



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

16 FEBBRAIO 2023

A CURA DELL'ADDETTO STAMPA CRT SICILIA

MARIELLA QUINCI

La carenza di personale

L'esodo di 10mila medici, Schillaci: «Ora più posti per la laurea in Medicina»

Ospedali poco attrattivi:
dal 2024 gli incentivi per chi
lavora in pronto soccorso

In un decennio oltre 10mila medici sono fuggiti dall'Italia preferendo andare a lavorare all'estero, mentre nel nostro Paese si aggravava la carenza di camici bianchi a causa dei tetti alle assunzioni, frutto di anni di spending review e stipendi mediamente più bassi degli altri Paesi Ue. Ora il ministro della Salute Orazio Schillaci promette di invertire la rotta rendendo più attrattivi gli ospedali italiani - in manovra si è cominciato con gli incentivi per chi lavora nei pronto soccorso - e intervenendo sul percorso che porta al camice bianco ampliando la platea degli aspiranti medici: il corso di laurea in Medicina per il prossimo anno accademico sfiora già i 15mila posti a disposizione, un numero che però potrebbe salire ancora.

«Solo fino a due o tre anni fa ha detto Schillaci partecipando all'inaugurazione dell'anno accademico 2022-2023 dell'Università Cattolica di Roma - venivano ammessi per ciascun anno tra gli 8.000 e i 10.000 studenti alla Facoltà di Medicina. Eppure già dieci anni fa la Conferenza dei Presidi della Facoltà di medicina chiedeva insistentemente di portare a 12.000 il numero di studenti che vi potevano accedere. Per questo, i numeri resi pubblici con il de-

creto del 10 febbraio relativi all'accesso alla Facoltà di Medicina e Chirurgia sono da considerarsi provvisori e credo si procederà a un ampliamento». Il decreto prevede 14.787 posti, mentre sono 1.384 i posti provvisoriamente disponibili per i corsi di laurea in Odontoiatria. Ma i posti, da qui a luglio, potrebbe arrivare fino a 18mila come ha anticipato il Sole 24 Ore del Lunedì. Comunque per trovare una soluzione in tempo reale al problema è stato istituito presso il ministero dell'Università un gruppo di lavoro che ha il compito di definire il fabbisogno dei medici e adeguare le capacità e l'offerta potenziale del sistema universitario.

Schillaci ha ricordato come in dieci anni, dal 2005 al 2015, «oltre 10.000 medici hanno lasciato l'Italia per lavorare all'estero, un esodo di capitale umano che non possiamo più permetterci. In quest'ottica - ha continuato il ministro - appare urgente porre i giovani al centro delle politiche di sviluppo offrendo loro la possibilità di realizzare le proprie aspirazioni». Per questo il ministro ha messo subito nel mirino, appena arrivato al dicastero, il nodo della fuga da alcune specialità mediche, rese sempre meno attrattive da

turni massacranti, stress e stipendi non adeguati. Un disagio questo acuito da tre anni di Covid che hanno sfibrato il personale. Un primo segnale di attenzione al problema è stato dato con l'ultima legge di bilancio, prevedendo un aumento dell'indennità per gli operatori sanitari del pronto soccorso a partire dal primo gennaio 2024 con uno stanziamento di 200 milioni di euro annui.

—Mar.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

SCHILLACI: PROGRAMMAZIONE MIOPE SUGLI ACCESSI A MEDICINA

«Oggi siamo impegnati a fronteggiare l'emergenza della carenza di medici: una criticità che deriva da lontano, da una programmazione miope del numero di accessi alla Facoltà di Medicina, che non rispondeva alle reali esigenze del Paese». Così il ministro della Salute, Orazio Schillaci



Schillaci: «Più posti a Medicina»

Via dall'Italia diecimila dottori

In dieci anni oltre 10mila medici sono «fuggiti» dall'Italia preferendo l'estero, mentre nel nostro Paese si aggrava la carenza di camici bianchi. Per questo, oltre che rendere più attrattivo il Servizio sanitario nazionale (Ssn), è importante anche aumentare gli accessi alla facoltà di Medicina. A indicare le priorità per fronteggiare l'attuale emergenza è il ministro della Salute Orazio Schillaci che, partecipando all'inaugurazione dell'Anno accademico 2022-2023

dell'Università Cattolica di Roma, ha annunciato il probabile ampliamento del numero dei posti alla Facoltà. Un primo segnale di attenzione al problema, ha però ricordato il ministro, è stato dato con la Legge di Bilancio, prevedendo un aumento dell'indennità per gli operatori sanitari del pronto soccorso a partire dal primo gennaio 2024 con uno stanziamento di 200 milioni di euro annui.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

ROMA Il ministro della Salute Schillaci all'inaugurazione dell'anno accademico all'Università Cattolica. Al centro il «capitale umano»

«Programmazione miope, sarà ampliato l'accesso a Medicina»

ALESSIA GUERRIERI

C'è una leva essenziale del nostro Servizio sanitario nazionale che nessuna innovazione tecnologica potrà sostituire: il capitale umano. Quel capitale umano che l'Italia forma al meglio, ma che poi emigra «verso altri Stati alla ricerca di migliori prospettive economiche e professionali». In 10 anni (2005-2015) sono stati più di 10mila, infatti, i medici che hanno lasciato l'Italia, sottolinea il ministro della Salute Orazio Schillaci intervenendo all'inaugurazione dell'anno accademico della sede di Roma dell'Università Cattolica, «un esodo di capitale umano che non possiamo più permetterci». Un fenomeno che va ad aggravare la cronica carenza di camici bianchi, frutto di «una programmazione miope» del numero degli accessi alle facoltà di Medicina, aggiunge il responsabile del dicastero, annunciando che «si procederà a un ampliamento» e che al Ministero esiste un gruppo che «ha il compito di definire il fabbisogno di medici e adeguare l'offerta del sistema universitario».

Medicina «è un percorso di studi serio, che ha bisogno di tirocini costanti. Quindi è indispensabile che i numeri siano da un lato adeguati, per quanto possibile, ai bisogni della società, ma dall'altro coerenti con la capacità di una struttura didattica di seguire tutti i ragazzi nel modo in cui hanno bisogno», dice il rettore Franco Anelli, ricordando che l'università «è una macchina pensata per generare domande, per non appagarsi delle risposte, per educare persone capaci di formulare sempre nuovi interrogativi e per essere continuamente attratti, sedotti dalla volontà di comprendere». Nel caso della facoltà, fondata 60 anni fa, c'è una missione in più: «Noi siamo un'istituzione

di servizio: al servizio della scienza e della persona», aggiunge nel suo discorso inaugurale Anelli, sottolineando che «la logica del profit non ci appartiene». Ad ascoltare il rettore in prima fila ci sono molte autorità civili ed ecclesiastiche, i ministri degli Interni Matteo Piantedosi e della Cultura Gennaro Sangiuliano, i cardinali Lorenzo Baldisseri, Giovan Battista Re, Angelo De Donatis, Fernando Vérgez Alzaga, il presidente dell'Apsa monsignor Nunzio Galantino e il cardinale José Tolentino de Mendonça. Il porporato, che ha celebrato al mattino insieme all'assistente ecclesiastico generale dell'ateneo monsignor Claudio Giuliodori la Messa, nella sua omelia ha sottolineato che «la forza di una università, e tanto più di una università cattolica, non sta soprattutto nelle risposte di ieri, ma nella domanda sulla verità che possiamo formulare insieme oggi. E sta nell'impegno che essa profonde nell'inaugurare una visione dell'essere umano e della vita che rappresenti una ragione di speranza». Lo scopo nel prossimo anno accademico, precisa nella sua prima relazione da preside della facoltà di Medicina e Chirurgia Antonio Gasbarrini, «sarà quello di formare medici e professionisti sanitari di eccellenza». Secondo lui sono quattro gli obiettivi della facoltà: la didattica, la ricerca, l'assistenza e la solidarietà. «Quest'ultima missione è quella di cui siamo più fieri - spiega - perché rappresenta il nostro tratto distintivo». Mentre la ricerca ha portato a enormi passi avanti, come nella radiologia, ribadisce Evis Sala, ordinaria di Radiologia all'Università Cattolica e direttrice dell'*Advanced Radiology Center* del Policlinico Gemelli, nella sua prolusione. «La nuova radiologia - conclude - farà sì che nella consultazione con i pazienti potremo essere non solo più efficienti ma anche più precisi e integrati, grazie a un data base in continuo arricchimento».



Il ministro della Salute Schillaci e il rettore Anelli





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

A 3 ANNI DA CODOGNO

Il 20 la Giornata per i sanitari

Interverrà anche il presidente della Repubblica Sergio Mattarella alla terza «Giornata nazionale del personale sanitario, sociosanitario, socioassistenziale e del volontariato» il 20 febbraio, data che ricorda il giorno in cui a Codogno nel 2020 venne scoperto il «paziente uno» italiano contagiato dal Covid. «Insieme per garantire la salute

di tutti» è lo slogan scelto per la Giornata che sarà celebrata a Roma nella Pontificia Università San Tommaso d'Aquino, con la partecipazione di tutte le federazioni e i consigli nazionali delle professioni sociosanitarie.



DECRETO

Emendamento a favore delle Regioni che non hanno utilizzato i finanziamenti

Per abbattere le liste di attesa fondi disponibili per altri 12 mesi

... Per l'abbattimento delle liste d'attesa anche le Regioni si fanno «attendere». Finanche per investire tutti i 500 milioni di euro che erano stati stanziati dalla precedente legge di Bilancio proprio per agevolare «il recupero delle liste d'attesa»: ce n'è una parte, infatti, che incredibilmente non è stata utilizzata entro la scadenza del 31 dicembre scorso. Ed ora, per cercare di recuperare quei fondi, un emendamento al cosiddetto decreto Milleproroghe, presentato dal presidente della Commissione Sanità del Senato, Francesco Zaffini (Fdi), consente «alle Regioni e Province autonome, rispettivamente, l'utilizzo di risorse correnti non fruite entro il 31 dicembre 2022»

sino a fine 2023. Anche perché le prestazioni perdute durante la pandemia non sono poche, come ha già avvertito nel novembre scorso la Corte dei conti

nella sua Nota di aggiornamento sul Documento di Economia e Finanza (Def) 2022. «Come emerge dai piani per il riassorbimento delle prestazioni mancate negli anni della pandemia, in molte Regioni il recupero è ancora in atto ed è previsto completarsi nel prossimo anno. In tema di recupero dei tempi

pi di attesa, i dati diffusi di recente dal Ministero della salute e da Agenas confermano il permanere di criticità». Sia in termini di ricoveri ed interventi chirurgici che per quanto concerne le presta-

zioni ambulatoriali. «Sono, ad esempio, ben 14 le Regioni che presentano performance peggiori di quelle del 2019 nel caso degli interventi cardio vascolari caratterizzati da maggiore urgenza (classe A) che dovrebbero essere eseguiti entro 30 giorni - ha sottolineato la magistratura contabile - Solo di poco migliore l'andamento per quanto riguarda i tumori maligni: sono 12 le Regioni che hanno peggiorato le loro performance. Anche le prestazioni di specialistica ambulatoriale non hanno recuperato i livelli del 2019: nel primo semestre 2022 le prestazioni erogate risultavano in media nazionale inferiori del 12,8 per cento a quelle dello stesso periodo del 2019 e 13 re-

gioni si collocavano al di sotto della media (di cui 7 segnavano cali superiori di oltre 6 punti percentuali)». Anche lo scorso anno: «Nel primo semestre 2022 sono saltate in media a livello nazionale circa una prima visita specia-

listica su 5 rispetto allo stesso periodo del 2019 - quantifica il Rapporto di SalutEquità - Con punte di oltre una prima visita su due nella PA di Bolzano (-55,2%); circa una su tre in Valle d'Aosta, Sardegna, Calabria Molise; circa una su 4 in Piemonte, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Umbria, Abruzzo e Sicilia».

ANT. SBR.

L'allarme

La Corte dei conti aveva sottolineato il problema delle prestazioni non effettuate durante il Covid

Ambulanze

Sempre più spesso in fila davanti al pronto soccorso degli ospedali a causa del fermo-barella dovuto al sovraffollamento



Giustizia in corsia

Pronto soccorso contro la riforma Cartabia: regole inapplicabili

Camici bianchi preoccupati per le ultime modifiche alla procedibilità dei reati

Alessandro Galimberti

MILANO

Non bastassero i problemi di sovraffollamento e quelli, non meno preoccupanti, di sicurezza e incolumità degli operatori sanitari, nei pronto soccorso irrompono anche i dubbi collegati alla riforma Cartabia. Ad angosciare i camici della Società italiana di medicina legale e delle assicurazioni sono le valutazioni medico legali collegate alla procedibilità d'ufficio (o meno) dei reati contro la persona, regole modificate in profondità dalla riforma del governo Draghi.

A cominciare proprio dall'eliminazione della procedibilità d'ufficio per le lesioni personali con malattia tra 20 e 40 giorni, (le "lievi") e dall'estensione della procedibilità a querela per le lesioni personali stradali gravi o gravissime, che rimangono perseguibili d'ufficio solo se sono ravvisabili le aggravanti specifiche. «Un passaggio delicatissimo - protestano i camici bianchi

in un loro documento - per i medici che si troveranno a doversi orientare in un quadro non sempre di facile e immediata interpretazione».

Il caso più controverso, figlio delle nuove norme, è l'obbligo di segnalazione all'autorità giudiziaria quando il fatto lesivo rilevato in pronto soccorso è commesso contro «persona incapace, per età o per infermità». L'interpretazione della norma, per la sua formulazione, non è univoca nemmeno nell'ambito della scienza giuridica: se da una parte, mutuando il concetto di «incapacità di intendere e di volere» potrebbe far pensare al criterio anagrafico (vittima al di sotto dei 14 anni) dall'altra, giuristi autorevoli suggeriscono che l'incapacità richiamata dal legislatore dovrebbe essere intesa in senso più ampio, includendo tutte le situazioni di concreta condizione di incapacità di querelare, associata sia all'età sia anche a un'eventuale condizione clinica contingente (da qui il concetto di

“infermità”) a causa della quale si renda opportuna l'obbligatorietà d'ufficio dell'azione penale a tutela della vittima.

Secondo Franco Marozzi, vicepresidente di Simla, i medici «quando sono impegnati nella redazione dei documenti da trasmettere eventualmente all'autorità giudiziaria, non possono certo impegnarsi in fini disquisizioni giuridiche, peraltro non di loro stretta competenza. Quindi, una scarsa chiarezza delle norme in merito rischia di creare una serie di grossi problemi sia a colleghi, sia ai cittadini, sia all'amministrazione della giustizia. Si rischia che fatti che devono essere denunciati non lo siano, o esattamente il contrario, con conseguenze che possono anche essere molto gravi».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Sanità

Ancora un anno per le misure Covid su medici e ricette

Marzio Bartoloni

Il Covid non è più una emergenza da quando la pandemia da diversi mesi ha rallentato in modo evidente. Ma per le misure nate proprio durante i mesi più duri della prima ondata del 2020 ci sarà almeno un altro anno di vita, in particolare per quelle che riguardano l'emergenza della carenza di personale negli ospedali: il Milleproroghe estende infatti dal 2022 fino a tutto il 2023 la possibilità di reclutare a tempo determinato medici neo-laureati o di conferire incarichi (anche di collaborazione coordinata e continuativa) a giovani specializzandi (iscritti all'ultimo o al penultimo anno di corso) oltre che a operatori sanitari e socio sanitari. Prorogabili per tutto quest'anno anche i contratti di collaborazione all'Aifa (l'Agenzia del farmaco). Tra le altre misure emergenziali entrate in extremis c'è anche la possibilità per i medici di famiglia e i pediatri di rinviare la pensione e restare in servizio fino ai 72 anni (la norma vale fino al 2026). Per questi medici si registrano le carenze maggiori e infatti sempre fino al 2023 sarà possibile per i giovani in formazione di assumere incarichi provvisori o di sostituzione negli studi.

Il Milleproroghe contiene anche una misura a cui

i cittadini si sono ormai affezionati e cioè la possibilità di ricevere via mail dal proprio medico la ricetta elettronica: la misura è nata durante l'emergenza Covid e nel testo originario del Ddl c'era già la proroga a tutto il 2013, con una successiva modifica la validità è stata estesa al 2024 (l'intenzione però è di rendere presto strutturale questa possibilità). Tra le altre misure entrate in Parlamento c'è il finanziamento al Piano oncologico nazionale per il quale il Milleproroghe stanZIA 10 milioni l'anno fino al 2027 (50 milioni in tutto) ed entra nel provvedimento anche la proroga al 30 aprile del pagamento del payback - ben 2,2 miliardi - da parte delle aziende del biomedicale previsto in un decreto ad hoc approvato nelle settimane scorse (sfuma l'ipotesi di far pagare le aziende a rate).

© RIPRODUZIONE RISERVATA



MILLEPROROGHE

«I medici di base potranno lavorare due anni in più»

*Il presidente della commissione Sanità Francesco Zaffini (FdI)
«In questo modo riusciremo a colmare i vuoti lasciati
dalla pandemia ma anche dalla gestione Speranza»*

ANTONIO SBRAGA

••• Il decreto Milleproroghe finirà per allungare anche la vita professionale dei medici di base. Almeno di quelli che non vogliono appendere il camice bianco al chiodo allo scoccare del settantesimo compleanno. Una «proroga» di 2 anni è, infatti, ora concedibile, soprattutto per far fronte alla carenza sempre più grave dei medici di famiglia, con tanti ambulatori già con sede vacante in tante aree interne della penisola. Questa è una delle principali novità introdotte in ambito sanitario nel cosiddetto decreto milleproroghe, varate anche su indicazione del presidente della Commissione Sanità del Senato, Francesco Zaffini (FdI).

Presidente Zaffini, quali sono le altre novità del decreto Milleproroghe nel settore sanitario?

«Gli emendamenti presentati in tema sanitario sono volti a cercare di colmare dei vuoti lasciati dalla pandemia, ma soprattutto dalla gestione Speranza. Mi riferisco in particolare modo alla proroga dei

contratti degli specializzandi, ad un Piano operativo per il recupero delle liste d'attesa, al Fondo per l'implementazione del piano oncologico nazionale 2023-2027 ed infine sono state introdotte alcune novità sia per l'applicazione della riforma Aifa, preveniente anche la composizione del consiglio d'amministrazione dell'Agenzia».

E qual è, a suo avviso, la novità che avrà l'impatto maggiore sul servizio sanitario nazionale?

«Proprio quella che, in assenza di offerta di personale medico convenzionato collocabile, consente alle aziende, fino al 31 dicembre 2026, di trattenerne in servizio, a richiesta degli interessati, i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta in servizio fino al compimento del 72esimo anno di età. Inoltre, per rafforzare strutturalmente i servizi sanitari regionali, anche per il recupero delle liste d'attesa, una volta verificata l'impossibilità di utilizzare personale già in servizio, nonché di ricorrere agli idonei collocati in graduatorie concorsuali in vigore, sarà possibile avvalersi, anche per gli anni 2022-2023,

di medici specializzandi, anche mediante proroga, non oltre il 31 dicembre 2023, degli incarichi loro conferiti».

E cosa può dirci sull'approvazione del finanziamento sul nuovo Piano Oncologico?

«Il Rapporto Aiom "I numeri del cancro in Italia 2022" stima 390.700 nuove diagnosi di cancro nel 2022, mentre nel 2020 erano 376.600, con un incremento di 14.100 casi in 2 anni, dove pesano i gravi ritardi accumulati durante la pandemia da COVID-19 che ha avuto l'effetto di allungare ulteriormente le liste di attesa per esami diagnostici e di screening. Il Piano Oncologico Nazionale 2023 - 2027, finanziato con una dotazione pari a 10 milioni di euro per ciascuno degli anni dal 2023 al 2027, ha lo scopo di migliorare il percorso complessivo di lotta alle patologie neoplastiche in termini di efficacia, efficienza, appropriatezza e gradimento dei pazienti, e a contenere i costi sanitari e sociali da esse determinati. Questo è un grande successo del governo Meloni e del ministro Schillaci, dato che il vecchio PON non era stato ag-



giornato dalla sua precedente adozione del 2010».

È stato approvato un emendamento, che porta anche la sua firma, che concede fondi al commissario per la ricostruzione delle regioni colpite dal sisma: di che si tratta?
«La proposta emendativa è finalizzata ad assicurare per gli anni 2023 e 2024 il rispetto degli obiettivi assegnati al

Commissario per l'attuazione degli interventi previsti dal piano complementare aree sisma. Sono fondi che servono ed aiutano una riedificazione, mai decollata, dei territori faticosamente alle prese con una ripartenza anche economica di fatto mai avvenuta. I fondi messi a disposizione al commissario lo aiuteranno a garantire benes-

sere alle comunità colpite. Da umbro, per me, questo è un argomento centrale nella mia missione di senatore e presidente di commissione».

Piano oncologico

«Sono stati stanziati 10 milioni per ogni anno fino al 2027. È un successo del governo e del ministro Schillaci»

Emergenza

«Nel caso non ci sia la possibilità di usare personale già in servizio si potranno confermare per il 2023 gli specializzandi»

Francesco Zaffini
Eletto con Fratelli d'Italia è il presidente della commissione Sanità del Senato





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

TESTIMONI In un libro l'esperienza di Giada Lonati, direttrice sociosanitaria di Vidas, che a Milano segue pazienti inguaribili con le cure palliative

«Con i malati terminali un percorso spirituale. Che cambia tutto»

CHIARA VITALI

Da più di venticinque anni Giada Lonati sta accanto a uomini, donne e bambini con malattie terminali. È la direttrice sociosanitaria di Vidas, realtà no profit milanese che assiste malati inguaribili soprattutto attraverso le cure palliative, che riducono la sofferenza nel fine vita. Dal 1982 Vidas ha preso in carico più di 39.000 persone. Ciascuna di queste relazioni di cura lascia una traccia preziosa, spiega la dottoressa Lonati, che ha raccontato la sua esperienza nel libro *Prendersi cura* (Corbaccio, 248 pagine, 14.90 euro).

Cosa significa curare un malato terminale?

Mi piace fare un paragone con la storia di san Martino, il patrono delle cure palliative. Il santo divise a metà il suo mantello per darlo a un malato infreddolito. Lo aiutò, lo fece stare meglio, ma non gli regalò l'immortalità. Allo stesso modo noi non possiamo restituire ai pazienti la salute o evitare la morte, ma possiamo dire: "da ora in poi ci sono, sto con te fino alla fine". Si lenisce il dolore, sì, ma si elimina anche la solitudine, e questo cambia la qualità della vita del malato e della sua famiglia. Sottolineo anche che le cure palliative non sono mai l'esercizio di un singolo professionista ma il lavoro di un'équipe che comprende medici, assistenti sociali, volontari...

Lei scrive nel suo libro che la cura è un dialogo tra persone uguali, che si arricchiscono a vicenda. Che cosa riceve dai suoi pazienti?

Per me la relazione di cura è veramente trasformativa, non se ne esce mai uguali a prima. Le cure palliative in particolare sono un esercizio al riconoscimento reciproco, all'umiltà, portano a costruire un senso di fratellanza e a comprendere l'universalità del dolore. E poi ho visto persone mori-

re a ogni età, mi hanno avvicinata alle domande di senso della vita e, anche se non sono una mistica, posso dire che per me le cure palliative sono un percorso spirituale.

Ha in mente incontri in particolare?

Una paziente mi ha detto che, da malata terminale, ha capito che nella vita non bisogna mai perdere nessuna occasione per festeggiare. Altri mi hanno insegnato la gratitudine: quando una persona in fine vita dice "grazie" le sue parole vengono da un preciso sguardo maturato sulla vita, capace di vedere le cose in modo diverso. Ho poi avuto pazienti che non mi hanno ringraziato, nonostante mi fossi spesa per loro con grande generosità, e altri che mi hanno sommerso di ringraziamenti per piccole cose. In questi casi ho imparato che il bene si fa perché è giusto farlo, senza la pretesa di ricevere qualcosa in cambio: non c'è un "do ut des", un "do perché ricevo".

In Vidas vivete l'idea della comunità che si prende cura. È una prospettiva che si sta diffondendo?

C'è una sensibilità crescente, e credo ci sia bisogno di andare in questa direzione, che è contraria a tutto ciò che si è fatto per anni. Siamo abituati a estromettere la sofferenza dalla nostra società, non vogliamo guardarla, dolore e morte sono ancora dei tabù. Se invece maturiamo la consapevolezza che la sofferenza esiste, la nostra società diventa capace di modellarsi per rendere il malato protagonista. È certamente un cambiamento culturale, ci vorrà tempo.



Giada Lonati



IL RACCONTO

Con i bambini sospesi nel reparto oncologico

ANNALISA CUZZOCREA

Il pediatra aveva detto che si trattava di tosse nervosa. «Probabilmente il bambino soffre per la nascita della sorellina, non si preoccupi, passerà». - Pagine 24-25



L'INCHIESTA

LE STORIE

Bambini sospesi

Ogni anno oltre 2 mila giovanissimi si ammalano di tumore, ma la ricerca resta al palo per molte forme aggressive mancano ancora diagnosi precoci, protocolli e farmaci adatti

ANNALISA CUZZOCREA

Il pediatra aveva detto che si trattava di tosse nervosa. «Probabilmente il bambino soffre per la nascita della sorellina, non si preoccupi, passerà». Ma un giorno Francesca è andata a svegliare Nicolò, che fino a poche ore prima era a giocare in piscina, e la domenica precedente sullo slittino, e che nessuno riusciva a fermare mai. Lui, che all'asilo si precipitava sempre di corsa, le ha detto: «Mamma, non mi sento sicuro». E a quel punto lei ha preso la macchina e ha guidato da Bologna fino a Riccione perché lì c'era un pediatra che conosceva, uno che i bambini li visita ancora. E quel medico le ha detto: «Corra in ospeda-

le. Non sento i polmoni».

Francesca è Francesca Testoni, direttrice di Ageop ricerca. Ageop è l'associazione fondata da alcuni geni-

tori di bambini malati di cancro nel 1982 che da anni sostiene, grazie a bandi pubblici e donazioni private, gli studi scientifici sui tumori e l'assistenza ai bambini e alle famiglie a Bologna, in collaborazione con il Policlinico Sant'Orsola. Anche quando quei bambini arrivano dalontano, dalla Serbia, dal Montenegro, dalla Libia, dai Paesi dove curarsi è molto più difficile che da noi.

Se stavolta Francesca parla

del figlio, però, di quel che è accaduto a lei nel 1999 quando scoprì che la tosse non era nervosa ma causata da un sarcoma che si era preso i polmoni del suo bambino, è perché da quando lavora con Ageop quella storia l'ha vista ripetersi troppo spesso. «Sono passati ventitré anni e si continua a restare senza speranza per la mancanza di diagnosi preco-



LA STAMPA

ci. In oltre un ventennio non sono cambiati i protocolli, non sono stati studiati marker rivelatori, la concezione dell'Ospedale senza dolore non è ancora una pratica abbastanza diffusa». Perché il sarcoma non è solo il tipo di tumore infantile che più spesso ha prognosi infausta, ma è anche quello più doloroso. Lo ha raccontato nei mesi scorsi la mamma di Lorenzo Bastelli, quando aveva chiesto «scrivete a mio figlio per fargli vedere ancora il mondo, scrivete per distrarlo dal dolore». La valanga di lettere, video, disegni arrivata ha accompagnato Lorenzo negli ultimi mesi della sua vita. Ma non può esistere solo la solidarietà, per questi bambini e per queste famiglie. Serve l'impegno delle istituzioni, servono i fondi per la ricerca.

In Italia ogni anno si ammalano di tumore o leucemia oltre 1400 bambini e oltre 800 adolescenti. Ma mentre per le leucemie e i linfomi le guarigioni sono aumentate, rimangono drammaticamente basse per i tumori cerebrali, i neuroblastomi e i sarcomi. Questi ultimi – i meno studiati, i più insidiosi – sono il 22 per cento delle neoplasie diagnosticate a bambini e ragazzi. L'osteosarcoma ha un picco d'incidenza fra i 10 e i 25 anni, il Sarcoma di Ewing in due fasce d'età, fra i 3 e i 6 anni e tra i 15 e 25 anni. Mentre il Rhabdomyosarcoma si sviluppa principalmente dai 2 ai 6 anni e dai 15 ai 19 anni.

«Non si fa mai una classifica delle malattie – dice Francesca Testoni – ma altri tipi di tumore, le leucemie, i linfomi, hanno rovesciato le percentuali di guariti rispetto a 20 anni fa. Nei sarcomi, che sono tumori maligni solidi, recidivanti, e in cui la diagnosi precoce è essenziale, è tutto drammaticamente fermo». Così, senza marker specifici, senza protocolli nuovi, «li si scopre quando il bambino arriva in pronto soccorso con una massa di dimensioni tali da aver già provocato dei danni. Perché i sarcomi premono sulle parti molli, com-

primibili, accorgersene in tempo è la cosa più difficile».

Quando Francesca nel 1999 è arrivata con suo figlio in ospedale, i raggi hanno mostrato – al posto dei polmoni – una gigantesca massa bianca. Il versamento aveva invaso la gabbia toracica. A quel punto la diagnosi arrivò in pochi giorni, ma una volta tentato l'intervento si capì che il sarcoma era inoperabile, perché molto diffuso. Quella tosse andava avanti da mesi. «Quest'anno, dopo 23 anni, ho rivissuto la stessa storia con una bambina arrivata da noi dopo che per mesi i pediatri e l'otorino avevano detto ai genitori che il suo raffreddore continuo era causato dalle adenoidi. Che si trattava di infiammazioni passeggero. Finché non è stata portata al pronto soccorso con difficoltà respiratorie e da lì è passata direttamente in rianimazione. L'ingiustizia di questo tumore è che è raro tra i rari, ma il diritto alla salute dovrebbe essere assoluto, universale. Non proporzionato al numero. I bambini e i ragazzi malati di sarcoma hanno diritto ad avere una diagnosi precoce e cure che non siano ferme, che non siano tossiche, ma a misura di bambino».

Questo è l'altro gigantesco problema. La ricerca non manca solo sulla diagnosi, ma anche sulla cura e sui farmaci specifici. Un paziente bambino è diverso da un paziente adulto. La sua sopportazione di alcune molecole è molto inferiore, la tossicità di alcuni farmaci insopportabile per un organismo non ancora sviluppato. «Per capire la differenza e l'ingiustizia insita nei passi avanti fatti, basta sapere che per le leucemie e i linfomi per fortuna siamo ora all'80 per cento di possibilità di guarigione. In certe forme anche al 90. Ma per i sarcomi siamo fermi a mala pena al 40 per cento, e la possibilità vale giusto per chi se ne accorge in tempo».

L'ingiustizia estrema di cui parla Francesca Testoni non riguarda solo l'Italia. Non so-

no «considerati» rari solo i tumori infantili, sono sempre più rari anche i bambini, così – in generale e in tutt'Europa – si investe sempre meno sugli ospedali pediatrici. «Si pensa che per un tumore all'osso ci si possa rivolgere all'ortopedico degli adulti, ma non è così. La cura dei tumori infantili richiede multidisciplinarietà, confronto continuo, messa in rete dei dati. Quando al Sant'Orsola si esamina un caso lo si fa con l'ortopedico, il cardiologo, l'ematologo, con tutti gli specialisti perché le cure sono così invasive che è tutto l'organismo ad essere sotto attacco. E ad aver bisogno di essere protetto. Una ragazzina di 14 anni si è ammalata di fibrosi polmonare a causa delle cure che aveva fatto in passato. Era sopravvissuta al tumore, ma è morta dopo, per la fibrosi, in attesa del trapianto».

La ricerca sui farmaci adatti ai bambini ammalati di tumore serve a questo. Affinché facciano meno danni possibili. E a questo servono le due borse di ricerca che quest'anno finanzia Ageop, che conta ormai oltre 200 volontari, 5 case di accoglienza e garantisce gratuitamente alloggio, vitto, consumi, trasporti e cure psicologiche a circa 100 bambini con le loro famiglie. Il primo progetto, affidato a Federico Mercolini, si concentrerà sulla cura dei sarcomi nei bambini. Il secondo, coordinato dalla dottoressa Costanza Donati, riguarda la radioterapia: come rimedio, ma anche come cura palliativa quando non c'è più nulla da fare e la cosa su cui concentrarsi è eliminare il dolore.

La bambina con il raffreddore di cui parlava Francesca Testoni, che chiameremo C. per non rivelarne l'identità, non ce l'ha fatta. Il rhabdomyosarcoma che l'aveva colpita,



LA STAMPA

uno dei più rari, con un'incidenza di 4,5 casi ogni milione di bambini, non ha protocolli di seconda linea. Ha frequenti recidive, e sulla recidiva non si sa ancora bene cosa fare. Così C. ha subito la terapia intensiva, la chemioterapia, un intervento, la radioterapia, ma poi il tumore è tornato più violento di prima e a quel punto è stato impossibile fermarlo. È guarito invece dal sarcoma di Ewing quest'anno D., un ragazzo che era arrivato in Italia dal Montenegro e che nel lungo periodo di cura che ha dovuto affrontare è stato ospitato con la sua famiglia a Bologna. La sua storia e quella degli altri ragazzi che prendono in tempo la malattia dimostra come non sia impossibile, guarire. E non c'entrano

il caso, la fortuna, il destino. Servono più ricerca, più protocolli di cura, un investimento reale sulla diagnosi precoce. La giornata mondiale dei tumori infantili è nata per questo: per ricordarcelo. Per non lasciare soli quei bambini e quelle famiglie. Ageop – e le tante associazioni che come Ageop operano in Italia solo grazie a donazioni e buona volontà – è nata per questo. Quando Francesca Testoni ha perso Nicolò ha cominciato a lavorare per questo. Per tutti i genitori che come lei rimangono soli ad affrontare l'inaffrontabile: «Abbiamo leggi farraginose come la 104 che comunque valgono solo per i lavoratori dipendenti. Abbiamo norme per cui se perdi un figlio, hai di-

ritto a tre giorni di lutto, poi devi tornare al lavoro. Abbiamo una società che non contempla tanto dolore, lo rimuove, non lo affronta, non si impegna e non investe per lenirlo». Ecco, tutto questo deve cambiare. —

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'associazione Ageop quest'anno finanzia due borse di ricerca su sarcomi e radioterapia



FRANCESCA TESTONI
PRESIDENTE
DIRETTRICE AGEOP RICERCA



Ho rivissuto la stessa storia di mio figlio una bimba è arrivata da noi dopo mesi di diagnosi sbagliate

I bimbi malati di sarcoma hanno diritto ad avere una diagnosi precoce e cure a loro misura

I volontari assistono anche le famiglie
“La nostra società non contempla tanto dolore”



In prima linea
Lea attività per i piccoli pazienti al Sant'Orsola di Bologna, qui opera anche l'Ageop, associazione fondata nel 1982 da genitori di bimbi malati di cancro





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

È VITA

La salute futura si «legge» nel Dna

Gramolini nell'inserto centrale



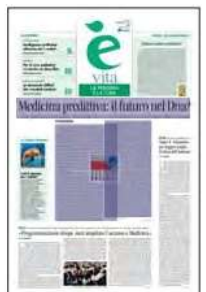
Medicina predittiva: il futuro nel Dna?

Nel nostro genoma le tracce di malattie future, certe o solo possibili. Scienza & Vita dà la parola a ricercatori e medici per verificare speranze e interrogativi

ELISABETTA GRAMOLINI

Non è come nelle trame dei film, dove i camici bianchi annunciano la sentenza al protagonista di turno: una malattia che li colpirà di lì a trent'anni senza possibilità di errore. Nella vita reale l'errore resta un'opzione, anche se gli strumenti vengono affinati. Da quando la scienza ha iniziato a leggere il genoma umano sono state originate le sfide più grandi. L'ultima riguarda la "medicina predittiva", cioè gli esami genetici in grado di individuare una mutazione che faccia supporre l'insorgere di una patologia nel corso della vita. Ma più che di supposizione, si parla di probabilità perché sono tante le condizioni dell'ambiente o le scelte personali che mutano l'esito. Alle questioni che riguardano la medicina predittiva l'associazione Scienza & Vita ha dedicato ieri un webinar, coinvolgendo esperti di diversi settori, nell'ambito di una serie di incontri online sulle sfide della genetica. «Oggi abbiamo la possibilità di sequenziare il nostro Dna, ma non siamo ancora in grado di interpretare tutto quello che c'è scritto. Una non corretta interpretazione può creare più danni che benefici alla persona», commenta **Alberto Gambino**, prorettore dell'Università Europea di Roma e presidente di Scienza & Vita.

Per **Domenico Coviello**, direttore del laboratorio di Genetica umana al Gaslini di Genova, in Italia dovremmo tentare di tenere il passo con gli Stati Uniti, dove il processo è già cominciato da anni. Andrebbe cioè fatto il grande salto: rendere disponibili i dati sui pazienti e au-





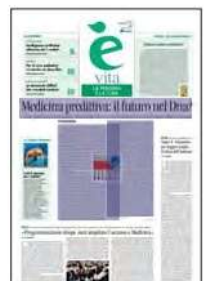
mentare il numero dei sequenziamenti. Che è poi lo spirito del programma «1+Million Genome», di cui Coviello è membro del coordinamento nazionale, partito da poco in Europa per creare l'infrastruttura che permetterà di usare i dati per migliorare la salute dei cittadini. «La genetica e la genomica servono alla prevenzione – spiega Coviello – ma non in modo indiscriminato. Il fatto che esistano i marcatori di predisposizione non significa che la malattia si manifesti di sicuro. Questi possono aiutare a prevenire ma devono essere comunque inquadrati e non generalizzati». Facile immaginare come ci sia chi, in giro per il mondo, speculi sul desiderio di molti di conoscere in qualche maniera il proprio futuro. «Esistono – continua – laboratori privati che fanno test genetici, ma basarci su quello che si legge nel Dna sarebbe un errore. Un gene infatti anche se ha un difetto, potrebbe non venire mai usato o rimanere spento dall'ambiente. Non siamo ancora in condizione di sapere tutto».

Quello che però oggi sappiamo sulle anomalie del nostro codice genetico ci permette in molti casi di scongiurare esiti infausti.

Come per la mutazione del gene Brca1 e Brca2, imputabile del 5% di tutti i tumori della mammella. «La predisposizione – afferma **Lucia Del Mastro**, direttore dell'unità operativa clinica di Oncologia Medica dell'Irccs Ospedale Policlinico San Martino dell'Università di Genova – comporta in molti casi l'asportazione delle ghiandole mammarie, delle tube e dell'ovaio. Ma per effettuare il test genetico esistono dei criteri ben definiti». Non si può infatti bussare alla porta dell'ospedale per richiederlo: «Esistono le linee guida dell'Associazione italiana di oncologia medica che vengono aggiornate periodicamente. L'esame è eseguito nei casi in cui il tumore alla mammella sia triplo negativo, insorga in persone giovani oppure quando c'è familiarità». Poi c'è il capitolo dedicato alla sanità pubblica. A differenza dei diagnostici e degli screening, gli esami predittivi sono rivoluzionari: il loro scopo è riconoscere un aumentato rischio di sviluppare una certa malattia. «L'igienista – descrive **Paolo Villari**, professore di Igiene del dipartimento di

Sanità pubblica e Malattie infettive alla Sapienza di Roma – entra in gioco quando si deve valutare l'utilità del test. Essere in grado di diagnosticare una probabilità più elevata di esordio di malattia non basta. Serve avere anche un intervento capace di migliorare la prognosi». Altro tranello è trovare delle mutazioni di geni per le quali non conosciamo le conseguenze o non abbiamo ancora sufficienti evidenze: «Se non so comunicare alla persona quale sia il rischio di ammalarsi compio un danno perché genero ansia e peggioro la sua qualità della

vita». Quindi no, il nostro destino non è segnato come nelle pellicole hollywoodiane. «C'è molto da fare – avverte **Dario Sacchini**, professore associato del dipartimento Sicurezza e Bioetica dell'Università Cattolica di Roma – sia in termini di costante affinamento dei test sia, a valle, dal punto di vista assistenziale per la persona». La strada è lunga e sono molte le questioni aperte che il docente delinea: «Nel caso di diagnosi di malattia a insorgenza tardiva o a prognosi infausta, il soggetto ha diritto sia a conoscere sia a rifiutare di sapere. Gli standard etici sul consenso e sulla privacy devono essere mantenuti, onde evitare possibili stigmatizzazioni in base al corredo genetico individuale. Va considerata poi la richiesta di esami, soprattutto online, in assenza di prescrizione medica e senza una valutazione di validità clinica e di utilità da parte di professionisti esperti, che comporterebbe un aumento della spesa sanitaria. E non da ultimo va stimata, in termini di giustizia distributiva, l'equità di accesso dei soggetti ai test validati, senza discriminazioni di sorta».





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

OGGI Dal Tavolo presso la Cei Nasce il «Glossario» per leggere meglio il rebus dell'autismo

MARCO BIROLINI

Le parole per dirlo, e anche per comprenderlo a fondo, evitando paure e pregiudizi. Il Tavolo sull'autismo della Cei presenta oggi un "Glossario" con tutti i termini che si incontrano in fase di diagnosi e di riabilitazione. «È un vademecum pensato per le famiglie - spiega Stefano Vicari, professore ordinario dell'Università Cattolica e primario di neuropsichiatria infantile del Bambino Gesù di Roma - per aiutarle a orientarsi in un percorso che sulle prime può sembrare ostico. Ma l'iniziativa serve anche a sfatare i luoghi comuni, tenendo conto che i pregiudizi riguardano tutto il mondo della diversità e della disabilità. Invece è ora di immaginare un mondo inclusivo, in cui ognuno possa vivere secondo le sue caratteristiche».

Il Tavolo sull'autismo, costituito dall'Ufficio per

la Pastorale della Salute nel 2019, riunisce gran parte dei centri specializzati cattolici sul territorio, che trattano più di 10mila pazienti. Tra i termini contenuti nel Glossario c'è il "comportamento problema", ovvero quello che può accompagnare il disturbo: iperattività, atteggiamento ossessivo compulsivo, più raramente aggressività. Ma il manuale tratta anche altri aspetti, incluso quello alimentare. «Spesso i pazienti più piccoli si nutrono con pochissimi cibi selezionati. Può capitare che un bambino mangi solo pietanze croccanti, oppure bianche e non rosse. Di qui deriva una certa fatica dei genitori a gestire il momento del pasto». Attraverso il Glossario, le famiglie potranno orientarsi meglio in un pianeta che comunque non può più dirsi sconosciuto. «Molte cose le abbiamo imparate - sottolinea Vicari -; intanto, che l'autismo non sempre è un disturbo ma solo una condizione che in molti casi non comporta grandi impedimenti. Possiamo parlare di una neuro-atipicità, che fa parte della grande variabilità della nostra specie. È un disturbo biologico che ha origine nello sviluppo del si-

stema nervoso, su cui ad esempio la relazione mamma-bambino, come si credeva erroneamente un tempo, non gioca alcun ruolo. Iniziamo anche a capire quali sono i trattamenti più indicati. Non siamo, insomma, all'anno zero». Tra i fattori di rischio, continua Vicari, ci sono semmai la nascita molto prematura, l'uso di sostanze in gravidanza, l'abitare in zone molto inquinate, l'età avanzata del padre. Il Tavolo sull'autismo, in vista della Giornata mondiale del 2 aprile, proporrà alcune iniziative di sensibilizzazione a Perugia, Roma e Genova. Serviranno anche a capire che è meglio mettersi in mani fidate. «Ci sono personaggi che promettono miracoli. Meglio evitare centri poco conosciuti e scegliere strutture pubbliche o accreditate. Certo, c'è il problema delle liste d'attesa: speriamo che il Pnrr le riduca. Sarebbe importante, visto che ormai quasi il 2% dei bambini presenta sintomi di autismo».





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

Intelligenza artificiale, tutta salute

Università Campus Bio-medico con Aisla e Centri Nemo per "restituire" una voce ai malati di Sla. E nei laboratori crescono nuove applicazioni

ALESSANDRA TURCHETTI

Un risultato enorme il primo "ecosistema digitale della voce" presentato la scorsa settimana nella sede romana del Parlamento Europeo alla presenza del ministro della Salute Orazio Schillaci e della direzione generale Salute della Commissione Europea, sotto l'egida dell'Associazione italiana Sclerosi laterale amiotrofica (Aisla).

«Voice for purpose» è il progetto realizzato grazie a una partnership internazionale fra Università Campus Bio-Medico di Roma, Centri Clinici Nemo, Nemo Lab, Translated, Dream On e Aisla per restituire una voce vera, con l'espressività delle emozioni, alle persone colpite da Sla e altre patologie che possono portare alla disabilità vocale. L'iniziativa riflette in pieno la *mission* dell'Università Campus Bio-Medico di Roma, nata alla fine degli anni 80 per offrire un percorso di formazione professionale e umana nelle aree salute, scienze della vita e sviluppo sostenibile, all'insegna di un approccio multidisciplinare e della possibilità di sperimentare concretamente le conoscenze apprese.

«Questo progetto è espressione di una peculiarità italiana che la comunità scientifica internazionale ci riconosce, ovvero lo studio e la pratica della bioingegneria», spiega Eugenio Guglielmelli, rettore dell'Università Campus Bio-Medico e direttore scientifico della Fondazione Don Carlo Gnocchi. «In stretto e imprescindibile contatto con medici e pazienti, i nostri ingegneri biomedici cercano risposte ai bisogni dei malati, in particolare quelli affetti da patologie neurodegene-

native come la Sla, ma non solo. Nello specifico, da tempo sono in uso sistemi di sintesi vocale ma, nel 73% dei casi, non vengono percepiti dagli stessi pazienti come funzionali in quanto riproducono una voce metallica standardizzata che toglie molto al processo comunicativo. Mettendo insieme neuroscienze e tecnologie digitali, intelligenza artificiale, sensoristica avanzata e robotica, siamo riusciti a restituire ai pazienti una voce "vera".

Nello sviluppo di «Voice for purpose» entra, dunque, anche l'intelligenza artificiale. Che orizzonti si aprono per quest'area di cui sentiamo sempre più parlare? «Innanzitutto, la sua applicazione nell'assistenza al paziente permette un apprendimento rafforzato dei dati, ovvero la registrazione di tantissime informazioni sul suo status che altrimenti non avremmo e che possono convergere in un database a disposizione della scienza - spiega Guglielmelli -. Pensiamo ad alcune esperienze concrete durante la pandemia: in Lombardia, ad esempio, l'Irccs Fondazione Don Gnocchi ha seguito diecimila pazienti a casa con la teleriabilitazione. Nell'ottica di una medicina sempre più partecipativa sono disponibili sistemi avanzati per il monitoraggio delle terapie, per diagnostica, *imaging* radiologico, chirurgia, gestione di protocolli clinici in fase post acuta. Si tratta di scenari in crescita che potrebbero venire in aiuto proprio per le parti più deboli del Sistema sanitario nazionale, ad esempio la medicina territoriale. Investimenti di risorse in questo momento più favorevole di altri e formazione degli operatori, diffondendo in misura più ampia quello che è già stato oggetto di ricerca: ecco una buona ricetta per curare e assistere al meglio».

Il primo obiettivo di «Voice for purpose» è stato la creazione della banca dati delle voci disponibile per i pazienti. Il lavoro prosegue con l'apporto della sensoristica avanzata che regi-

stra e integra i dati di altri parametri monitorabili quali il battito cardiaco, gli effetti dell'utilizzo di ausili per interagire con l'ambiente, con il fine di creare un sistema sincronizzato che restituisca una voce sempre più realistica

anche sotto il profilo della velocità. «Grazie al contributo di doppiatori, bioingegneri, medici, imprenditori, pazienti e delle loro comunità - precisa il rettore - è stato possibile lavorare per aumentare la qualità della vita di chi soffre. E solo con l'alleanza tra tecnologie, ricerca e clinica si può pensare di centrare l'obiettivo».

«Anche la scienza ha dimostrato di avere un cuore - è il commento di Fulvia Massimelli, presidente di Aisla -. È un'iniziativa bellissima che va ben oltre la scoperta di un dispositivo elettronico: è in grado, infatti, di ridare dignità alla persona malata, alla sua sofferenza, perché non poter esprimere i propri sentimenti è un dramma per chi ha la Sla o altre malattie che privano della capacità di comunicare. Abbiamo fatto un appello come Aisla per far conoscere l'opportunità e permettere ai malati di poter subito registrare la propria voce, se ancora in grado, e a tantissimi donatori di farlo». Tutte le istruzioni sono su www.voiceforpurpose.com/ con la procedura che spiega come fare, «in tantissimi hanno già risposto - riferisce la presidente Aisla -. Questa innovazione si affianca ad altre, come la *smarthome* per rendere la casa intelligente, inclusiva e sicura per le persone con disabilità. È commovente vedere i passi avanti che ha fatto la nostra associazione dalla sua nascita, avvenuta esattamente 40 anni fa: affidiamo la speranza di una cura risolutiva ai ricercatori, ma nel frattempo i nostri malati hanno diritto alla vita e assistenza migliori possibili, nel rispetto della loro persona».



Una serie di nuovi studi mostra come l'isolamento sociale possa favorire lo sviluppo di disturbi cognitivi e tipi di demenza. Ma individua anche forme di prevenzione

Il cervello ha bisogno di compagnia

di **Danilo di Diodoro**

Ci sono prove sempre più evidenti che una condizione di isolamento sociale può favorire lo sviluppo di disturbi cognitivi e anche, nell'anziano, di forme di demenza, come la malattia di Alzheimer. Il risvolto positivo di questa constatazione è che una buona rete di supporto sociale e il continuo scambio affettivo e di idee con altre persone possono proteggere nei confronti di questo tipo di disturbi.

In effetti, da un punto di vista evuzionistico la sensazione di isolamento è una sorta di avvertimento lanciato dall'organismo a sé stesso. Vuole mettere in allerta, segnalare che è necessario attivarsi per tentare di migliorare le proprie possibilità di sopravvivenza e di successo riproduttivo.

In un editoriale scritto sulla rivista *Neurology*, che accompagna alcuni articoli di ricerca sull'argomento, Lawrence Whalley, dell'Institute of Applied Health Sciences dell'University of Aberdeen (Scozia) afferma che queste nuove indagini «forniscono una complessa analisi integrativa di dati epidemiologici, di neuroimaging e di genetica molecolare che mostrano come l'isolamento sociale sia correlato all'incidenza della demenza. Inoltre aggiungono una forte evidenza a quelli che potrebbero essere i possibili meccanismi, mostrando un'associazione tra isolamento socia-

le, riduzione di volume della sostanza grigia cerebrale, presenza di geni inespressi già noti per essere collegati alla malattia di Alzheimer».

Di fatto, uno dei filoni della ricerca attuale su demenze e disturbi cognitivi punta proprio a cercare di capire quanto pesino cause di tipo genetico rispetto a quelle di tipo ambientale, tra i quali l'isolamento sociale. Ad esempio, studi realizzati sui gemelli hanno consentito di ipotizzare che l'influenza dell'ambiente incida sulla malattia di Alzheimer per circa il 20 per cento, ma in realtà districarsi tra le influenze reciproche di ambiente e genetica appare un compito più complesso di quanto si pensasse qualche tempo fa. Infatti, oggi si sa che molti sono i fattori che possono giocare un ruolo nello sviluppo delle demenze, alcuni di tipo genetico, altri riguardanti i processi di neurosviluppo, quindi ad esempio la presen-



za di eventuali gravi avversità nell'infanzia, altri fisici, come l'invecchiamento, altri occupazionali, altri sociali, come appunto uno stato di isolamento. Ma riuscire a fare chiarezza in questo affastellarsi di possibili cause sarebbe davvero importante. «C'è una grande posta in gioco» dice ancora Whalley. «L'identificazione dei circuiti neurali che sottostanno agli effetti dannosi, e di conseguenza di nuovi tipi di intervento che potrebbero consentire di prevenire o ritardare la demenza di Alzheimer».

Una delle ricerche pubblicate sulla rivista *Neurology* alla quale è dedicato l'editoriale di Whalley entra ancora più in dettaglio nella comprensione delle relazioni tra isolamento sociale e demenza. La ricerca è stata realizzata utilizzando dati presenti nella Uk Biobank, un enorme database biomedico e di ricerca che contiene informazioni genetiche e di salute di oltre mezzo milione di persone, ed è stata coordinata da Chun Shen dell'Institute of Science and Technology for Brain-Inspired Intelligence di Shanghai. La ricerca è giunta a distinguere gli effetti causati separatamente dall'isolamento sociale (vivere da soli, scarsi contatti sociali e scarsa partecipazione ad attività sociali) e dalla sensazione di solitudine (sentirsi soli e non avere persone affettivamente vicine). Alla luce dei risultati di questo studio, non sarebbe tanto la sensazione di solitudine a far aumentare il rischio di sviluppare disturbi cognitivi, quanto il vero isolamento sociale. Chi si ritrova isolato, e l'età avanzata espone frequentemente a tale condizione, tende a perdere sostanza cerebrale, in particolare sostanza grigia, quella parte del cervello dove hanno sede i corpi dei neuroni. Una perdita che va a concentrarsi specificamente nelle zone di cervello note per essere implicate nello sviluppo delle demenze. Se si tiene conto che il lungo periodo di emergenza dovuta al

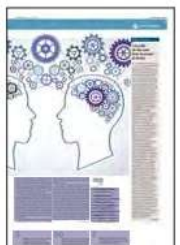
Covid-19 ha peggiorato la condizione di isolamento sociale di tante persone anziane si capisce come i risultati di questo studio siano un segnale di allarme sulla necessità di mettere in atto strategie sociali che dovrebbero cercare quanto più possibile di favorire la connessione di chi è ormai in là con gli anni.

Si tratta di un argomento che appare sempre più di frequente nelle riviste biomediche, anche quelle di più alto livello, visto l'ulteriore incremento previsto nei prossimi anni del numero delle persone anziane. Sulla rivista *The Lancet*, sempre attenta ai temi sociali e di salute pubblica, sono stati pubblicati alcuni articoli di ricerca sull'argomento, accompagnati da un editoriale di Adam Roth del Department of Sociology della Oklahoma State University di Stillwater.

«La connettività sociale, un concetto ampio che comprende struttura, funzione, e qualità delle relazioni sociali rappresenta un potenziale rimedio universale contro il danno cognitivo» scrive.

«In accordo con quanto ritenuto da esperti di area medica, sociale e psicologica, la connettività sociale funziona molto probabilmente attraverso meccanismi multipli che influenzano il declino delle funzioni cognitive in età avanzata. È stato proposto che le persone che si impegnano in maniera significativa su più ambiti sociali di fatto stanno esercitando i loro circuiti neurobiologici in maniera tale che risultano protetti nei confronti degli effetti degenerativi della demenza e di altri danni cognitivi correlati all'età. Nello stesso tempo, ci sono prove che mostrano come queste relazioni sociali di supporto contrastino quegli elementi stressanti della vita che possono arrecare un danno alle funzioni cognitive».

**In persone anziane isolate
è stata riscontrata una perdita
di sostanza cerebrale grigia,
quella dove hanno sede
i corpi dei neuroni**



I giovani soli non riconoscono i volti felici

La solitudine condizionerebbe l'abilità del cervello umano nell'identificare le facce già viste di soggetti della stessa generazione. Chi ha pochi contatti sociali diviene così meno ricettivo verso coloro che sarebbero disposti ad averne
 Rischiando quindi di non uscire più dal proprio isolamento

C'è un legame tra solitudine e memoria e, più nello specifico, tra i giovani che si sentono soli e la difficoltà a ricordare i volti felici dei coetanei sconosciuti ma già incontrati in precedenza. Chi ha pochi contatti sociali, in pratica, sarebbe meno ricettivo verso coloro che sarebbero disposti ad averne. Rischiando di non uscire più dallo stato di solitudine in cui si trova.

È quanto osservato in uno studio condotto dal dipartimento di Psicologia dell'università Sapienza di Roma in collaborazione con l'università inglese di Bournemouth e pubblicato sulla rivista *Scientific Reports*. Il campione preso in esame è di 235 studenti universitari, 42 maschi e 192 femmine, di età compresa tra 18 e 30 anni.

«Un alto livello di solitudine influenza la capacità di riconoscere le persone non familiari che per la loro espressione sorridente invitano ad avvicinarsi e quindi potrebbero essere importanti per instaurare una nuova relazione» spiega Anna Pecchinenda, docente di Psicologia delle emozioni dell'ateneo romano, alla guida del te-

am di ricercatori. «Questa ricerca è nata durante il lockdown per la pandemia di Covid, considerando le difficoltà che avevano gli studenti che vivevano da soli — puntualizza Pecchinenda —. Mentre facevo lezione da remoto lamentavano una minor capacità di concentrazione dovuta all'isolamento, ma allo stesso tempo erano refrattari a trovare soluzioni alla loro condizione».

Lo studio parte da un presupposto, già dimostrato in letteratura, ossia che siamo più bravi a memorizzare i volti delle persone della nostra stessa età. Un fenomeno che in psicologia è noto come «own age bias». Molto simile a un'altra tendenza, quella a riconoscere più facilmente le facce della gente che fa parte del nostro gruppo etnico («own race bias»).

La seconda premessa alla base dello studio è che le persone che sentono di non avere (o non avere abbastanza) legami importanti su cui contare sono a loro volta più inclini a fare attenzione ai segnali di rifiuto e di pericolo che arrivano dalla società. Innanzitutto chiariamo cosa si intende per solitudine. «È un sentimento che non dipende tanto dal numero di rapporti sociali che una persona ha in assoluto ma da quanto questi rapporti siano soddisfacenti per lei, ovvero se appaiano il bisogno di appartenere al

gruppo in cui si identifica. Si possono incontrare tante persone, ma non sentire di avere un legame con nessuno» puntualizza Pecchinenda.

I ricercatori hanno dimostrato che la solitudine condiziona l'abilità del cervello umano di riconoscere i volti già visti di persone della stessa generazione. In particolare, modificando la memoria per le facce sorridenti, che veicolano un'emozione in cui i soggetti senza contatti sociali significativi non si identificano. Lo studio (condotto in modalità online) ha previsto due fasi. Nella prima i partecipanti hanno visualizzato le foto di soggetti giovani e anziani con espressione felice, arrabbiata e neutra. L'obiettivo era la memorizzazione dei volti tenendo conto dell'età diversa. Nella seconda sono stati mostrati metà dei visi già proposti insieme ad altri nuovi, sempre caratterizzati da espressioni di felicità, rabbia, neutralità. Il risultato? Nei cento studenti che riferiscono di



provare un alto livello di solitudine (circa il 50 per cento del campione analizzato) è stata riscontrata una capacità inferiore del 35,6 per cento nel tenere a mente i volti felici dei soggetti giovani (quindi della stessa età) rispetto agli studenti che avvertono un senso di solitudine inferiore. Mentre non si è verificata nessuna differenza rilevante tra i due gruppi nel riconoscimento dei visi arrabbiati o neutri.

Solitudine chiama solitudine: è quello che suggerisce l'esito di questa indagine. Il rischio cioè di una cronicizzazione dello stato di isolamento.

«Poiché ricordare le persone appena incontrate che inviano un segnale di apertura è alla base dello stabilire nuovi legami, il fatto che questo non avvenga in chi ha un alto livello di solitudine può in parte spiegare il meccanismo che determina la perpetuazione dell'isolamento sociale. A cui concorre senz'altro la rappresentazione che questo sentimento genera nei confronti degli altri, percepiti come più negativi e minacciosi» sottolinea la docente. Che avverte: «Negli anziani, la solitudine cronica è associata a un aumento della mortalità di oltre il

20 per cento».

A questo punto si potrebbe pensare a un rimedio per prevenire o rompere la solitudine.

«Dare delle prescrizioni generiche, del tipo "esci di casa più spesso", non funziona. Si tratta piuttosto di creare delle opportunità di interazione sociale in linea con gli interessi della persona. Non basta, infatti, che chi sente solo parli con tante persone ma che riesca ad avere un feeling con i suoi pari» conclude Pecchinenda.

Chiara Daina

Il sorriso veicola un'emozione in cui non si identifica chi non ha relazioni significative

Ricerca inglese

Una condizione che tanti sperimentano già durante l'infanzia e molti di più nella giovinezza

Circa settemila persone di età superiore ai 65 anni, che erano entrate a far parte del BBC Loneliness Experiment condotto nel 2018, sono state ora studiate da un gruppo di ricercatori guidati da Christina Victor del Department of Health Sciences della Brunel University di Londra, per valutare le loro esperienze di solitudine lungo tutta l'esistenza. Il campione così selezionato ha permesso ai ricercatori di avere a disposizione un'ampia casistica di persone che sperimentavano una condizione di solitudine. I risultati dello studio, pubblicato sugli *Archives of Gerontology and Geriatrics*, mostrano come oltre il 70 per cento delle persone avesse provato la solitudine in vari stadi della vita: circa un quarto già durante l'infanzia e quasi il 40 per cento nella giovinezza. E coloro che avevano avuto queste esperienze sono anche quelli che in età avanzata avevano maggiori probabilità di sentirsi soli. Dallo studio è emerso anche il legame esistente tra esperienze di solitudine e stato di salute: come già indicato da ricerche precedenti, si conferma che tutte le persone oltre i 65 anni che si trovano in isolamento valutano la propria salute come incerta, spesso si trovano anche in condizione economiche difficili, hanno difficoltà ad allacciare relazioni d'aiuto con i vicini di casa.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Alimentazione

Le diete studiate
per i bambini
con patologie
metaboliche

di **Maria Giovanna Faiella**

11



Cento ricette per bambini con malattie metaboliche

di **Maria G. Faiella**

La dieta è una vera e propria terapia salvavita per i bambini nati con alcune malattie genetiche metaboliche: a seconda della patologia, deve essere priva di proteine, o di grassi, o di fruttosio, oppure di altri nutrienti che il corpo non riesce a metabolizzare; inoltre, può includere «alimenti a fini medici speciali», non sempre appetibili, prescritti dal Centro clinico di riferimento per la malattia e a carico del Servizio sanitario nazionale. Per dare supporto pratico alle famiglie e ai pazienti costretti a gestire ogni giorno regimi alimentari molto restrittivi, l'Associazione italiana sostegno malattie metaboliche ereditarie Aps (Aismme) ha promosso una collana di cinque ricettari dal titolo: «Cosa mangerà da grande? Ricette per diete metaboliche speciali».

Ciascun volume risponde alle esigenze di un tipo di dieta e contiene

22 ricette studiate appositamente e selezionate da specialisti. Sono già disponibili il primo libretto con ricette a basso contenuto di proteine o ipoproteiche (adatte, per esempio, alla dieta per la fenilchetonuria, tra le malattie metaboliche rare più frequenti) e il secondo, che contiene ricette per diete a basso contenuto di grassi o ipolipidiche.

Gli altri tre volumi saranno pronti entro l'estate del 2024 (si veda il box). «Il rapporto con il cibo, soprattutto dei bambini, può essere problematico, ma il regime alimentare prescritto dagli specialisti va osservato rigorosamente per tenere sotto controllo le conseguenze anche gravi della malattia — premette Manuela Vaccarotto, vicepresidente di Aismme —. Alcune diete per le malattie metaboliche arrivano a escludere fino all'80 per cento dei normali gruppi alimentari, per esempio carne, pesce, latticini, uova. Gli stessi "alimenti a fini medici speciali", utilizzati in diversi casi fin dallo svezzamento, hanno scarsa palatabilità».

«Per questo i ricettari sono pen-

sati per rendere il cibo gustoso e un piacere da condividere insieme agli altri — prosegue Vaccarotto —. Ideati dalla dottoressa Alice Dianin, dietista dell'unità operativa di malattie metaboliche ereditarie dell'Azienda ospedaliera universitaria integrata di Verona e sviluppati in collaborazione con *èCucina*, propongono un po' di trucchi ai fornelli e anche ricette tradizionali rielaborate quali, per esempio, lasagne al forno aprotiche».

Per la qualità del progetto, la collana ha ottenuto il patrocinio della Società italiana malattie metaboliche e screening neonatali, della rete europea di riferimento MetabERN e dell'Azienda ospedaliera universitaria di Verona.

I ricettari sono distribuiti gratuitamente da Aismme in collaborazione coi Centri di cura e su richiesta (scrivere a: info@aismme.org).



Regione Lazio

Rocca "guiderà" la Sanità e accelera sulla giunta

Giornata di incontri e telefonate per Francesco Rocca, neo presidente della Regione Lazio. L'attenzione è concentrata sulla formazione della giunta. Su questo è stato chiaro: aspetterà le indicazioni dei partiti della coalizione poi farà le sue valutazioni. Questo tranne per Sanità e Bilancio.

Pacifico a pag. 59



Rocca guiderà la Sanità: si accelera sulla giunta

► Il presidente sempre più intenzionato a tenere la delega: «Il dossier è delicato» ► Da definire le quote: sia Forza Italia che la Lega chiedono due assessorati

le elezioni regionali ha ribaltato quelli che erano i propositi della coalizione prima del voto: 2 poltrone per i partiti maggiori, una per quelli più piccoli, due a tecnici. Fdl avrà nel nuovo Consiglio 22 rappresentanti sui 30 della maggioranza e tanto basta per capire che il partito di Giorgia Meloni chiederà più spazio. Anche guardando alla presidenza dell'aula e alla vicepresidenza della giunta. Ieri sia la Lega sia Forza Italia hanno fatto sapere all'azionista di maggioranza del centro-destra di aspirare a due assessorati. Il Carroccio chiede anche che Pino Cangemi sia alla guida

del Consiglio, magari lasciando i posti in giunta ai primi dei non eletti con un ampio bagaglio di consensi come Pasquale Ciaccarelli o Daniele Giannini. Dal fronte azzurro la richiesta di due assessori sarebbe stata confermata anche nel vertice alla Farnesina tra Rocca e Tajani. Il ministro pe-

Giornata di incontri (ha visto il ministro degli Esteri, Antonio Tajani), di telefonate e di attese quella di ieri per Francesco Rocca. A 72 ore dalla sua elezione a presidente della Regione Lazio, l'attenzione di tutto il mondo politico è sulla formazione della sua giun-

ta. E su questo fronte il governatore è stato chiaro con tutti quelli che ha visto o sentito ieri: aspetterà le indicazioni dei partiti della coalizione (non soltanto sui nomi ma anche sul numero di caselle



da attribuire a ogni forza politica) e poi farà le sue valutazioni. Questo metodo non verrà applicato a due poltrone: Sanità e Bilancio. Per l'assessorato che gestisce oltre il 70 per cento del budget regionale il neopresidente ha rafforzato in queste ore la convinzione di mantenere questa delega. Molto probabilmente sarà affiancato da un direttore generale forte (si fanno i nomi di Ferdinando Romano, oggi alla guida dell'Asl Abruzzo 1, e di Andrea Urbani) che ben conosce la situazione romana, poi sarà scelto un assessore tecnico. L'ex presidente della Croce Rossa avrebbe spiegato che, «vista la delicatezza dei dossier», vuole gestire questa partita direttamente anche per gestire possibili malcontenti. Sul fronte del Bilancio non si esclude lo sbarco in via Cristoforo Colombo di un tecnico con grande esperienza. Nei giorni scorsi si è parlato di un alto dirigente del Mef. Ma su questo fronte c'è da fare i conti con le richieste dei partiti che lo appoggiano, sono sei, a fronte di

dieci caselle da riempire.

GLI EQUILIBRI

Poche le altre certezze su questa partita: è scontato un ruolo di primo piano per i consiglieri di Fratelli d'Italia più votati come Giancarlo Righini, Fabrizio Ghera e Roberta Angelilli. Poi vanno trovate quattro donne (che mancano) e Rocca vorrebbe garantire un assessorato anche alle altre province del Lazio. Poi l'esito del-
 rò ci ha tenuto a sottolineare che non si è parlato soltanto di politica. «Gli ho augurato buon lavoro - ha scritto su Twitter - e ci siamo confrontati, anche in virtù del ruolo che ha ricoperto per la Croce Rossa, sugli aiuti che il governo sta inviando in Turchia e Siria».

Sempre Rocca ieri ha lavorato anche sulle prime delibere da approvare in giunta. Già all'inizio di marzo vuole fare il primo intervento per tagliare le liste d'attesa e ridurre il caos nei pronto soccorso: in quest'ottica guarda a in-

serire nel Cup, nel sistema di prenotazione, anche le prestazioni che devono erogare le cliniche convenzionate, e a trovare più posti letti per il "boarding" in modo da non lasciare pazienti nei Dea per trasferirli in corsia. Tra le priorità c'è anche la situazione della Roma-Lido: in attesa che Cotral metta in esercizio un altro treno, il governatore vuole velocizzare i lavori di manutenzione sui convogli e quelli sulla futura stazione di Acilia Sud.

Francesco Pacifico

PER LA SCELTA DEI NOMI POLITICI IL GOVERNATORE ATTENDE LE INDICAZIONI DEI PARTITI

AL BILANCIO SI PARLA DI UNA FIGURA TECNICA IN ARRIVO DAL MINISTERO DELL'ECONOMIA



Il ministro degli Esteri Antonio Tajani con il neo governatore del Lazio Francesco Rocca



I 60 anni del Gemelli: «Un servizio per tutti»

Roma, il rettore e l'inaugurazione dell'anno accademico del Policlinico universitario

ROMA Gira la boa dei 60 anni il Policlinico universitario Agostino Gemelli. Cinquemila iscritti e duemila laureati in corso di specializzazione sono il patrimonio da cui riparte la grande struttura romana che, oltre alla formazione dei medici, garantisce ai cittadini del Centrosud centomila ricoveri all'anno e oltre un milione di prestazioni ambulatoriali.

La facoltà di Medicina e Chirurgia, ricorda il preside Antonio Gasbarrini, è una delle 12 facoltà dell'università Cattolica del Sacro Cuore, l'unica assieme a Economia con sede a Roma, in un campus dedicato al fondatore, padre Agostino Gemelli.

Ieri per l'inaugurazione dell'anno accademico 2022-2023 il rettore Franco Anelli, con un discorso di apertura di fronte ai ministri Piantedosi (Interno), Schillaci (Salute), Sangiuliano (Cultura), ha sottolineato più volte il valore «di

un progetto culturale e ideale la cui missione è quella di porre scienza e assistenza a disposizione di tutti, offrendo un servizio prevalentemente pubblico». Un ruolo che, ha aggiunto, «non di rado viene frainteso in modo riduttivo e formalistico»: «Non siamo erogatori privati di prestazioni sanitarie — ha affermato —. Questa è una descrizione che tradisce la nostra identità e il nostro concreto operare». In altre parole, il Gemelli vuole distinguersi «da soggetti che si muovono in una logica profit, pienamente legittima, ma nella quale non ci riconosciamo».

Per Anelli è necessario ottenere un posizionamento definito e stabile all'interno del sistema sanitario pubblico, anche a livello di finanziamenti, «in una prospettiva di lungo periodo». Il Policlinico universitario chiede di poter essere «liberato» dall'etichettatura di privato perché pur non

essendo statale è un luogo di cura e ricerca, due pilastri «mai sorretti da intenti speculativi».

Una revisione dei finanziamenti è stata ipotizzata dal ministro della Salute, Orazio Schillaci. Che ha parlato di Drg, il meccanismo delle tariffe con cui vengano erogati i rimborsi agli ospedali pubblici e alle strutture private in convenzione: «Sono stati ideati diversi anni fa e quindi vanno rivisti, perché è la medicina ad aver avuto una mutazione».

Il cambiamento investe soprattutto l'ambito tecnologico. Apparecchiature e strumentazioni aggiornate di continuo, sempre più sofisticate, precise e costose. Basta guardare quello che sta accadendo nel campo della radiologia, immersa in una nuova era.

«Ci siamo evoluti fino a immagini dinamiche, tridimensionali, con le più varie sfu-

mature di colore e molto deve ancora succedere. Siamo nell'era dell'intelligenza artificiale», ha sintetizzato nella prolusione la professoressa Evis Sala, origini albanesi, appena arrivata da Cambridge.

A proposito di rimborsi Schillaci ha aggiunto: «Oltre a un problema economico, credo ci sia anche un problema di appropriatezza. Appena possibile abbiamo in agenda anche questo».

Margherita De Bac
mdebac@rcs.it

La cerimonia

Il discorso di Anelli di fronte ai ministri Piantedosi, Schillaci e Sangiuliano

La scheda

● Ieri, a Roma, si è svolta la cerimonia di inaugurazione dell'anno accademico del Policlinico universitario Agostino Gemelli

● Nata 60 anni fa, la facoltà di Medicina e Chirurgia è una delle 12 facoltà dell'Università Cattolica. Conta quest'anno 5 mila iscritti e 2 mila laureati in corso di specializzazione

100

Mila
i ricoveri effettuati ogni anno al Policlinico universitario Agostino Gemelli di Roma

1

Milione
Le prestazioni ambulatoriali erogate ogni anno dal Gemelli, punto di riferimento del Centrosud



Sanità, ambulatori popolari per chi è fuori dal pubblico

Burocrazia, povertà, bassa scolarità bloccano l'accesso alle cure dove non ci sono i servizi territoriali

ADRIANA POLLICE
Napoli

■ Cinque sale con apparecchiature avanzate, un reparto odontoiatrico con doppia poltrona: è l'ambulatorio Purgatorio ad Arco, 200 metri quadrati ristrutturati dalla Fondazione Massimo Leone, ospitato nei locali concessi in comodato d'uso dall'Opera Pia Purgatorio ad Arco. Visite (gratuite) odontoiatriche, cardiologiche, dermatologiche e consultazioni per l'area della medicina generale, dell'otorinolaringoiatria, pneumologia, ginecologia, oculistica, psichiatria. L'iniziativa ha il sostegno del progetto Opera 5 che ha avuto un finanziamento di 600mila euro dalla Fondazione Con il Sud e 150mila dai partner.

CITROVIAMO NEL CENTRO STORICO, zona Decumani, l'ambulatorio copre i bisogni di salute di chi non ha i soldi per il privato e non riesce a entrare nel pubblico. Aurora Caliendo, coordinatrice della fondazione Massimo Leoni: «Avevamo già due ambulatori attivi sul territorio: uno coordinato dall'associazione Riario Sforza, l'altro gestito da noi nei locali del dormitorio pubblico del comune di Napoli. Abbiamo inaugurato il terzo». Non si sostituiscono al pubblico ma orientano al Servizio sanitario nazionale: «L'accesso alle cure può essere difficile - prosegue Caliendo -. Quando le persone si trovano in condizioni di povertà sanitaria talvolta non hanno il medico di base, i sistemi informatizzati sono un'altra barriera, vanno accompagnate nel processo burocratico. In ambulatorio offriamo

una spazio di ascolto e presa in carico. Ci occupiamo anche di senza fissa dimora, persone che a volte hanno perso l'identità, molti non hanno un domicilio, per ottenere un medico di base ci raccordiamo con i servizi sociali del comune. Venti anni fa i senza fissa dimora erano soprattutto nella fascia 50/60 anni, oggi per strada troviamo i ragazzi, persone di 30 anni in difficoltà ma anche motivate ad assumere competenze nuove, farsi accompagnare in percorsi lavorativi».

DA MARZO 2022 il progetto ha preso in carico 919 persone. Un approccio che ricorda quello che avrebbero dovuto avere i distretti sanitari e che, in molte parti del territorio, non si è mai realizzato. Una missione che poi è stata dirottata sulle Case di Comunità, che però il nuovo governo ha messo in discussione. Ma i bisogni non spariscono. «Gli utenti si rivolgono ai nostri servizi gratuiti per un'esigenza immediata di cura, gli operatori dell'area sociale cercano di accompagnarli verso la prevenzione. Facciamo campagne vaccinali, antitumorali, screening».

IL MINISTRO SCHILLACI ha chiarito qual è la ricetta del governo: «Bisogna mettere nel sistema tutte le possibilità che ha il cittadino, quindi sia la sanità pubblica che il privato convenzionato». Chi è fuori da questo circuito è destinato a restarci senza una rete sul territorio. A Materdei c'è l'ambulatorio popolare dell'Ex opg Je so' pazzo, racconta Claudia Di Ludovico: «L'abbiamo aperto nel 2017, era nato come sportello d'ascolto per fornire supporto psicologico poi la platea dei me-

dici si è allargata fino a circa 40: alcuni sono fissi e prestano servizio settimanalmente a titolo gra-

tuito, altri possono essere chiamati quando c'è un'esigenza specialistica. Gli studenti di medicina organizzano la segreteria e fanno triage». Gli utenti? «Chi non ha documenti - prosegue -. Poi ci sono quelli che hanno difficoltà a pagare il ticket: il costo è intorno ai 40 euro ma ad esempio per una visita ginecologica più ecografia diventano 80. Poi ci sono le liste di attesa impossibili. E c'è la barriera linguistica: noi abbiamo "in casa" il Movimento Migranti e Rifugiati, se serve un interprete ci affacciamo nel corridoio e chiediamo, un servizio che difficilmente si trova nelle strutture pubbliche e private. Vengono da noi per la bassa soglia: la burocrazia per persone con bassa scolarità o non italiane può essere complicatissima».

HANNO COMINCIATO con macchinari donati, tre anni fa con la raccolta fondi hanno comprato un ecografo di ultima generazione portatile per utilizzarlo dove serve. Adesso hanno ordinato una sonda ginecologica compatibile con l'ecografo. «La nostra idea - spiega Di Ludovico - non è sostituisci al Sistema sanitario ma far entrare le persone nel sistema per proseguire i follow up. Quando facciamo le giornate di prevenzione c'è il plenone. Manca la medicina territoriale, i consultori sono pochi, meno di quando preveda la legge».

A BAGNOLI c'è la Casa del popolo Villa Medusa. Ex quartiere operaio, chiuse le fabbriche sono



il manifesto

spariti i servizi. Gli attivisti di Villa Medusa stanno lavorando alla costituzione di un ambulatorio popolare: «La sanità pubblica - racconta Ludovica - è diventata simile a un'azienda, un modello basato sulle prestazioni e non sulla presa in carico. Siamo partiti dallo sportello psicologico "Reciprocamente" e dalle lotte per la salute». Lotte per la bonifica di Bagnoli ma anche per la riapertura del plesso di via Enea: «Era un consultorio - prosegue - e poi la sede dell'Asl chiusa poco prima della pandemia. Durante il Covid siamo rimasti senza l'unico presidio di sanità ter-

ritoriale del quartiere. L'8 marzo scorso l'abbiamo occupato, abbiamo continuato a batterci fino a quando la regione ha deciso di trasformarlo in Casa di Comunità ma ci vorranno alcuni anni. Così abbiamo iniziato il controllo popolare del processo e all'Asl abbiamo chiesto una soluzione ponte. Intanto, stiamo cercando medici e infermieri per aprire l'ambulatorio. Vogliamo aiutare le persone a orientarsi, fare campagne di informazione per renderle più consapevoli ma anche protagoniste delle lotte per la salute».

Purgatorio ad Arco, Ex opg e Villa Medusa: a Napoli tre risposte dal basso



L'ambulatorio medico "Purgatorio ad Arco"

