lembo DIEP, altra tecnica di ricostruzione autologa, ma attraverso il prelievo di cute addominale, da anni applicata al Cannizzaro.

«La ricostruzione del seno utilizzando tessuti autologhi- spiegano i chirurghi plastici Ranno e Lombardo- è quella più sofisticata e permette alla paziente di avere una miglior qualità della vita post-mastectomia rispetto alla più tradizionale ricostruzione con protesi. L'intervento con lembo PAP ha un'indicazione limitata rispetto al più comune DIEP in cui viene prelevato la cute e il grasso addominale e si rivolge a tutte le pazienti con un **grasso corporale** distribuito maggiormente nella regione delle cosce o a quelle pazienti che hanno esiti di chirurgia addominale».

«Nell'Azienda Ospedaliera Cannizzaro- sottolinea il dott. **Salvatore Giuffrida**, commissario straordinario- sono ormai routinari interventi microchirurgici ad alta **complessità**, che vedono una proficua collaborazione tra specialisti di varie Unità Operative e riducono al minimo complicanze, durata dell'intervento e giorni di degenza. Questa nuova tecnica amplierà il bacino delle pazienti che potranno usufruire della ricostruzione autologa, in un'ottica di un recupero psico-fisico completo post-mastectomia».



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Policlinico Rodolico-San Marco, stabilizzati altri 207 precari

Infermieri, operatori socio sanitari, tecnici di laboratorio, tecnici di radiologia, tecnici di circolazione extracorporea e un'ostetrica.



Comincia bene l'anno per i **207** tra infermieri, operatori socio sanitari, tecnici di laboratorio, tecnici di radiologia, tecnici di circolazione extracorporea e un'ostetrica che stamani hanno siglato il contratto a **tempo indeterminato** con l'Azienda Ospedaliero Universitaria **Policlinico "G. Rodolico-San Marco"**, retta dal direttore generale Gaetano Sirna. Con questa nuova e importante iniezione di risorse fresche, l'azienda continua speditamente il percorso di **potenziamento** del proprio organico e di stabilizzazione del personale ancora in attesa di una definitiva sistemazione professionale. Gli "ex precari" hanno potuto usufruire dei benefici dell'art. 1 comma 268 lett.b) della legge 234/2021 (legge di bilancio 2022) volte alla valorizzazione della professionalità acquisita dal personale che ha prestato servizio anche durante l'emergenza da COVID-19. «Vi ho riunito qui oggi per farvi gli auguri e per farvi i complimenti per il traguardo raggiunto. Tutti voi avete cominciato il percorso di collaborazione con la nostra azienda in un momento particolarmente delicato della vita di tutti noi, quello della pandemia – ha detto il direttore **Gaetano Sirna** incontrando i neoassunti per la firma dei contratti a tempo indeterminato - L'arrivo di 207 giovani con un'età



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

media inferiore ai 32 anni ha portato una ventata di entusiasmo nella nostra azienda. Il vostro **impegno** ed il vostro lavoro hanno reso la nostra organizzazione migliore e adatta ad affrontare un'emergenza come quella pandemica, e di questo vi ringrazio» ha concluso il direttore generale.

In particolare, ad aver superato favorevolmente la procedura di stabilizzazione avviata dall'azienda ospedaliero universitaria sono stati 110 **infermieri** di cui 2 pediatrici, 83 **operatori socio sanitari**, 6 tecnici di radiologia, 5 tecnici di laboratorio, 2 tecnici di circolazione extracorporea e 1 ostetrica che coprono, così come prevede la norma, massimo il 50% dei posti vacanti previsti in dotazione organica. Il restante 50% sarà coperto con procedure concorsuali.

L'azienda, dunque, riparte di slancio con la nuova stagione delle **stabilizzazioni**, dopo aver superato un 2022 da record, con decine di nuovi contratti a tempo indeterminato, di cui una parte con la cosiddetta "stabilizzazione semplificata" possibile con la maturazione della metà del termine ordinariamente previsto dal Decreto Madia, vale a dire 18 mesi di servizio al posto dei tradizionali 36.

IL DISTANZIAMENTO SOCIALE DEGLI ANZIANI E LE "INNOVAZIONI DIROMPENTI"



Le nuove sfide. Il messaggio di utilizzare anche mezzi non tradizionali per comunicare i propri bisogni, viene direttamente dalle autorità sanitarie

Prendersi cura della persona: è il concetto alla base di ogni nostra attività, qualcosa di diverso dal semplice "curare". Già prima della pandemia il sistema sanitario tentava di allineare i bisogni dei pazienti anziani ai costi ingenerati dalle loro cure, costi tanto elevati da mettere in seria crisi lo stesso concetto di welfare, come lo intendiamo nel nostro Continente. Tale problema di sostenibilità è determinato soprattutto dall'incremento progressivo della speranza di vita. La popolazione mondiale è costituita da 703 milioni di anziani (≥ 65 anni) dei quali 200 milioni distribuiti fra Europa e Nord America.

Tale numero raddoppierà in 30 anni, raggiungendo 1,5 miliardi nel 2050 (296 mln in Europa e Nord America).

Si tratta di una popolazione esposta ad una serie di problematiche, soprattutto per quanto riguarda comorbilità, autosufficienza e un graduale distanziamento sociale che finisce per influire pesantemente sulle

condizioni di vita dell'anziano, al punto da essere visto, più che come una risorsa, un peso per i sistemi sanitari.

La pandemia (che condiziona ancora i nostri stili di vita) ma anche altri eventi catastrofici, inoltre, acuiscono il distanziamento sociale dei fragili in generale, delle persone anziane in particolare.

E' innegabile che attorno a loro ruota un'economia, la **Silver Economy**, che secondo i dati dello studio della Commissione Europea realizzato dal Gruppo Technopolis e da Oxford Economics, genera consumi fino a 4.200 miliardi.

Basterebbe una riflessione allora per capire che la risorsa (si badi bene, non il problema) del mondo degli anziani dovrebbe essere valorizzata e curata in modo razionale, utilizzando tutte le conoscenze acquisite.

Il Covid ha "sdoganato" una serie di modalità di fare medicina: l'uso del telefono per spiegare al medico i sintomi, il consulto te-

lefonico, l'invio dei dati di pressione con un whatsapp fatto dal nipotino o dalla figlia. L'aspetto più consistente in questa vicenda sta nel fatto che il messaggio di utilizzare anche mezzi non tradizionali per comunicare i propri bisogni, viene direttamente dalle autorità sanitarie.

Insomma, vengono messi in pratica, per necessità, anche se in embrione, i principi e i metodi della telemedicina. Ciò significa che tali mezzi, assieme alla tecnologia digitale (sensori, smartphone, tablet, etc.) permettono di controllare la qualità di vita del paziente, sorvegliare l'attività fisica svolta e l'aderenza alle cure.

Si tratta dunque di creare sistemi di presa in carico e di assistenza che mettono il paziente al centro del processo e prevedono attorno a lui la presenza di team che intervengono con risposte calibrate alla necessità (la telefonata, la visita, la somministrazione a domicilio di un farmaco, il supporto psicologico).

Per modificare l'attuale scenario bisogna ri-creare il modello di assistenza avendo come obiettivi:

- La realizzazione di modelli assistenziali basati su tecnologie digitali, efficaci nella prevenzione di eventi e nell'identificazione precoce dell'evoluzione clinica di una cronicità, partendo dal discostamento dagli indicatori di benessere (mentale, fisico e sociale) e traducendo ciò in un bisogno, non necessariamente percepito dal paziente, che richiede interventi precoci e proporzionati
- Usare gli stessi strumenti tecnologici, non solo per prevenire gli eventi nella cronicità, ma anche per monitorare lo stile di vita che quando diventa sedentario induce il decadimento cognitivo e lo sviluppo di patologie
- Il modello assistenziale da mettere in campo (tecnologia e management clinico innovativo) deve essere tanto convincente da far percepire ai fruitori che l'impiego di tecnologie digitali nella cura dell'individuo costituisce una diversa modalità di fare l'assistenza e non è l'applicazione di un altro tipo di Medicina (quest'ultimo è uno dei tabù concettuali più resistenti).

Le soluzioni tecnologiche non sono sufficienti a risolvere la questione del distanziamento sociale. Inutile negare le problematiche legate all'uso, da parte di una persona anziana, delle moderne tecnologie di comunicazione. Dunque il processo richiede integrazione e soprattutto l'intervento delle Istituzioni per modificare i contesti



sociali e ambientali sui quali applicarle. Alcuni programmi hanno previsto che nel corso del periodo di co-abitazione, i giovani istruiscano gli anziani sull'uso di devices di comunicazione (Tablet, Smartphone, etc.) con l'uso di interfacce semplificate. Si tratta quindi, davanti a problemi come fragilità e invecchiamento, di mettere in campo modalità di approccio tanto diverse dall'attuale modello di assistenza da costituire un tipico esempio di innovazioni dirompenti. E' dunque nostra missione particolare il prendersi cura dell'anziano con pluripatologie e non autosufficiente, al contempo rivedere il nostro modus operandi per mantenere le nostre istituzioni al passo con i tempi. Questa la sfida da raccogliere.

Al Forum di Bologna sulla Non Autosufficienza l'intervento ARIS: "Urge mettere in campo modelli diversificati"



Paolo Moscioni, presidente Aris Marche

Avenire

02/02/2023

Un'alleanza nel nome del Samaritano

Prende il largo la Fondazione nata dalla collaborazione tra le realtà cattoliche attive in campo sanitario di Aris e in quello socio-assistenziale di Uneba

ENRICO NEGROTTI

Un'alleanza strategica per far crescere le attività degli enti sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali non profit di ispirazione cattolica con l'obiettivo di garantire le migliori cure possibile alle persone malate e fragili, secondo la missione loro affidata dal Papa e dalla comunità ecclesiale rappresentata dalla Conferenza episcopale italiana (Cei). Sono i compiti che si pone la Fondazione Samaritanus, frutto della collaborazione tra Associazione religiosa istituti socio-sanitari (Aris) e Unione nazionale istituzioni e iniziative di assistenza sociale (Uneba-Ets), con l'impulso e il sostegno dell'Ufficio nazionale per la Pastorale della salute della Cei, diretto da **don Massimo Angelelli**.

Nei giorni scorsi si è svolta ad Assisi la prima assemblea di indirizzo della Fondazione, in cui si è sottolineato il ruolo di servizio pubblico svolto dalle strutture sanitarie e socio-sanitarie degli enti cattolici. Anche il ministro della Salute, **Orazio Schillaci**, ha riconosciuto che esse «al fianco della sanità pubblica, anche durante l'emergenza sanitaria, hanno messo a disposizione personale e strutture, concretizzando quei principi di mutualità e di reciprocità che le ispirano. In questa prospettiva è importante continuare a collaborare, con il comune obiettivo di assicurare piena universalità delle cure».

Il neo presidente della Fondazione, **Enrico Bollero** (a lungo direttore generale del Policlinico universitario Tor Vergata a Roma), spiega: «Il nostro obiettivo è unificare il più possibile l'azione di Aris e Uneba nell'area dell'assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale. Vogliamo modernizzare la presenza di queste due associazioni, che hanno sempre operato bene, ma che in un mondo sanitario che va verso le concentrazioni è opportuno lavorino di più insieme, creando un collante, senza peraltro sostituirle». Bollero ricorda la consistenza e la qualità degli enti delle due associazioni: «Parliamo di almeno 100mila posti letto in Italia e di non me-

no di 150mila dipendenti, ed è una stima prudente». «Uno dei primi obiettivi di Fondazione Samaritanus - puntualizza - è che si ricordi che la sanità pubblica contiene anche il privato accreditato (e contrattualizzato) con criteri omogenei a quelli della sanità pubblica, e sottoposti a criteri stringenti. Il tutto rappresenta una garanzia di qualità per l'assistenza sanitaria e sociale fornita dagli enti associati ad Aris e Uneba». Senza dimenticare che «il non profit ha un valore importante nella sanità pubblica, perché garantisce che i risparmi prodotti vengono reinvestiti nell'attività sanitaria. Il che appare molto qualificante, per esempio, per gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico».

Aggiunge padre **Virginio Bebbber**, presidente di Aris: «La Fondazione opera secondo una visione olistica della sacralità della vita, in ogni momento e in ogni manifestazione di fragilità. Chiede il rispetto del diritto alla salute e la lotta contro la povertà e le discriminazioni». Ma intende anche «concorrere al miglioramento morale, materiale e sociale della condizione delle persone e delle famiglie che si trovano in difficoltà in relazione al loro stato fisico, psichico, sociale, ambientale ed economico», nonché «promuovere lo sviluppo degli enti non profit operanti in ambito sanitario, socio-sanitario, socio-assistenziale e socio-educativo».

«La prima criticità in campo sanitario oggi in Italia - sottolinea Bollero - è però la carenza di personale in alcuni settori, e in particolare in quello infermieristico». Di qui il primo impegno della Fondazione che è il Progetto Samaritanus Care (samaritanuscare.org), «finalizzato - continua Bollero - a mettere a disposizione gli infermieri delle strutture sanitarie che ne hanno bisogno. Si è cercato di trovare un meccanismo di reclutamento pensando alle scuole infermieristiche cattoliche nel mondo costruendo un percorso per sopperire alla carenza di infermieri».

Spiega **Francesco Facci**, segretario della Fondazione Samaritanus (nonché presidente di Uneba Veneto): «Già alcuni dei nostri enti, in virtù dei rapporti con le missioni, avevano sviluppato questa pratica, cercando di far venire in Italia personale qualificato nelle loro Scuole per infermieri». Ora la procedura diventa sempre più regola-

mentata, grazie alla Fondazione Samaritanus: «Stiamo gestendo in modo sempre più strutturato questo percorso che coinvolge molte pratiche in diversi ministeri: Salute, Lavoro, Interno, Esteri. Si parte dal fatto che gli infermieri formati dalle Scuole cattoliche per infermieri e iscritti all'albo nei loro Paesi, soprattutto in India, Africa centrale e America latina - spiega Facci -, devono far tradurre e autenticare il loro percorso formativo dall'ambasciata italiana. Devono essere poi esaminati dal nostro Ministero della Salute per avere il nulla osta a esercitare la professione in Italia: nella formazione devono aver svolto un certo numero di ore e avere certe competenze». Una volta approvato il loro curriculum, «potranno venire in Italia con i visti che li autorizzano a lavorare in vista della loro iscrizione agli Ordini delle professioni infermieristiche del

nostro Paese». Da parte loro, «gli enti di Aris e Uneba che ne hanno richiesto l'impiego cureranno tramite la Fondazione Samaritanus il loro inserimento lavorativo, che prevede innanzitutto corsi di lingua italiana per coloro che non la conoscessero». La Fondazione quindi rappresenta «un binario per tutto il percorso, con un bollino di qualità su tutta la filiera», chiarisce Facci. E conclude: «Il tutto rappresenta una sorta di Erasmus per queste persone, che possono fare un'esperienza triennale che accresce il loro valore professionale, da spendere ancora nel loro Paese, se lo vorranno».

In sintesi

1

Fondazione Samaritanus nasce con l'obiettivo di coordinare la presenza e l'operato delle realtà sanitarie che si richiamano ad Aris e di quelle assistenziali legate a Uneba, con l'impulso della Cei

2

Prende forma il primo impegno della Fondazione: il progetto Samaritanus Care, che nasce per creare un legame con scuole cattoliche per infermieri in Africa, America Latina e India

02/02/2023

PARTE DI UN SISTEMA INTEGRATO

La Sanità cattolica è servizio pubblico

ASSISI – “Concretizzare i principi di universalità, equità e uguaglianza che contraddistinguono il Servizio Sanitario Nazionale”. Così il ministro della Salute Orazio Schillaci (nella foto), in collegamento con l'Istituto Serafico di Assisi, è intervenuto aprendo i lavori della prima Assemblea di indirizzo della Fondazione Samaritanus, nata dalla collaborazione tra Aris (Associazione Religiosa Istituti Socio-sanitari) e Uneba (Unione Nazionale Istituzioni e Iniziative di Assistenza Sociale) con l'obiettivo di trovare un punto di convergenza tra le realtà sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali cattoliche e di ispirazione cristiana. Il Ministro ha poi fatto riferimento

all'importanza della presenza di realtà cattoliche da sempre al fianco della sanità pubblica che “anche durante l'emergenza sanitaria hanno messo a disposizione le proprie strutture, concretizzando quei principi di mutualità e di reciprocità che le ispirano. In questa prospettiva – ha aggiunto – è importante continuare a collaborare, con il comune obiettivo di assicurare piena universalità delle cure”.

Dello stesso tenore anche le parole di monsignor Domenico Sorrentino, vescovo di Assisi-Nocera Umbra-Gualdo Tadino e Foligno: “La sanità italiana deve essere fondata sul principio di equità – ha spiegato il presule –. Equità nei confronti del cittadino che ha il diritto di

poter accedere alle cure di cui ha bisogno ed equità nei confronti di chi si prende cura di lui, sia esso soggetto di diritto pubblico o soggetto di diritto privato accreditato”. Don Massimo Angelelli, direttore dell'Ufficio per la Pastorale della Salute della Conferenza Episcopale Italiana, ha poi commentato il messaggio del Pontefice, pubblicato in occasione della prossima Giornata mondiale del malato, che ha riaffermato l'importanza delle istituzioni sanitarie cattoliche e il loro impegno nel custodire e curare le persone.

Nel corso del dibattito è stato affrontato il tema dell'emergenza costituita dalla mancanza di personale infermieristico nelle corsie ospedaliere. Secondo i recenti dati

resi noti Fnopi (Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche), in Italia mancano circa 65mila infermieri. I corsi universitari per le professioni sanitarie sono divenuti meno attraenti e restano ancora a numero chiuso. Uno dei primi passi della neonata Fondazione sarà il Progetto “Samaritanus Care”, che ha come obiettivo la chiamata a livello internazionale di infermieri laureati provenienti da università cattoliche sparse nel mondo.



IL TIRRENO

02/02/2023

Stella Maris cerca due figure per i bilanci e la biblioteca

Ecco le posizioni aperte e come candidarsi

Calambrone L'Irccs Fondazione Stella Maris cerca «con urgenza» due figure da assumere a tempo determinato per la direzione scientifica: si tratta rispettivamente di un collaboratore amministrativo a tempo pieno per la gestione dei bilanci relativi alla ricerca e dei bandi del Pnrr e di un impiegato amministrativo a tempo pieno per le attività della biblioteca scientifica dell'Irccs.

Per la posizione di collaboratore amministrativo offre un contratto a tempo determinato, livello D, a tempo pieno (36 ore a settimana) per 12 mesi. Il collaboratore dovrà predisporre i bilanci relativi alla ricerca e partecipare all'informatizzazione dell'istituzione.

Sarà anche responsabile di supportare la rendicontazione dei progetti di ricerca e di mantenere rapporti con i partner dei progetti. Scadenza: ore 12 del 10 febbraio.

Per la posizione di impiegato amministrativo per le attività della biblioteca scientifica si offre un contratto a tempo determinato, livello C, a tempo pieno (36 ore a settimana) per 12 mesi (fino al 28 febbraio 2024).

«L'impiegato sarà incaricato di gestire il servizio di prestito e restituzione – si legge in una nota -, facilitare l'attività dei ricercatori sul sistema Bibliosan, catalogo Acnp e servizio Nilde; supportare il servizio di Bibliometria per l'analisi e valoriz-

zazione della produttività scientifica, facilitare l'accesso ai sistemi bibliografici e di collaborare ai corsi di formazione dei ricercatori. Scadenza: ore 12 del 10 febbraio.

Per entrambe le posizioni il trattamento economico e giuridico verrà stabilito dalle norme vigenti, nonché dal contratto collettivo nazionale del lavoro in vigore per il personale non medico dipendente dalle strutture sanitarie associate all'Aiop e all'Aris.

La Fondazione Stella Maris è una struttura ospedaliera privata interamente dedicata alla cura, alla ricerca e alla formazione nel campo della neuropsichiatria infantile.

Situato in località Calambrone, frazione del comune di Pisa, è riconosciuto come istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (Irccs) dal 1973. ●



La sede della Fondazione Stella Maris: le due figure verranno assunte a tempo determinato

LA STAMPA

lo ha fatto solo il 15% è riuscito comunque ad avere il rimborso.

Ma anche le cure non sono uguali per tutti. «Solo due pazienti ultrasessantenni su 10 ricevono i trattamenti oncologici migliori, mentre sotto i 50 anni sono otto su dieci», afferma il professor Francesco Cognetti, direttore di Oncologia al Regina Elena

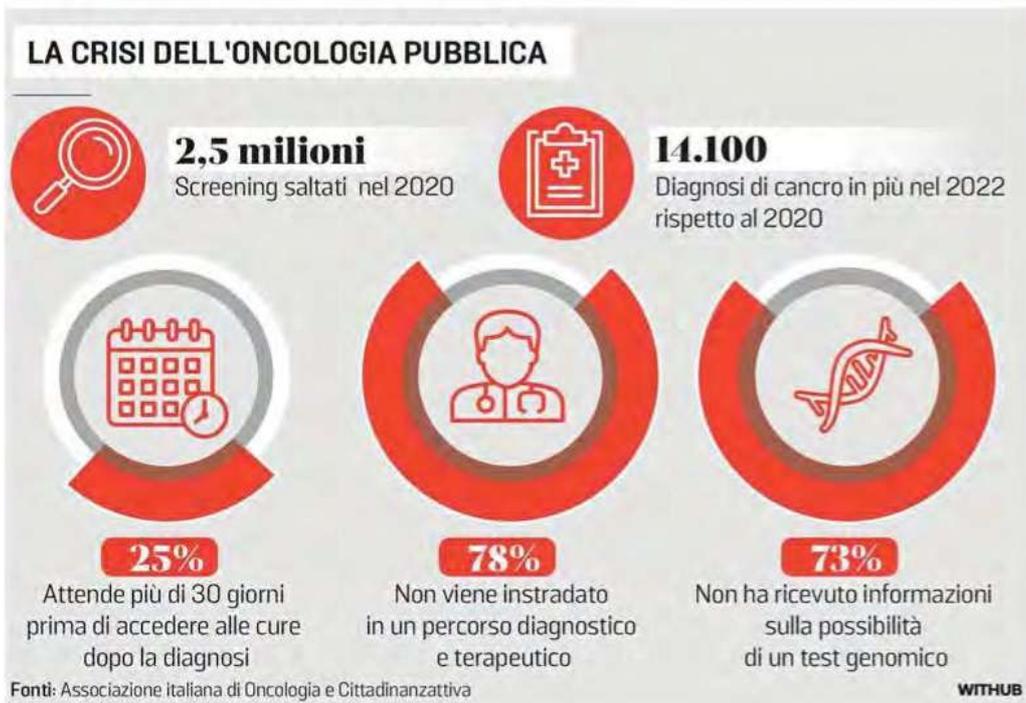
di Roma.

Ieri la Camera ha approvato all'unanimità una mozione che fissa 28 obiettivi per migliorare il contrasto al cancro. «Sono una nostra priorità» ha ribadito il ministro della Salute, Orazio Schillaci, ricordando che il 40% dei casi e il 50% delle morti «possono essere evitati intervenendo su fattori di rischio prevenibili».

li». Gli stili di vita, senz'altro, ma anche quel muro delle liste d'attesa che nessun governo è riuscito fino ad oggi ad abbattere. —

Il ministro Schillaci ha fissato 28 obiettivi per migliorare stili di vita e prevenzione

Lo scorso anno sono stati 14.100 i carcinomi in più rispetto al 2020



Così su La Stampa



Ieri su *La Stampa* è apparso il racconto di Flavia Amabile sul suo intervento d'urgenza al colon effettuato nel privato



LE STORIE

Angela in cerca di un gastroenterologo in Basilicata “Sei mesi per visita ed ecografia costretta a rivolgermi al privato”

ELISAFORTE

S tai male, sei lucana e vuoi curarti? Paga o emigra. Dopo settimane di sofferenza a causa di malanni che non se ne vogliono andare, l'unica strada è stata quella di mettere mano al portafogli. Angela C., 76 anni, vive a Francavilla sul Sinni (Potenza). È diabetica e ogni volta che deve rivolgersi al sistema sanitario della Basilicata trema al pensiero delle peripezie che l'attendono.

Mal di pancia, inappetenza grave, astenia, dolori: il medico le prescrive una visita gastroenterologica e un'ecografia. «Per la prenotazione c'è da armarsi di santa pazienza. A volte, quando ti rispondono dal centralino sei la ventesima

in attesa e prima che l'operatore prenda in carico la richiesta cade la linea – spiega Angela –. Prima di sei mesi non c'erano posti liberi: sono stata costretta a recarmi in un ambulatorio privato». La cura non porta benefici, anzi la salute peggiora: finisce per 14 ore al pronto soccorso di Policoro: è un'estenuante giornata di attese, tra un esame e una visita che i sanitari riescono difficilmente a organizzare visti gli impegni.

«Torno a casa con la prescrizione della colonscopia e si riapre la caccia all'appuntamento: l'attesa è di un anno». Nulla da fare in Basilicata. La colonscopia, alla fine, è stata eseguita nell'Ospedale dell'Immacolata di Sapri (Salerno). Dunque, se non vuoi (o non puoi) pagare non ti resta che fare la

migrante sanitaria. Non è finita: ha dovuto prenotare l'angiogramma. Dal Cup della Basilicata che permette di prenotare le prestazioni in tutte le strutture sanitarie regionali, le è stato detto: c'è posto a partire da gennaio 2024. Benvenuti in Basilicata. Tocca di nuovo o pagare o emigrare in Puglia o in Campania. Se va bene. —

“Alla fine sono andata in un'altra regione se non vuoi pagare l'unica è migrare”

Silvia e le telefonate per un controllo in Lombardia

“Il primo oculista libero era nel 2024 dopo cento chiamate ho anticipato”

FRANCESCA DEL VECCHIO

«H o aspettato sei mesi per una visita oculistica.

Se avessi scelto il privato avrei potuto farla dopo tre giorni». La storia di Silvia Lanza, 52 anni, non è diversa da quella di tanti altri lombardi che si mettono in coda per mesi – e in certi casi per anni – per un esame o per una visita specialistica. Alcuni sono raccontati di attese infinite per prestazioni urgenti.

«Avevo bisogno di controllo per un sospetto di secchezza oculare. Il medico voleva

approfondire», spiega Silvia. La richiesta risale al giugno scorso quando ha chiamato il centro prenotazioni dell'Ovest Milanese (Legnano, Magenta, Abbiategrasso e Cuggiono). «La prima data era nel 2024. Inizialmente avevo accettato per non perdere quella possibilità». Ma Silvia racconta anche di aver ricevuto la proposta di effettuare la visita entro pochi giorni «con tariffa agevolata presso una struttura pubblica» oppure privatamente. «Avrò fatto cento telefonate». Richiamando il centro regionale è riuscita a ottenere un nuovo appuntamento, «all'Ospedale San Paolo di Milano, dopo sei mesi. E se avessi avuto un problema

più serio?», si sfoga. «Ci prendono in giro: parlano delle liste d'attesa solo ora che c'è la campagna per le regionali».

Come Silvia molte persone raccontano esperienze simili. Giulia Martelli, 39 anni di Robbiano sul Naviglio, provincia di Milano, è stata costretta a rivolgersi al privato spendendo 150 euro per un controllo endocrinologico: «Il mio medico mi aveva prescritto una visita urgente. La prima disponibilità era dopo tre mesi. Ho pagato un privato. Cosa dovevo fare?». —

“Mi hanno proposto un incontro subito con tariffa agevolata o privatamente”



L'ONDA LUNGA DEL COVID

Sanità povera e liste d'attesa: "Uno su tre fa la polizza privata"

► RONCHETTI A PAG. 15



IL DOSSIER

Sanità, ritardi di liste d'attesa: "1 su 3 fa la polizza privata"

FUGA DAGLI OSPEDALI Il 30% degli italiani ricorre alle assicurazioni per dribblare i tempi del pubblico e passare ai convenzionati. Affare per le compagnie: +15%

» **Natascia Ronchetti**

In Calabria nel primo semestre del 2019 le prime visite specialistiche erogate dal servizio sanitario pubblico furono poco più di 332 mila, nello stesso periodo del 2022 erano scese a 211.715 (-36,23%). In fondo si potrebbe pensare a una eccezione, date le condizioni della disastrosa (e commissariata) sanità calabrese. Ma non è affatto così. Le lunghe liste d'attesa, aumentate a dismisura con la pandemia, stanno affossando la sanità pubblica italiana. E praticamente nessuna Regione riesce a sottrarsi all'agonia. Al netto della Toscana - cioè l'unica che nei primi sei mesi dello scorso anno è riuscita ad aumentare lievemente le prestazioni di specialistica ambulatoriale, recuperan-

do un po' di terreno rispetto al 2019, prima dell'ondata pandemica - ovunque si assiste a un crollo (dati Agenas, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali).

UN DATO al ribasso che è abissale nella provincia di Bolzano (-46,03%), in Valle d'Aosta e Molise (siamo oltre il 27%). Ed è comunque rilevante in regioni che si sono conquistate i galloni di eccellenze sanitarie e che ora, invece, mostrano tragicamente la corda. Parliamo di Lombardia, (-11,12%), Emilia-Romagna (-12,26), Veneto (-13,07). E allora chi può si rifugia nella stipula di una polizza assicurativa sanitaria, per garantirsi la copertura delle spese mediche in una clinica o in un poliambulatorio privati. Non solo per una visita specialistica. Ma anche per un costoso esame diagnostico o per un intervento chirurgico. E infatti, in corsa da alcuni anni nel ramo salute, le compagnie di assicurazioni stanno facendo ottimi affari: la raccolta premi - vale a dire l'ammontare di quanto gli italiani pagano per assicurare la loro salute - è in aumento da

bulatorio privati. Non solo per una visita specialistica. Ma anche per un costoso esame diagnostico o per un intervento chirurgico. E infatti, in corsa da alcuni anni nel ramo salute, le compagnie di assicurazioni stanno facendo ottimi affari: la raccolta premi - vale a dire l'ammontare di quanto gli italiani pagano per assicurare la loro salute - è in aumento da



anni. Dopo un 2021 nel quale ha raggiunto i 3,3 miliardi (con una crescita media annua dal 2017 del 4,7%, ben superiore alla media totale del settore) nei primi nove mesi del 2022 hanno totalizzato 2,6 miliardi. E questa volta il balzo è stato del 15% rispetto all'analogo periodo del 2021. In pratica, come emerge da una recentissima ricerca dell'Osservatorio sanità di Unisalute (gruppo Unipol) il 30% degli italiani possiede già una polizza sanitaria, sia essa collettiva (cioè prevista dal contratto di lavoro) o individuale. Mentre la stragrande maggioranza di chi la stipula individualmente - il 43% - ripiega su questa forma di tutela, sempre secondo l'Osservatorio di Unisalute, come *exit strategy* al dramma

delle interminabili liste d'attesa nella sanità pubblica. Del resto (la fonte è sempre Agenas) in due grandi aree di intervento - quella cardiovascolare e quella dei tumori maligni - il termine dei 30 giorni per l'erogazione della prestazione non è quasi mai rispettato in nessuna regione. La compagnia del gruppo Unipol in soli tre anni ha portato i propri clienti da 8,6 milioni a 11, per una raccolta pari a 519 milioni. Ed è in crescita un altro colosso delle assicurazioni, Intesa Sanpaolo Assicura Rbm salute, che ormai controlla una quota di mercato pari al 15%, con 400 milioni di raccolta. La domanda si sposta sempre di più verso il rimborso delle spese mediche, che costituiscono il 60,3% dei premi, con un au-

mento di quasi il 30% proprio tra le polizze individuali. Le prestazioni più richieste? La copertura per gli interventi chirurgici, le visite specialistiche, la prevenzione o la fisioterapia. Va detto però che quanto pagano gli italiani per salvaguardare in una struttura sanitaria privata la loro salute è solo in parte direttamente correlabile ai ritardi e alle inefficienze della sanità pubblica nelle varie aree del Paese.

A FARE davvero la differenza sono le condizioni economi-

che dei vari territori. Si spiega così il grande divario tra Nord e Sud nella spesa sanitaria privata pro capite, che è più alta nelle regioni del Settentrione (più ricche) e si dimezza in quelle del Mezzogiorno (più povere). In Lombardia supera i 700 euro, in Emilia-Romagna arriva a 656, in Veneto a 646. Agli ultimi posti invece troviamo la Sicilia (301), la Campania (298), la Calabria (281) e la Basilicata (274).

Cresce la spesa al Nord
Dai lombardi 700 euro a testa per gli screening
In Calabria si "investono" meno di 300 € a persona

I NUMERI

2,6

MILIARDI DI EURO

L'importo dei premi raccolti dalle compagnie nei primi mesi del 2022.

43%

POLIZZE INDIVIDUALI

Secondo Unisalute quasi un assicurato su 2 vuole evitare le liste d'attesa

30

GIORNI DI ATTESA

Per tumori e patologie cardiache l'attesa prevista è di un mese, termine quasi mai rispettato



IL CROLLO DELLE VISITE SPECIALISTICHE NELLA SANITÀ PUBBLICA

(Primo semestre 2019 - primo semestre 2022)



Fonte: Agenas



ANTIVIRUS



LE SCATOLE VUOTE DELLA SANITÀ

*** IL TERMINE** “scatola vuota” traduce un “organismo privo di compiti e poteri reali, società che non esercita un’effettiva attività economica”. Purtroppo di scatole, anche esteticamente molto belle, ma contenenti il nulla, ne abbiamo viste tante, prodotte anche nel Sistema Nazionale Sanitario. La moda che si è affermata è di vestire con la nuova tecnologia spesso il nulla. Il Fascicolo Sanitario, presentato come lo strumento che desse la possibilità di consultare ogni proprio dato sanitario, quasi in tempo reale, è una di queste. Cosa può esserci di più utile di non conservare un mare di carte e avere tutto con sé? Ricevere online le ricette del proprio medico? Meraviglioso. Peccato che è stato attivato dalle Regioni con software differenti, spesso non

dialoganti fra loro. E così accade che se ci si reca a eseguire un’indagine diagnostica in una Regione differente dalla propria, spesso i risultati non risultano presenti nel proprio “contenitore”. In qualche caso, addirittura, il servizio è stato presentato e mai attivato. Persino nelle regioni nelle quali il Fascicolo Sanitario sembra funzionante, non è così, perché, per motivi che non ci è dovuto conoscere, alcune prestazioni non compaiono. Vogliamo parlare della app Immuni? Attivata a giugno 2020, avrebbe dovuto tracciare i positivi ma, in realtà, ha solo creato confusione. L’ex ministro Speranza sul suo profilo Fb invitava a “scaricare l’app Immuni, può aiutare tutti noi a contrastare l’epidemia”. Il 31 dicembre scorso è stata disattivata, praticamente inutilizzata. Un ul-

timo esempio sono alcuni ospedali Covid, costruiti con grande impegno economico, ma rimasti inattivi per mancanza di personale. È assolutamente necessario che questo non crei nuove scatole vuote. Il rischio, purtroppo, c’è. Per esempio, uno dei progetti finanziati sono le Case di Comunità, sicuramente una soluzione per una medicina di territorio agonizzante. In qualche regione prossima alle elezioni (coincidenza!) si sono già tenute inaugurazioni con vasta eco mediatica. Le nuove strutture a oggi sono funzionanti con orario ridotto per mancanza di personale.

MARIA RITA GISMONDO

*direttore microbiologia clinica
e virologia del “Sacco” di Milano*



Oggi primo sì alla legge che può aumentare i divari con il Centro Sud

Autonomia, più fondi per il Nord con la ripartizione Irpef alle Regioni

Andrea Bassi

Per l'autonomia arriva il d-day. Il giorno del sì. La legge "quadro" che darà il via alla devoluzione di competenze e risorse alle più ricche Regioni del Nord sta per partire. Un processo che porterà a cedere al Veneto e alla Lombardia ben 23 competenze che oggi appartengono allo Sta-

to. Così lo Stato dovrebbe rinunciare a una certa percentuale dell'Irpef a favore delle due Regioni.

Alle pag. 4 e 5
Bulleri a pag. 5



La riforma della discordia

Autonomia, caos fondi Soldi extra per il Nord con l'Irpef alle Regioni

►Oggi arriva il primo sì alla devoluzione ►Il piano per dirottare sui propri territori
Ecco le richieste di Veneto e Lombardia il gettito delle tasse oggi gestito dallo Stat

IL CASO

ROMA Per l'autonomia arriva il d-day. Il giorno del sì. La legge "quadro" che darà il via alla devoluzione di competenze e risorse alle più ricche Regioni del Nord sta per partire. Un proces-

so che porterà a cedere al Veneto e alla Lombardia ben 23 competenze che oggi appartengono allo Stato. Il testo rimane controverso ed è ancora oggetto di trattative all'interno della maggio-

ranza e dopo l'approvazione in cdm dovrà essere esaminato in Conferenza unificata. Ma per le Regioni del Nord, che nel 2017 hanno proclamato i referendum autonomisti con il dichiarato in-



tento di tenere sui propri territori il gettito delle tasse pagate dai propri cittadini, l'obiettivo rimane comunque a un passo. Secondo le loro stesse stime, veneti e lombardi verserebbero ogni anno allo Stato centrale 83 miliardi di tasse in più rispetto a quanto ritorna nelle due Regioni sotto forma di "spesa dello Stato". Conti più volte contestati, perché non tengono conto della spesa per le pensioni (quella per il Nord è più alta rispetto al Sud, e l'eventuale riforma di quota 41 non farà che accentuare il divario) e degli interessi sul debito pubblico, come se questo non fosse comune a tutto il Paese. Ma tant'è. L'obiettivo finale di sottrarre soldi allo Stato centrale e trattenerli in Veneto e Lombardia era stato certificato nelle pre-intese del 2019 negoziate dalle due regioni. Cosa sarebbe andato esattamente a Veneto e Lombardia? Un pezzo dell'Irpef. Una compartecipazione al gettito maturato nel territorio o una riserva di aliquota che copra la spesa per le funzioni trasferite dallo Stato alle Regioni. Questo non è cambiato nemmeno con la legge quadro. Un esempio. Secondo i conteggi trasferire la gestione dell'istruzione, con il corollario di 200 mila insegnanti, a Veneto e Lombardia, comporterebbe un trasferimento di costi di 6 miliardi. Per compensare queste spese, lo Stato dovrebbe rinunciare a una certa percentuale dell'Irpef a favore delle due Regioni. Ma cosa accade, è la domanda, se negli anni il gettito dell'Irpef aumenta e la spesa per la scuola si riduce perché magari si riducono gli alunni, oppure resta stabile o aumenta a un rit-

ISTRUZIONE

mo inferiore a quello dell'Irpef? A chi andrebbe il gettito extra,

allo Stato o alla Regione? Nelle vecchie intese del 2019 la risposta era chiara: alla Regione. Un meccanismo che lascerebbe sui territori più ricchi del Paese sempre più risorse aumentando le distanze con chi invece è più indietro. E impoverendo lo Stato. La legge quadro che sarà approvata oggi cambia questa impostazione? Poco. Conferma le compartecipazione e le riserve di aliquota, ma inserisce come unico paletto il rispetto delle norme statali sulla copertura delle leggi di spesa: non posso trasferirti più di quanto spendi. Ma è un vincolo che può valere per il primo anno, poi il gettito e la spesa avranno un loro andamento. L'altra faccia della medaglia è come sarà determinata la spesa. Ovviamente più la quantificazione è alta, più risorse lo Stato dovrà trasferire alle Regioni. Veneto e Lombardia volevano partire usando il parametro della spesa storica, vantaggioso per loro. Ogni riferimento sulla spesa storica è stato cancellato dalla legge quadro. Ma il testo che arriverà oggi in consiglio dei ministri, prevede comunque che le procedure di quantificazione saranno «individuate dalle singole intese» dopo la determinazione dei Lep (i livelli essenziali dei servizi) e dei relativi costi e fabbisogni standard.

IL MECCANISMO

Funzionerebbe cioè così: ti dico il tipo di servizio che devi erogare (il Lep), quanto deve costare (il costo standard) e a quante risorse hai diritto per erogarlo (il fabbisogno standard). Un meccanismo simile a quello oggi applicato per la spesa sanitaria. In questo caso il "fabbisogno standard" è calcolato usando come parametro la popolazione e l'età. Il presupposto è che più anziani ci sono in una Regione, più

la spesa sanitaria è alta. In una delle bozze delle pre-intese di Veneto e Lombardia, invece, era addirittura previsto che per i fabbisogni standard dell'autonomia differenziata, il parametro avrebbe dovuto essere la «popolazione residente» e «il gettito dei tributi maturati nel territorio regionale in rapporto ai relativi valori nazionali». Tradotto: ho diritto a più soldi perché sono più ricco e pago più tasse. Anche qui val la pena porsi la domanda se la legge quadro è scritta in modo tale da fare in modo che un rischio del genere sia escluso da ogni tipo di trattativa. Difficile dirlo. «Le risorse umane, strumentali e finanziarie necessarie per l'esercizio da parte delle Regioni di ulteriori forme e condizioni di autonomia», spiega il testo, «sono determinate da una Commissione paritetica Stato-Regione, disciplinata dall'intesa». Il cuore dell'autonomia, la questione finanziaria, insomma, si discute fuori dalle aule parlamentari. Citare le vecchie pre-intese non è un esercizio di stile. La legge quadro dice che l'esame di quegli atti «prosegue». Come nel gioco dell'Oca si torna sempre alla casella di partenza.

Andrea Bassi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**DALLA LEGGE QUADRO
POCHE GARANZIE
CHE IL PROCESSO
NON AUMENTI
I DIVARI ALL'INTERNO
DEL PAESE**



L'intervista **Vito Bardi**

I dubbi degli amministratori



«Rischio di due Paesi Scuola e sanità fuori dalla riforma»

Il rischio di creare «due Italie», se materie come sanità e istruzione non verranno lasciate fuori dal perimetro dell'autonomia differenziata. E poi una raccomandazione al governo, di cui il suo partito (Forza Italia) è socio fondatore: «Pensare bene a quello che si fa, prima di procedere con la bozza Calderoli. E non lasciarsi guidare dalla fretta su un tema così delicato». Vito Bardi, già vicecomandante generale della Guardia di Finanza, guida la Regione Basilicata dal 2019. E nonostante la fedeltà al centrodestra, appartiene al fronte dei governatori più tiepidi sul progetto leghista oggi in Cdm.

Presidente Bardi, lei è un ex militare: che fa, sull'autonomia differenziata rompe le righe?

«Guardi, su una materia così delicata l'appartenenza all'uno o all'altro schieramento conta relativamente. Io parlo per me, ma credo di interpretare il pensiero di molti miei colleghi governatori del Sud:

a nessuno giova che si aumentino ancora di più le distanze tra Settentrione e Mezzogiorno. E comunque ci tengo a sottolineare un altro aspetto».

Prego.

«Forza Italia ha presentato una serie di osservazioni costruttive che mi sembra abbiano già contribuito a migliorare il primo te-

sto di Calderoli».

Ad esempio?

«Nell'ultima versione del testo è stato finalmente accantonato il riferimento alla spesa storica. Un principio che condanna le Regioni del Sud a essere penalizzate. Anche perché si tratta di un criterio legato alla popolazione: in Basilicata abbiamo meno di 600mila abitanti, saremmo condannati al sotto-finanziamento».

Eppure molte criticità rimangono, a sentire voi governatori. A cominciare dai Lep, i livelli essenziali delle prestazioni: condannati a restare una "scatola vuota" se non verranno finanziati.

«Sui Lep bisognerà lavorare ancora molto, prima di procedere con la riforma. Non basta definirli, come prevede la bozza, servono soprattutto le risorse per attuarli. Altrimenti il divario tra Nord e Sud continuerà a ingigantirsi. E non è una questione semplice da risolvere».

Che rischi vede, concretamente?

«Pensiamo alle infrastrutture: nelle Regioni del Sud, soprattutto quelle piccole come la Basilicata, spesso versano in condizione deficitaria. Prima di redistribuire le competenze su queste materie, bisogna colmare le differenze».

E su istruzione e sanità? Giusto includerle tra gli ambiti in cui la

golden share può passare in to-

to alle Regioni?

«Scuola e sanità dovrebbero restare fuori dall'autonomia differenziata. Si tratta di materie in cui solo lo Stato può dare adeguata garanzia di parità di trattamento a tutti i cittadini. Si rischia un'Italia spaccata in due. Anzi, si rischiano due Italie».

I sostenitori della riforma ribattono che la gestione degli ospedali è già in gran parte in capo alle regioni. Che cambierebbe?

«Beh, se passa il principio che ogni Regione può decidere gli stipendi dei propri medici, c'è il pericolo di assistere alla fuga dei sanitari al Nord, insieme a quella dei pazienti che peraltro già oggi pare inarrestabile».

Come se ne esce?

«Bisogna affrontare il problema nella sua interezza. Io preferisco parlare di autonomia temperata, da concedere solo su alcune materie selezionate e con verifiche periodiche sul raggiungimento degli obiettivi».

Eppure la Lega vuole accelerare. Lo fa per poter brandire un risultato agli elettori lombardi, tra qualche giorno andranno alle urne?

«(Ride) Questo lo ha detto lei... Ma è chiaro che quando si accelera, in modo anche eccessivo, una ragione c'è. Io ribadisco la mia opinione: prima di procedere, bisogna pensare bene a quello che si fa».

Andrea Bulleri





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

L'EVENTO Per svegliarci abbiamo una «Giornata»

Torna domenica l'appuntamento voluto dalla Chiesa italiana per non rassegnarsi a una cultura che mette sempre più in discussione la vita umana

MARINA CASINI

La Giornata per la Vita, che torna domenica, ha una storia lunga e gloriosa e nello stesso tempo ci proietta nell'avvenire. Per capirne l'importanza bisogna ricordare che è stata voluta dai Vescovi italiani dopo che in Italia fu approvata la legge sull'aborto per esprimere tutta la forza della non rassegnazione da parte della Chiesa italiana rispetto alla cultura dello scarto e per tenere sveglie le coscienze rispetto al possibile prevalere dell'assuefazione. Si legge infatti nella lettera indirizzata ai membri della Cei il 19 dicembre 1985 da parte del cardinale Ugo Poletti, allora presidente: «Scopo della Giornata è: proclamare il valore sacro della vita in tutto l'arco dell'esistenza, educare all'accoglienza della vita nascente, rafforzare l'impegno contro ogni tentativo di distruggerla, convocare per la preghiera al Dio della vita». La non rassegnazione da parte della Chiesa e la volontà di vincere l'assuefazione è evidente in questo passaggio del messaggio per la Giornata del 1984: «La Chiesa vuole stare dalla parte di tutti coloro che lottano contro ogni forma di violenza sull'uomo. Perciò non si rassegna e richiama la coscienza di ogni uomo a combattere anche quella particolare violenza che è la soppressione del nascituro» (dal messaggio del 1984 *Da adulti per la vita*). Fa eco, nel messaggio del 1985, l'affermazione secondo cui «Chiesa e cristiani non possono e non vogliono rassegnarsi». A fondamento di tutte le Giornate vi è un unico comune principio, che esige di non arrendersi alle crescenti aggressioni contro la vita umana: l'uomo, anche quello appena concepito, è sempre uomo, uno di noi, portatore di una dignità così grande da non poter essere misurata e quindi da non poter essere sottoposta a paragoni di quantità/qualità maggiore o minore. Certo, la Giornata è ecclesiale, non è del Movimento per la Vita perché è dell'intera Chiesa italiana,

ma il Movimento, presente in oltre 350 città e con oltre 7.000 volontari, da subito ha avvertito la responsabilità di esserci con iniziative e manifestazioni per testimoniare la meraviglia della vita umana, di partecipare, di animare, di stimolare, di mantenere la Giornata coerente con gli originari intendimenti, di rendere visibili i figli nella fase più giovane della loro esistenza, quando tutto sembra convergere contro di loro (anche l'annacquamento è un modo per distogliere l'attenzione dai figli non nati), di valorizzare tutti gli strumenti a servizio della vita nascente, per servire la vita nella Chiesa e nella società. È commovente sfogliare ogni numero di gennaio o febbraio del mensile *Sì alla Vita*, perché ci si imbatte nella tenace fiducia e nella convinzione che

la Giornata per la Vita sia un momento fondamentale non solo in sé - ci sono mamme che hanno deciso di proseguire la gravidanza perché le parole diffuse e ascoltate in occasione della Giornata hanno risvegliato in loro il coraggio dell'accoglienza - ma anche in quanto parte di un impegno disteso nel tempo e perciò occasione per valutare il lavoro svolto e progettare quello futuro. La Giornata offre l'opportunità di svegliare gli animi anche attraverso la preghiera; moltiplicare e coordinare iniziative di informazione e di formazione a favore della vita; promuovere Progetto Gemma, Sos Vita, la campagna "Cuore a cuore"; far conoscere l'esistenza e l'attività di Centri di Aiuto alla Vita e Case di Accoglienza; incrementare gli abbonamenti a *Sì alla Vita*; stimolare la creatività per mettere a punto iniziative di speranza; incentivare una mobilitazione generale a favore di una nuova cultura della vita. Il Movimento per la Vita c'è ed è a disposizione per collaborare, tendere una mano, dialogare perché siamo convinti che il "Vangelo della Vita" è di tutti e per tutti.

la Giornata per la Vita sia un momento fondamentale non solo in sé - ci sono mamme che hanno deciso di proseguire la gravidanza perché le parole diffuse e ascoltate in occasione della Giornata hanno risvegliato in loro il coraggio dell'accoglienza - ma anche in quanto parte di un impegno disteso nel tempo e perciò occasione per valutare il lavoro svolto e progettare quello futuro. La Giornata offre l'opportunità di svegliare gli animi anche attraverso la preghiera; moltiplicare e coordinare iniziative di informazione e di formazione a favore della vita; promuovere Progetto Gemma, Sos Vita, la campagna "Cuore a cuore"; far conoscere l'esistenza e l'attività di Centri di Aiuto alla Vita e Case di Accoglienza; incrementare gli abbonamenti a *Sì alla Vita*; stimolare la creatività per mettere a punto iniziative di speranza; incentivare una mobilitazione generale a favore di una nuova cultura della vita. Il Movimento per la Vita c'è ed è a disposizione per collaborare, tendere una mano, dialogare perché siamo convinti che il "Vangelo della Vita" è di tutti e per tutti.

la Giornata per la Vita sia un momento fondamentale non solo in sé - ci sono mamme che hanno deciso di proseguire la gravidanza perché le parole diffuse e ascoltate in occasione della Giornata hanno risvegliato in loro il coraggio dell'accoglienza - ma anche in quanto parte di un impegno disteso nel tempo e perciò occasione per valutare il lavoro svolto e progettare quello futuro. La Giornata offre l'opportunità di svegliare gli animi anche attraverso la preghiera; moltiplicare e coordinare iniziative di informazione e di formazione a favore della vita; promuovere Progetto Gemma, Sos Vita, la campagna "Cuore a cuore"; far conoscere l'esistenza e l'attività di Centri di Aiuto alla Vita e Case di Accoglienza; incrementare gli abbonamenti a *Sì alla Vita*; stimolare la creatività per mettere a punto iniziative di speranza; incentivare una mobilitazione generale a favore di una nuova cultura della vita. Il Movimento per la Vita c'è ed è a disposizione per collaborare, tendere una mano, dialogare perché siamo convinti che il "Vangelo della Vita" è di tutti e per tutti.

Presidente del Movimento per la Vita

© RIPRODUZIONE RISERVATA



IN FASE DI SPERIMENTAZIONE

In arrivo un vaccino contro la bronchiolite

DI MARTA OLIVERI

In arrivo un vaccino contro la bronchiolite? Dopo aver creato quelli contro la malattia di Covid-19, le Big Pharma americane Moderna e Pfizer e la britannica Gsk (GlaxoSmithKline) sono in corsa per un nuovo siero, secondo quanto ha riportato *Nature*: quello contro una malattia potenzialmente fatale provocata dal virus respiratorio sinciziale (Rsv), molto contagioso, principale causa della bronchiolite e della polmonite nei bambini di età inferiore a due anni, che si diffonde in epidemie annuali che si verificano ogni inverno. Il virus Rsv colpisce, in maniera pericolosa, anche le persone molto anziane.

I casi nei bambini sono aumentati vertiginosamente negli ultimi mesi, tanto che in Francia e in Italia nell'autunno appena passato era stato lanciato l'allarme: la bronchiolite a livello globale è la seconda causa di morte, dopo la malaria. È dal 1960 che si studia il vaccino, con diversi fallimenti. La Fondazione Bill & Melinda Gates, Gavi e Vaccine Alliance, stanno lavorando per migliorare l'accesso ai vaccini Rsv.

La società farmaceutica Moderna ha annunciato risultati promettenti da una sperimentazione di persone over 60, mentre Pfizer e Gsk hanno fatto sapere di aver ottenuto risultati simili di fase III per la stessa fascia d'età l'anno scorso e sono entrambe in attesa di approvazione normativa. Pfizer ha presentato domanda anche per somministrare il proprio vaccino durante la gravidanza dopo che i risultati hanno dimostrato che protegge i neonati contro l'Rsv.

© Riproduzione riservata ■

**Neonati a rischio**

SENZA RICERCA NON C'È FUTURO (NEPPURE PER I NEONATI)

La Neonatologia ha fatto passi
da gigante negli scorsi decenni
Esistono, tuttavia, tantissimi
problemi aperti tra i quali
spiccano i pochi progetti di studio
sui meccanismi fisiopatologici
e biologici delle malattie



di **Daniele De Luca***

I neonati sono il nostro futuro ma senza ricerca non c'è futuro per la Neonatologia. In un'epoca di natalità, in molti Paesi occidentali risulta ancora più importante garantire un'assistenza medica efficace ai neonati affetti da gravi malattie. La Neonatologia ha fatto passi da gigante negli scorsi decenni, segnatamente grazie all'introduzione del surfattante e dell'ossido nitrico inalatorio, e la mortalità neonatale è scesa a livelli mai toccati in precedenza. Tuttavia, esistono tantissimi problemi aperti: il numero di bambini nati prematuri non diminuisce e, anche tralasciando il problema della prematurità, non si contano le patologie neonatali che non dispongono di una terapia efficace. Il problema è multifattoriale, ma noi neonatologi per primi abbiamo le nostre responsabilità. Un esempio è lo scarso interesse verso temi di forte complessità, mentre altri che non impattano su mortalità e grandi *outcome* sono preferiti. Un altro è il gap in ricerca traslazionale: vi sono ormai pochi progetti di studio dei meccanismi fisiopatologici e biologici delle malattie che affrontiamo, necessari per poterle poi diagnosticare e trattare meglio. Abbiamo tralasciato collaborazioni interdisciplinari importanti pensando, a torto, che quello che accade nel mondo della terapia intensiva dell'adulto non fosse applicabile o almeno adattabile ai nostri pazienti. La complessità non può essere una scusante ed esistono



CORRIERE SALUTE

gli strumenti - mini o non invasivi - per poter studiare e chiarire in modo moderno i meccanismi delle malattie neonatali che ancora affliggono i nostri piccoli pazienti. Questo è stato il tema di un recente editoriale pubblicato sull'autorevole *American Journal of Physiology*. Abbiamo perso la spinta che dovremmo dare agli altri attori in questo settore, che comunque presenta anche altre criticità. Bisogna infatti riconoscere che troppe difficoltà esistono intorno alla ricerca neonatale, dalla scarsità di finanziamenti a procedure burocratiche che diventano lungaggini fini a sé stesse, a richieste di agenzie regolatorie che proteggono i pazienti dal rischio della ricerca ma non dal rischio della mancanza di innovazione. *Last but not least*, le industrie farmaceutiche, salvo qualche rara e onorevole eccezione, sono scarsamente interessate alla ricerca e sviluppo in neo-

natologia che rappresenta comunque un «mercato» minuscolo rispetto alla medicina dell'adulto. Tempo fa si calcolò in quasi trent'anni il tempo necessario per lo sviluppo clinico (nelle tre fasi classiche) di un farmaco per una determinata malattia neonatale. È chiaro che in queste condizioni fare innovazione in Neonatologia non è solo difficile ma anche inutile (per i medici e i pazienti) oltre che sconveniente (per le industrie). E per questo che è nata la «Lancet Commission for the future of Neonatology», che raccogliendo oltre 100 esperti in tutto il mondo vuole proporre soluzioni concrete che tocchino tutti i punti citati (e altri) per evitare che la neonatologia «muoia» e con essa la possibilità di migliorare l'assistenza ai neonati. Non vogliamo rassegnarci a pensare che si è fatto quel che si poteva e che si è raggiunto un plateau insuperabile per cui possiamo solo occuparci di «palliare» la tristezza di avere un neonato malato. Vogliamo evitare di curare tra vent'anni i neonati, come si faceva vent'anni fa. Il neonatologo è il primo medico della vita e questa, per quanto difficile, deve essere la sua prima missione.

**Presidente – European Society for Pediatric and Neonatal Intensive Care*





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

L'ESPERIENZA

L'Aids fa ancora tanta paura 500mila i «portatori» di Hiv

PAOLO M. ALFIERI

Se in Occidente l'infezione da Hiv, grazie alla disponibilità dei farmaci antiretrovirali, può considerarsi quasi alla stregua di una malattia cronica, nel Sud del mondo il virus fa ancora paura. Di più: la pandemia di Covid-19, oltre ad aver fatto diminuire la disponibilità di fondi per altre patologie, ha provocato un crollo del numero dei test per l'Hiv, mentre molti sieropositivi hanno potuto seguire in maniera molto meno costante le terapie. È così anche nella Repubblica democratica del Congo che accoglie Papa Francesco, un Paese in cui negli ultimi due decenni si sono sì registrati progressi nella lotta all'Aids, ma in cui ancora oggi solo tre province in tutto il Paese dispongono di attrezzature adeguate a misurare la carica virale dei pazienti. Un quarto dei bambini nati da madri sieropositive non ha inoltre avuto accesso alla profilassi pediatrica alla nascita e due terzi dei bambini sieropositivi non ricevono la cura con gli antiretrovirali.

«Sono sconvolta dal fatto che così tante vite si stiano ancora perdendo per niente - sottolinea la dottoressa Maria Mashako, coordinatrice medica di Medici senza frontiere in Congo - . Se potessi esprimere un solo desiderio, vorrei che tra vent'anni Msf non fosse ancora qui a curare un così alto numero di pazienti sieropositivi». Sono passati due decenni dall'apertura nella capitale Kinshasa, proprio da parte di Msf, del primo centro di cure gratuite per i pazienti affet-



La dottoressa Mashako

ti da Hiv. Ma le lacune per la cura e la prevenzione sono ancora enormi. Secondo gli ultimi dati di Unaid, nella Repubblica democratica del Congo più di 500mila persone vivono con l'Hiv e una su cinque non ha accesso alle cure; nel 2021,

l'Hiv/Aids ha causato 14mila morti e circa 20mila nuove infezioni.

Certo non si possono comunque negare i progressi. Nel 2002 essere sieropositivi in Congo equivaleva per molti a una condanna a morte: più di un milione di uomini, donne e bambini vivevano con l'Hiv. «Il costo delle cure era inaccessibile per la maggior parte dei pazienti. Nei primi mesi di attività del centro neanche Msf disponeva di questi farmaci e potevamo trattare solo sintomi e infezioni legate alla malattia», ricorda la dottoressa Mashako. Secondo i dati di Unaid, nei primi anni 2000 il virus uccideva tra le 50mila e le 200mila persone all'anno. «Non mi piace ripensare a quei tempi», racconta Clarisse Mawika, 60 anni, che ha scoperto di essere sieropositiva nel 1999. «Quando ho avuto l'esito del mio esame, ho pensato di dover preparare il mio funerale. La mia famiglia mi ha sostenuto inviandomi farmaci dall'Europa, ma a un certo punto non potevano più permetterseli, ho dovuto interrompere la cura per diversi mesi e le mie condizioni sono peggiorate. È stato allora che qualcuno mi ha parlato di Msf».

Nella struttura di Kinshasa, Msf ha ricevuto fin da subito un numero altissimo di pazienti, più di 21mila in 20 anni, tra cui circa 700 bambini ammessi al centro, con più di 15mila pazienti stabili, di

cui 2.129 bambini, seguiti dai servizi ambulatoriali. Per ampliare la portata delle cure, Msf ha poi sostenuto anche altri centri sanitari e ospedali, circa 30 strutture nella sola Kinshasa negli ultimi venti anni. Inoltre, l'organizzazione ha avviato un progetto pilota che ha permesso anche agli infermieri di prescrivere la cura e seguire i pazienti sieropositivi, considerando che venti anni fa solo pochi medici per provincia erano autorizzati a farlo. «Questo supporto medico era essenziale ma insufficiente, per questo abbiamo deciso di decongestio-

nare le strutture mediche e avvicinare le cure al paziente, collaborando con la rete nazionale delle associazioni di pazienti per creare postazioni per la distribuzione degli antiretrovirali (Podi) gestite direttamente dai pazienti» continua la dottoressa Mashako. Negli anni

l'accesso alle cure nel Paese è stato ampliato e il numero di nuove infezioni si è dimezzato. Tuttavia, il Congo continua a dipendere da donatori internazionali e la mancanza di fondi è in gran parte responsabile dell'assenza di test gratuiti, della formazione per gli operatori sanitari e della carenza cronica di medicinali e servizi sanitari.

L'impegno
di Medici
senza frontiere
che due
decenni fa aprì
il primo centro
di cure gratuite
a Kinshasa



Sperimentazioni cliniche da 750 milioni di € annui

Ogni anno in Italia si spendono 750 milioni di euro per la ricerca e le sperimentazioni cliniche, con una platea di oltre 40 mila pazienti coinvolti. Dal ministero della salute sono arrivati i decreti che permettono di adeguare il paese al regolamento europeo, scongiurando il rischio di bloccare un sistema che pone l'Italia come avanguardia mondiale. Sono alcuni degli spunti emersi ieri durante un incontro organizzato dalla Federazione dei cardiologi, oncologi e ematologi (Foce) dedicato ad approfondire le principali novità normative.

«Ringraziamo il ministro Schillaci per aver accolto l'appello dei clinici», afferma Francesco Cognetti, presidente Foce. «La comunità scientifica plaude alla piena implementazione nel nostro ordinamento del regolamento europeo, che consentirà alla ricerca italiana di restare ai vertici nel mondo. Nel 2019, nel nostro paese, sono state autorizzate 672 sperimentazioni, 516 profit e 156 no profit. E i due terzi interessano complessivamente proprio le neoplasie, le malattie ematologiche e cardiovascolari, che tra l'altro producono i due terzi della mortalità annuale. In questi mesi, abbiamo più volte sollecitato le istituzioni, facendo presente i rischi del mancato adeguamento al regolamento europeo. I primi segnali», spiega ancora Cognetti, «erano davvero preoccupanti. Da gennaio a ottobre 2022, sono state presentate 428 domande di avvio di studi (clinical trial application), di cui solo 87 hanno coinvolto l'Italia rispetto alle 142 della Francia, 132 della Spagna e 116 della Germania. In assenza dell'adeguamento normativo, è stato stimato un vero e proprio dimezzamento, cioè sarebbero stati persi circa 300 studi rispetto ai 672 del 2019, con gravi conseguenze per i pazienti e il 'sistema paese'. I decreti del ministro Schillaci», ha concluso il presidente Foce, «hanno scongiurato un danno serissimo ai circa 40mila pazienti italiani che trovano un beneficio dal trattamento precoce con farmaci e strategie innovative, oltre a portare vantaggio nella formazione di professionisti di altissimo livello».

— © Riproduzione riservata — ■



Sono quasi due milioni gli italiani che soffrono di una forma di declino cognitivo grave o lieve

Ma soltanto la metà oggi è assistita dai servizi di cura, il resto viene gestito a casa, senza punti di riferimento

Nel labirinto dell'Alzheimer

Quali percorsi seguire quando si sospetta la demenza in un familiare

di **Chiara Daina**

Perdere la via di casa, dimenticarsi di continuo le cose, non riconoscere un proprio caro, riporre gli oggetti nei posti più strani, avere difficoltà a trovare le parole, a comprendere i discorsi, a contare e fare le normali attività di tutti i giorni, arrabbiarsi senza motivo, trascurare l'igiene personale.

Sono i sintomi della demenza, malattia invisibile che stravolge la vita di chi ne soffre e di chi gli sta vicino. Caratterizzata da un deterioramento progressivo delle funzioni cerebrali, comporta un carico di disabilità enorme, che i servizi sanitari e il welfare devono urgentemente affrontare.

La malattia di Alzheimer ne rappresenta la forma più comune (il 60%-70% dei casi). L'Organizzazione mondiale della sanità stima in più di 55 milioni le persone affette da demenza. In Italia l'Istituto superiore di sanità ne calcola circa 1,1 milioni e altre 900 mila con un declino cogni-

tivo lieve, «che nel 40-50% dei casi dopo 5 anni vanno incontro a un disturbo di demenza» specifica Camillo Marra, direttore della Clinica della memoria dell'ospedale Gemelli di Roma e presidente della Società italiana di neurologia per le demenze. «Ma soltanto la metà dei pazienti oggi è seguita dai servizi di cura — dichiara Marra — il resto viene gestito a casa privo di una diagnosi e di un trattamento adeguato, per scarsa consapevolezza e mancanza di riferimenti clinici cui rivolgersi».

Un'epidemia dilagante, che nel 2030 riguarderà 1,6 milioni di italiani, per la quale l'assistenza pesa già direttamente o indirettamente su più di 3 milioni di familiari e che chiama le



Regioni a sfide non più rimandabili. Innanzitutto: «Costruire percorsi di cura sul territorio per accorciare i tempi della diagnosi, che arriva con un ritardo medio di due anni, e per favorire la presa in carico del paziente durante tutto il decorso della malattia, evitando il fai da te — sottolinea Nicola Vanacore, responsabile dell'Osservatorio demenze dell'Istituto superiore di sanità (Iss) —. Poi risolvere la drammatica carenza di personale. Degli oltre 400 Centri per i disturbi cognitivi e le demenze (la sigla è Cdcd, ndr) distribuiti lungo la Penisola un quarto è aperto solo un giorno a settimana».

Le famiglie non devono essere lasciate sole. «Il punto critico è la continuità dell'assistenza dai primi sintomi alle ultime fasi della vita — incalza Marco Trabucchi, presidente dell'Associazione italiana di psicogeriatría —. Non basta ricevere la diagnosi e fare visite di controllo ogni 3 o 6 mesi. Vanno garantite attività di riabilitazione cognitiva e motoria, assistenza domiciliare, supporto psicologico, servizi di chiamate notturne e nei giorni di festa per aiutare il caregiver a gestire i momenti difficili». Altra sfida: «Nonostante i tanti fallimenti della ricerca in questo campo, continuare a investire nella realizzazione di un farmaco che modifichi in maniera prolungata e significativa l'evoluzione della malattia» esorta Trabucchi.

Intercettare il prima possibile

«È decisivo intercettare il disturbo cognitivo prima della comparsa conclamata dei sintomi che determinano una compromissione nella vita quotidiana — raccomanda Marra —. Le terapie farmacologiche a disposizione se usate precocemente riducono i sintomi nei primi anni, e da quelle di prossima uscita ci si aspetta che cambieranno il decorso della malattia. Se si identificano in anticipo i pazienti si può, inoltre, intervenire sui fattori di rischio legati allo stile di vita, quali fumo, abuso di alcol, diabete, depressione, ipertensione, obesità, problemi all'udito, sedentarietà e bassa scolarità, che insieme pesano per il 40%, rallentando ulteriormente la progressione della demenza nei soggetti già affetti e abbassandone l'incidenza di quasi il 20% in quelli a rischio.

«I segnali precoci di allarme da non sottovalutare sono — ricorda Marra — sono apatia e riduzione degli interessi, ritiro domestico e sociale, impoverimento del linguaggio, difficoltà a ri-

cordare i fatti recenti. Possono esordire già intorno ai 50 anni ma la fascia di popolazione più colpita è quella tra i 65 e gli 85 anni».

Le risorse sul territorio

Quando si perde lucidità e brillantezza mentale e subentra un calo dell'umore, prosegue il neurologo del Gemelli, «bisogna rivolgersi al proprio medico di medicina generale, che per prima cosa dovrà escludere la presenza di patologie internistiche, come disfunzione della tiroide, alterazioni ematiche, metaboliche ed endocrinologiche, prescrivendo degli esami del sangue, oppure altre cause, come tumore, ictus ed ematomi, attraverso un esame neuroradiologico, e problemi di pressione con un semplice elettrocardiogramma. Per riconoscere i disturbi della demenza è fondamentale che somministri un breve test di screening del deterioramento cognitivo, che si chiama Gpcog».

«A questo punto, in assenza di altre malattie organiche, il medico dovrà inviare il paziente al Centro per i disturbi cognitivi e le demenze più vicino per un accertamento. Si prenota chiamando direttamente la struttura. A volte è richiesta l'impegnativa del medico di base e i non esenti pagano il ticket per la visita di accesso».

«Purtroppo la diagnosi dei sintomi nelle fasi molto precoci è ancora un'impresa — avverte lo specialista —. Nei Cdcd, infatti, spesso manca il

neuropsicologo, figura importante per individuare i segni preliminari, che coadiuva i medici». L'equipe ideale di un Cdcd dovrebbe includere «neurologo, geriatra, psichiatra, neuropsicologo, terapeuta occupazionale, educatore, logopedista e fisioterapia — chiarisce Vanacore —. Ma le Regioni non hanno mai stabilito criteri di accreditamento dei centri e oggi ci ritroviamo in molti casi con equipe inadeguate, formate da un solo medico specialista e carenti degli altri

professionisti». È altrettanto prioritario accedere a una diagnosi tempestiva dei sintomi quando sono evidenti e invalidanti. «Si arriva ancora tardi. In parte perché si pensa che la perdita di memoria sopra i 70 anni rientri nel normale invecchiamento, in parte per la tendenza a non prendere in considerazione il cambiamento per paura di offendere il genitore o il coniuge, e in parte a causa dei medici di famiglia, che possono sottostimare il quadro clinico e non essere



informati sulle procedure di screening e della corretta presa in carico» evidenzia Marra.

I servizi di cura

Nei Centri per i disturbi cognitivi e le demenze si fa la diagnosi e si pianifica l'intero percorso di cura. «Qui si dovrebbero organizzare anche cicli di riabilitazione fisica e cognitiva, con esercizi di memoria e orientamento, per il paziente e incontri di supporto psicoeducazionale rivolti al caregiver, per aiutarlo a relazionarsi con il malato» precisa Marra. Programmi riabilitativi sono forniti nei centri diurni dedicati alle demenze, inseriti all'interno delle Residenze sanitarie assistenziali (Rsa) o indipendenti. Nei casi di grave non autosufficienza e in mancanza di un aiuto a casa si può fare domanda per un posto nelle strutture sanitarie residenziali attrezzate per questi disturbi. I costi della retta sia nei centri diurni sia nelle Rsa sono in parte a carico dell'Asl, in parte dell'utente (in base all'Isee) e del Comune.

La mappa dei servizi per le demenze sul sito web dell'Iss è in corso di aggiornamento. «Abbiamo censito per ora 4.500 strutture, di cui 540 Ccd, 460 centri diurni e 3.500 Rsa per anziani. Verificheremo se il personale nelle Rsa è adeguatamente formato per l'assistenza delle demenze — informa Vanacore —. Un'evoluzione della residenzialità, già presente in alcune regioni, come Emilia Romagna e Veneto, sono i gruppi appartamento, dove i pazienti sono sorvegliati h24».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Help-line

«Pronto Alzheimer!» è la linea telefonica per avere consulenza e supporto gratuito, gestita da Federazione Alzheimer Italia. Risponde allo 02.809767, dalle 9 alle 18 da lunedì al venerdì, e offre la possibilità di confrontarsi con esperti e familiari. Rivolgendosi ai servizi sociali del Comune, invece, la famiglia può fare domanda per il Servizio di assistenza domiciliare (Sad) se la persona non è più autosufficiente. Un operatore, in base al bisogno, provvederà al malato. Si paga una tariffa a ore a seconda dell'Isee.

55

milioni le persone nel mondo affette da demenza. Ogni anno, si registrano quasi 10 milioni di nuovi casi (Fonte: Oms)

Che cosa andrebbe fatto

Definire veri e propri iter diagnostici, terapeutici e di presa in carico

Bisogna costruire percorsi di cura sul territorio per accorciare i tempi della diagnosi, che arriva con un ritardo medio di due anni, e per favorire la presa in carico del paziente durante tutto il decorso della malattia, evitando il fai da te. Poi risolvere la drammatica carenza di personale. Degli oltre 500 Centri per i disturbi cognitivi e le demenze distribuiti lungo la Penisola un quarto sono aperti solo un giorno a settimana.

Non basta ricevere la comunicazione e fare visite di controllo

Il punto critico è soprattutto la continuità dell'assistenza dai primi sintomi alle ultime fasi della vita. Non basta ricevere la diagnosi e fare visite di controllo ogni 3 o 6 mesi. Vanno garantite attività di riabilitazione cognitiva e motoria, assistenza domiciliare, supporto psicologico, servizi di chiamate notturne e nei giorni di festa per aiutare il caregiver a gestire i momenti difficili.

70-75

per cento delle demenze sono neurodegenerative. Nel 60-70% dei casi si tratta di malattia di Alzheimer



Prevenzione

Oltre un terzo
dei casi di tumore
evitabile con stili
di vita corretti

di Vera Martinella

10

Medicina

Funzionano le strategie anticancro

Oltre un terzo dei tumori non si
svilupparebbe a fronte di stili di vita corretti
tangibili per tenere lontano il rischio
di cancro nelle persone sane e il pericolo
di ricadute in chi si è già ammalato

di Vera Martinella

Secundo le stime più recenti un italiano su tre si ammalerà di cancro nel corso della sua vita e i casi nel nostro Paese sono in aumento: se ne sono registrati quasi 400 mila nel 2022 e la crescita, considerando che sono patologie più frequenti dopo i 65 anni, appare per lo più collegata all'invecchiamento generale della popo-

lazione. I numeri indicano anche che in Italia la mortalità è in calo (sono, comunque, oltre 180 mila i decessi annui) e che, in media, il 60% dei pazienti è ancora in vita cinque anni dopo la diagnosi.

E se, inevitabilmente, una diagnosi di tumore continua a fare paura, troppi ancora non conoscono o non mettono in pratica quelle poche buone ed efficaci regole per limitare le probabilità di ammalarsi.

«È ormai ampiamente dimostrato da numerosi studi condotti in tutto il mondo che un caso su tre è evitabile

— sottolinea Paolo Veronesi, presidente di Fondazione Umberto Veronesi, impegnata fin dalla sua nascita nel 2003 sul fronte della prevenzione oltre su quello del sostegno alla ri-



cerca scientifica—. Oltre un terzo dei tumori non si svilupperebbe a fronte di stili di vita corretti. Non fumare (o smettere con vantaggi concreti a ogni età), fare regolarmente attività fisica, seguire un'alimentazione equilibrata e non avere chili di troppo sono regole semplici, che hanno conseguenze tangibili per tenere lontano il rischio di cancro nelle persone sane e il pericolo di ricadute in chi si è già ammalato».

Gli specialisti lo ripetono da anni, ma il messaggio fa fatica a trasformarsi in impegno concreto. Anche per questo si celebra ogni anno il 4 febbraio la «Giornata mondiale contro il cancro» rivolta a governi, istituzioni, politici, cittadini, associazioni di pazienti, persone anziane e giovani con un unico obiettivo: unificare gli sforzi, facendo ognuno la propria parte, in modo tale da ridurre concretamente l'impatto che il cancro ha sulle nostre vite.

Lo slogan

«Close the care gap», ovvero eliminare le disparità nelle cure, è lo slogan scelto per l'edizione di quest'anno. «La Giornata, a livello internazionale, si focalizza sul potere della conoscenza e sull'eliminazione delle ineguaglianze — commenta Saverio Cinieri, presidente dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica (Aiom) —. Una corretta informazione può salvare la vita, ma anche se crescono costantemente le fila di nostri connazionali che si lasciano la malattia alle spalle, o che ci convivono per anni, ogni giorno circa mille italiani ricevono una diagnosi tumore.

Solo grazie alle prevenzioni, se ognuno di noi facesse attenzione, potrebbero essere 350 in meno».

La prevenzione

Gli ultimi dati 2021 raccolti dai sistemi PASSI e PASSI d'Argento, coordinati dall'Istituto Superiore di Sanità, indicano però che in Italia il 24% dei 18-69enni fuma e uno su quattro (22%) consuma più di un pacchetto di sigarette al giorno. Quasi un adul-

to su sei, poi, (ovvero il 16% dei cittadini, specie maschi, giovanissimi 18-24enni e residenti al Nord) fa un consumo di alcol a «maggior rischio» per la salute, per quantità o modalità di assunzione: l'8% per consumi episodici eccessivi (il cosiddetto binge drinking), un altro 8% per consumo alcolico esclusivamente o prevalentemente fuori pasto e il 2% per un consumo abituale elevato. La sedentarietà poi riguarda un terzo dei cittadini: è più frequente fra le donne, aumenta con l'età ed è più diffusa al Sud. Infine, più di quattro adulti su 10 risultano in eccesso ponderale (oltre il 32,5% è in sovrappeso e il 10,4% è obeso), con l'obesità che è

poco più frequente fra gli uomini e aumenta significativamente con l'età. «I dati sugli stili di vita errati sono diventati preoccupanti e dobbiamo invertire un'allarmante tendenza al peggioramento — aggiunge Cinieri —. Nel corso della vita circa un uomo su due e una donna su tre nel nostro Paese dovranno fare i conti con il cancro, che è oggi la seconda causa di morte dopo le malattie cardiovascolari. È indispensabile che le Istituzioni da un lato e i singoli cittadini dall'altro facciano ognuno la propria parte per prevenire l'insorgenza di un tumore».

E che cosa rispondere a chi è scettico sull'utilità di stili di vita sani e cita, ad esempio, le cronache più recenti con la scomparsa di calciatori giovani e «in forma» come Sinisa Mihajlovic e Gianluca Vialli? «Purtroppo i grandi numeri, le statistiche, sono percentuali valide e molto utili a livello scientifico, poi però ci sono i singoli casi, le persone, famose o meno — risponde Paolo Veronesi, che è anche direttore della Divisione di Senologia Chirurgica all'Istituto Europeo di Oncologia di Milano —. Vediamo ogni giorno pazienti non anziani, non tabagisti, non sovrappeso che purtroppo si ammalano. Non sempre l'insorgenza di una neoplasia è dovuta ad abi-



CORRIERE SALUTE

tudini scorrette, ma di certo sappiamo che il 30% e più dei casi è riconducibile a scelte che sono modificabili. L'esempio forse più chiaro è quello del tumore al polmone: 85 persone su 100 che si ammalano sono fumatori, attuali o ex».

La diagnosi precoce

Tra le buone pratiche da seguire, c'è poi un altro semplice accorgimento che salva la vita: sottoporsi a quei controlli che in Italia vengono offerti gratuitamente a chi è più a rischio di sviluppare un tumore e che, invece,

moltissimi connazionali rifiutano.

Mammografia per il cancro al seno, test per la ricerca del sangue occulto nelle feci per il colon retto, Pap test ed esame per il Papillomavirus (HPV test) per la cervice uterina, Tac spirale ai polmoni possono scoprire la presenza di lesioni precancerose (che non si sono ancora trasformate in forme maligne) o di un tumore agli stadi iniziali, quanto le terapie possono essere più semplici, meno invasive e aumentano le probabilità di guarigione definitiva. «Se le morti per cancro sono costantemente di-

minuite negli ultimi anni è merito sia delle nuove terapie che si sono rese disponibili grazie ai successi della ricerca scientifica, sia della diagnosi precoce — conclude Veronesi —: è fondamentale che le persone invitate agli screening non gettino la lettera nel cestino. Ed è importante, in caso di sintomi sospetti, parlare subito con un medico senza perdere tempo, che può essere molto prezioso».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

«Close the care gap», ovvero eliminare le disparità nelle cure, è lo slogan scelto per l'edizione di quest'anno della Giornata Mondiale contro il Cancro





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

È VITA

Mamme e bambini chi dà una mano?

Poggio nell'inserto centrale



Le mani di tutti per la vita nascente

In Piemonte diventa operativo il piano della Regione per il sostegno concreto alle maternità difficili: 400mila euro a 15 progetti locali con mamme e neonati

DANILO POGGIO

Latte in polvere, pannolini, tutine. Spese semplici e quotidiane che possono essere un grave problema per una donna che vuole diventare mamma ma che teme di non poterselo permettere economicamente. La Regione Piemonte, attraverso il fondo Vita Nascente, ha stanziato nei mesi scorsi 400mila euro per l'assegnazione di contributi a progetti presentati dalle associazioni per la tutela della maternità (accreditate dalle Asl) e finalizzati «al superamento delle cause socio-economiche che potrebbero indurre all'interruzione della gravidanza, ai sensi della legge 194». Malgrado le pesanti polemiche scaturite alla presentazione del bando da parte di alcune sigle femministe, la totalità delle risorse destinate è stata utilizzata, per un totale di 15 progetti finanziati sul territorio regionale: a ciascuna associazione stanno per arrivare circa 26.000 euro. I progetti, presentati da protagonisti del terzo settore attivi sul territorio da tempo, intercettano le reali esigenze delle donne, troppo spesso lasciate sole davanti a scelte difficili.

A Rivoli, per esempio, i fondi al Centro di aiuto alla vita saranno messi immediatamente a disposizione di chi ha bisogno. «È importante ribadire - puntualizza Claudio Larocca, presidente del Centro aiuto alla Vita di Rivoli e presidente della Federazione regionale - che non sono contributi alle associazioni ma risorse destinate esclusivamente al-





le spese di gestanti e neo-mamme in difficoltà. Noi siamo solo un tramite, tutto viene puntualmente rendicontato. Nel 2022 a Rivoli sono nati 32 bambini da mamme aiutate dall'associazione. Con questo progetto puntiamo a farci conoscere di più per arrivare a quei bisogno che non siamo ancora riusciti a intercettare. Bambini che non riceverebbero altri aiuti e che rischierebbero di non nascere».

Anche spostandosi a **Biella** le difficoltà restano le stesse, come spiega la presidente del Cav locale, Elena Caucino: «Molto spesso c'è alla base un problema economico, unito al dramma della solitudine. In tanti anni di volontariato mai nessuna donna è tornata da noi a lamentarsi per aver portato avanti la gravidanza. Anzi, spesso ci mandano altre donne che si trovano nella loro stessa situazione. E così, con il passaparola, continuiamo la nostra azione, sostenendole o anche ospitandole nella nostra casa di accoglienza mamma-bambino, dove sono al sicuro».

Nell'Alessandrino, ad **Acqui Terme**, con la cooperativa Crescere Insieme, le risorse regionali sosterranno il "Progetto Stella-Per aiutarti a scegliere la strada che fa per te". Inserito nel piano dell'Asl locale per la promozione della salute nei primi mille di giorni del bambino, prevede sostegni concreti per donne incinte e neo-mamme: «Da trent'anni, come cooperativa, operiamo sul territorio per aiutare i più fragili - dice Marianna Capelletto, referente del progetto - e ci sarebbe parso innaturale non aderire a questa possibilità. A partire dal concepimento, la donna deve essere posta sempre nelle condizioni di poter scegliere. Aiutandola nelle spese quotidiane, dal rimborso delle bollette o dell'affitto fino alle spese farmaceutiche, vogliamo contribuire a costruire una scelta libera di maternità».

Nel bando regionale, oltre ai 400.000 euro destinati alle associazioni, sono poi previsti ulteriori 60.000 euro per finanziare interventi dei servizi socio-assistenziali di Torino, Novara, Alessandria e Cuneo a supporto della segretezza del parto per le gestanti che abbiano deci-

so il non riconoscimento del nascituro. A **Torino**, ad esempio, il progetto presentato dai servizi sociali del Comune "Parto in anonimato, un diritto delle donne" garantisce la presa in carico della donna incinta in difficoltà, con un sostegno economico o anche offrendo una sistemazione per qualche tempo. Il budget è destinato a progetti individuali per un minimo di 4 casi e una durata di sei mesi (4 mesi pre-parto, 2 mesi post). In caso di non riconoscimento del nascituro da parte della donna, la Città di Torino si prenderà cura del neonato fino all'adozione definitiva. Il progetto comunale prevede anche una campagna di «sensibilizzazione e informazione sul diritto di ogni donna a essere inserita nei percorsi di tutela» durante la gravidanza e fino al parto.

«Quando il dibattito resta ideologico le polemiche sembrano inevitabili, ma quando si passa alla concretezza delle misure messe in campo prevalgono il buon senso e il pragmatismo - riflette l'assessore piemontese alle Politiche sociali Maurizio Marone -. Il bando a sostegno della maternità è stato pensato in un'ottica di servizio, rivolto alle associazioni che lavorano per la tutela della vita nascente e la difesa dei diritti delle donne».

A partire da domenica, in casuale coincidenza con la Giornata nazionale per la Vita, inizierà una campagna informativa, sui media tradizionali ma anche sui social, per far conoscere meglio i progetti di sostegno per le donne. Un modo concreto per diffondere la cultura della vita, contribuendo a porre un argine alla cultura della morte. «Abbiamo accolto con entusiasmo le richieste delle associazioni - conclude l'assessore - per allargare la conoscenza di tutte le possibilità che vengono messo in campo per aiutare le future mamme».



ANALISI

Tutti vogliono azzerare i tempi di attesa per i ricoveri. Anche l'esponente dem che è assessore da dieci anni...

Sanità, sport, emergenze Programmi (quasi) simili

In alcuni punti i piani dei tre candidati propongono soluzioni simili

PIETRO DE LEO

••• Oramai siamo arrivati alla curva finale per la corsa verso il Palazzo sulla Cristoforo Colombo, dove siederà il prossimo Presidente della Regione Lazio. 12 e 13 febbraio sempre più vicini e ultime sfide tra Francesco Rocca (candidato del centrodestra), Alessio D'Amato (centrosinistra) e Donatella Bianchi (Movimento 5 Stelle). Il Tempo ha ospitato un confronto l'altroieri, a Palazzo Wedekind. Domani sera, i tre sfidanti si ritroveranno negli studi di Sky Tg24, per un match trasmesso in diretta a partire dalle 20:30. Nel frattempo, tutti i programmi elettorali sono oramai pubblicati e, con un gesto rivoluzionario in una campagna elettorale dove non sono mancati gli scontri, abbiamo cercato di cogliere alcuni punti in comune. Certo, data l'ampiezza dei testi non sarà possibile elencarli tutti, ma un piccolo «campione» è possibile raccogliarlo. A partire da uno dei temi su cui maggiormente si sono creati attriti (soprattutto tra Rocca e D'Amato), cioè la sanità. Qui, tutti i candidati hanno

obiettivi comuni. Innanzitutto il potenziamento della medicina territoriale e dell'assistenza domiciliare, e poi l'implementazione tecnologica e digitale dei servizi. Soprattutto, al fine di affrontare una delle criticità che affliggono il sistema sanitario, ossia le liste di attesa. Di «azzeramento» scrive D'Amato. «Abbattimento» è l'obiettivo di Donatella Bianchi, mentre Rocca, nel suo testo, assicura: «Affronteremo subito la questione». In tutti e tre i programmi si evidenzia, per l'obiettivo, un ricorso all'informatizzazione. Per l'obiettivo, scrive D'Amato, «saremo aiutati anche dalla tecnologia». Su un «sistema di monitoraggio e controllo delle agende, dei servizi e delle prestazioni in termini di volume erogati dalle strutture pubbliche e private convenzionate» si sofferma Donatella Bianchi. Francesco Rocca, dal suo canto, mette in cantiere «l'informatizzazione nella gestione dei posti letto disponibili e la centralizzazione delle prenotazioni, delle prestazioni e della agende di tutte le strutture sanitarie». Altro punto in cui si trova una linea

pressoché comune è quello dell'impiantistica sportiva. Secondo D'Amato è necessario «migliorare e riqualificare le infrastrutture esistenti con contributi regionali a fondo perduto per l'efficientamento energetico, l'abbattimento delle barriere architettoniche, la messa in sicurezza degli impianti». Donatella Bianchi, nel suo programma, sottolinea l'obiettivo di «incentivare l'ammodernamento e la riqualificazione degli impianti pubblici esistenti, attraverso interventi di riconversione, completamento di impianti in disuso, adeguamento tecnologico, contenimento di consumi energetici». Rocca pone l'accento con la previsione di «interventi di carattere generale volti alla costruzione o alla ristrutturazione di nuovi impianti, favorendo concessione di crediti agevolati, anche di concerto con l'istituto di credito sportivo». Insomma sfumature (alcune molto sostanziali come i contributi a fondo perduto di D'Amato) ma un approccio molto simile. E poi c'è la Protezione Civile, ente dalla finalità indispensabile considerando anche le ri-

petute calamità che affliggono i territori. Il candidato del centrodestra Rocca propone: «Il ruolo dell'Agenzia della protezione civile va sostenuto e potenziato». Una linea che accomuna i tre candidati. D'Amato parla di «rafforzamento del personale della protezione civile regionale», mentre Donatella Bianchi di «implementazione di risorse umane e finanziarie in dotazione all'agenzia di protezione civile». Tutti e tre i candidati, poi, insistono sulla necessità di sviluppare la cultura della prevenzione.



PARLA ROCCA

L'ex presidente Cri elenca le priorità per rimediare a un buco di oltre 2 miliardi accumulato in un decennio

«Prevenzione disastrosa sulle malattie»

••• I dieci anni di governo regionale Zingaretti-D'Amato «consegnano una fotografia drammatica della sanità laziale, con particolare riguardo al delicato tema degli screening oncologici. Nel 2019, prima del Covid, gli screening mammografici raggiungevano circa il 42 per cento di copertura, valore di gran lunga inferiore rispetto a tutte le regioni del Nord e del Centro

Italia, collocandosi in 15ma posizione». A dichiararlo è il candidato del centrodestra alla presidenza della Regione Lazio, Francesco Rocca. La situazione non cambia se si analizza il caso di un'altra neoplasia «come quella del colon retto, gli screening si attestavano al 27 per cento, con il Lazio nuovamente dietro

a tutte le regioni del Centro e del Nord. Stesso discorso per il carcinoma del collo dell'utero, il cui valore era fermo al 32 per cento della copertura, quindi in 13ma posizione. Per tutti questi tre screening ben 8 Regioni raggiungevano livelli di copertura superiori al 60 per cento - prosegue Rocca -. Nel 2020 i valori degli screening per i tumori alla mammella, colon retto e collo dell'utero erano, rispettivamente, al 25, 16 e 21 per cento. Parliamo dei livelli più bassi registrati a livello nazionale».

Dati che collocano il Lazio nella «fascia più bassa delle Regioni italiane, con numeri inferiori del 30-35 per cento per tutti e tre gli screening - sottolinea Rocca - Un altro record negativo della gestione sanitaria di D'Amato sta nei numeri della

mobilità sanitaria: il Lazio ha registrato in 10 anni debiti con le altre Regioni di circa 2,2 miliardi, determinando con il disastro organizzativo della sua gestione una fuga di pazienti, costretti a curarsi fuori regione. Fossi in D'Amato - ha concluso - eviterei di raccontare una sanità laziale che esiste soltanto nella sua fantasia».

LUI. FRA.

Record laziale negativo

Nel 2020 si sono registrati i peggiori livelli nel Paese di screening dei tumori a mammella, colon e utero

Candidato
Francesco
Rocca, l'uomo
scelto dal
centrodestra per
le prossime
elezioni
regionali nel
Lazio

