



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

11 Aprile 2023

A CURA DELL'ADDETTO STAMPA CRT SICILIA

MARIELLA QUINCI



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Il dato

Donazione di organi, Geraci Siculo il più generoso tra i piccoli Comuni italiani

Il borgo delle Madonie si conferma al primo posto nelle dichiarazioni di volontà registrate all'atto dell'emissione della carta d'identità.

11 Aprile 2023 - di [Redazione](#)



PALERMO. **Geraci Siculo**, in provincia di Palermo, si conferma in testa alla classifica dei piccoli Comuni in tema di donazione di organi e tessuti. Il dato emerge dall'ultima edizione dell'Indice del **Dono**, il rapporto realizzato dal Centro nazionale trapianti che analizza i numeri delle **dichiarazioni di volontà** alla donazione di organi e tessuti registrate nel 2022 all'atto dell'emissione della **carta d'identità** elettronica nelle anagrafi dei 7.028 Comuni italiani in cui il servizio è attivo.

Il boom del consenso alla donazione di organi

Nel piccolo Comune delle **Madonie** nel 2021 dopo la morte della piccola Marta i genitori avevano voluto simbolicamente firmare il consenso alla donazione degli organi anche se poi il prelievo non era stato possibile per ragioni cliniche. La commozione generata da questa tragedia ha radicato in paese una profonda cultura della donazione. Nel 2020, infatti, a Geraci Siculo l'opposizione alla donazione sfiorava il 58%, dopo la morte della piccola i contrari sono crollati al 4,6% e l'astensione al 10,7%.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

GIORNALE DI SICILIA

Trapianti, in 2 milioni hanno detto sì alla donazione nel 2022

11 Aprile 2023



Il Sistema informativo trapianti ha raggiunto 15,5 milioni di dichiarazioni registrate da parte dei cittadini riguardo l'eventuale disponibilità a donare organi: 11,1 milioni di sì alla eventuale donazione e 4,4 milioni di no e nel 2022 sono stati registrati 2,8 milioni di nuove dichiarazioni di volontà alla donazione. Gli italiani che hanno indicato la loro disponibilità a dichiarare sono stati 1,9 milioni (68,2%) ma si sono registrati anche quasi 900mila no (31,8%), con un leggero peggioramento rispetto al 2021 quando i consensi si erano attestati al 68,9%.

E' quanto emerge dall'ultima edizione dell'Indice del Dono, il rapporto realizzato dal Centro nazionale trapianti che analizza i numeri delle dichiarazioni di volontà alla donazione di organi e tessuti registrate nel 2022 all'atto dell'emissione della carta d'identità elettronica nelle anagrafi dei 7.028 Comuni italiani in cui il servizio è attivo.

A esprimersi è stato il 55,5% dei cittadini che si sono recati all'anagrafe per richiedere la carta d'identità. Nel dettaglio, le percentuali di consenso maggiori sono state registrate tra le donne (71,3%, contro il 66,2% di sì espresso tra gli uomini) e tra i 35-40enni (72,6%), mentre l'opposizione alla donazione è leggermente più alta fra i giovanissimi (nel 2022 il 30,2% dei 18-25enni ha registrato un no) per poi crescere esponenzialmente oltre i 70 anni (42,4% di no tra i 70-80enni, 56,5% tra gli over 80) nell'errata convinzione che la donazione degli organi in età avanzata non sia possibile.

Primi per generosità Trento e Geraci Siculo

Per il secondo anno consecutivo Trento è la più generosa tra le grandi città italiane in tema di donazione di organi e tessuti, così come il piccolo borgo di Geraci Siculo si conferma in testa alla classifica dei piccoli comuni, frutto di una sensibilità scaturita da una vicenda avvenuta nel 2021, alla morte di una bambina geracese di 11 anni, Marta Minutella, i cui genitori avevano voluto simbolicamente firmare il consenso alla donazione degli organi anche se poi il prelievo non era stato possibile per ragioni cliniche.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

La commozione generata da questa tragedia ha radicato in paese una profonda cultura della donazione. Mentre tra i centri di media dimensione a primeggiare sono la pugliese Corato e l' abruzzese Guardiagrele. Sono questi i risultati dell' ultima edizione dell' Indice del Dono, il rapporto realizzato dal Centro nazionale trapianti che analizza i numeri delle dichiarazioni di volontà alla donazione di organi e tessuti registrate nel 2022 all'atto dell' emissione della carta d'identità elettronica nelle anagrafi dei 7.028 Comuni italiani in cui il servizio è attivo. L'Indice è stato pubblicato in vista della 26ma Giornata nazionale della donazione degli organi che si celebra domenica prossima 16 aprile.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

GIORNALE DI SICILIA

Dono degli organi, San Pier è il comune più generoso del Fvg

11 Aprile 2023



(ANSA) - TRIESTE, 11 APR - San Pier d'Isonzo (Gorizia) è il comune più generoso del Friuli Venezia Giulia per quanto riguarda la donazione di organi. Lo certifica l'ultima edizione dell'Indice del Dono, il rapporto realizzato dal Centro nazionale trapianti che analizza i numeri delle dichiarazioni di volontà alla donazione di organi e tessuti registrate nel 2022 all'atto dell'emissione della carta d'identità elettronica nelle anagrafi dei 7.028 Comuni italiani in cui il servizio è attivo.

L'Indice è stato pubblicato in vista della 26/a Giornata nazionale della donazione degli organi che si celebra domenica 16 aprile: i valori sono espressi in centesimi e tengono conto di alcuni indicatori come la percentuale dei consensi, quella delle astensioni e il numero dei documenti emessi. San Pier d'Isonzo ha raggiunto un indice del dono di 82,90/100, grazie a un tasso di consensi dell'88,5% con un'astensione del 19,6%: un dato che è valso il primato regionale davanti a Socchieve (Udine) e Malborghetto Valbruna (Udine).

Udine è la migliore tra le province del Fvg nel complesso, 12/a su 107 a livello nazionale, mentre Trieste è 22/a, Pordenone 23/a e Gorizia 27/a. Il Friuli Venezia Giulia è risultato quarto tra le regioni italiane, scalando una posizione rispetto al 2021, con un indice del dono di 63,07/100 (consensi alla donazione pari al 71,3%), sopra la media nazionale che nel 2022 si è attestata a quota 58,64/100 (consensi 68,2%).



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia



Migrazione sanitaria

Lotta ai tumori, Cart-T pure in Sicilia ma 1 paziente su 5 si fa curare altrove

Il dato è emerso dal controllo dei registri di monitoraggio Aifa. Insanitas ha parlato dell'argomento con Luca Castagna, Maurizio Pastorello e Caterina Patti.

11 Aprile 2023 - di [Caterina Ganci](#)

PALERMO. Le **CAR-T** sono la nuova frontiera della medicina personalizzata nel campo dei **tumori** e rappresentano una possibilità in quei pazienti nei quali le precedenti strategie terapeutiche standard (chemioterapia e trapianto di cellule staminali emopoietiche) hanno fallito. In Sicilia, da oltre un anno, nel dipartimento di **Ematologia** dell'azienda ospedaliera **Villa Sofia-Cervello** e nell'U.O. di Ematologia della casa di cura **La Maddalena**, sono gestite le terapie genetiche innovative.

Car-T e migrazione sanitaria dalla Sicilia

Nonostante la presenza dei due centri, circa il **20% dei pazienti siciliani** continua ad andare fuori l'Isola per le cure. Il dato è emerso dal controllo dei registri di monitoraggio Aifa. A proposito dei trattamenti CAR-T avviati nel 2022, risulta che su un totale di venti pazienti siciliani quattro hanno ricevuto la terapia in centri di ematologia extraregionali. E questo comporta disagi per i pazienti e per i loro caregiver ma anche dei costi per la **mobilità passiva**. La scelta sembra dipendere dal consiglio di alcuni medici oppure dal paziente che decide di farsi seguire in altre regioni.

Il dato è saltato all'occhio dell'ex dirigente generale dell'assessorato alla Salute, **Mario La Rocca**, che a dicembre ha invitato i direttori generali e sanitari delle aziende sanitarie, il direttore di Villa Sofia-Cervello e il responsabile de La Maddalena a *"impartire specifiche disposizioni alle unità operative di Ematologia delle proprie aziende affinché indirizzino i pazienti potenzialmente eleggibili al trattamento nei centri regionali autorizzati piuttosto che verso centri extraregionali"*. Una disposizione che sarà verificata periodicamente.

La sensibilizzazione sul ricorso alla Car-T

Per ridurre il fenomeno della mobilità passiva, già da qualche tempo sono in atto delle strategie di **sensibilizzazione** e informazione da parte dei centri accreditati. «Diversi sono gli eventi formativi che abbiamo organizzato insieme a La Maddalena – dice a Insanitas **Luca Castagna**, Direttore dell'UOSD "Unità Trapianti Midollo Osseo e Terapie Cellulari" di Villa Sofia-Cervello- Periodicamente sono impegnato in riunioni con gli ospedali. Gli ematologi, quindi, sanno che in due centri a Palermo si fa il trattamento CAR-T. C'è un problema di accessibilità, probabilmente legato all'indirizzo che è dato ai pazienti dai centri non autorizzati. Ci dovrebbe essere un maggiore coordinamento tra i due centri e quelli in cui non viene fatto il trattamento».



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Per il direttore dell'unità trapianti andare fuori per le cure «è una follia e **non c'è ragione** poiché il trattamento è lo stesso e la permanenza ha dei costi elevati per il paziente e l'accompagnatore. Qui è tutto gratuito e non c'è lista d'attesa. La vera attesa, invece, riguarda i tempi di consegna del **farmaco** che arriva dall'estero e al momento soltanto **due case farmaceutiche** riforniscono tutto il mondo. Pertanto è un problema che accomuna tutti i centri. Il tempo è prezioso per i pazienti, che devono essere in buone condizioni di salute per iniziare la terapia. Dall'indicazione all'inizio del trattamento passano circa cinquanta giorni, fondamentale, quindi, che l'individuazione della malattia avvenga subito».

Le Cart-T a Villa Sofia-Cervello

L'anno scorso sono stati **dieci** i trattamenti eseguiti nell'ospedale Villa Sofia-Cervello, mentre in questi primi tre mesi sono state eseguite tre CAR-T. Numeri che si presume, aumenteranno nei prossimi mesi quando sarà approvato il trattato anche per i mielomi. «Avremo un afflusso maggiore- commenta Castagna- il dato teorico indica almeno il 50%-60% di pazienti che potrebbero accedere al CAR-T».

E da circa un anno è in corso una ristrutturazione del reparto di **Oncoematologia** con un ampliamento dei posti letto che saranno in totale venti. «La consegna dei locali era prevista per giugno 2022 ma sappiamo che avverrà a breve- dice Castagna- cinque posti letto saranno destinati alla terapia cellulare».

L'acquisto dei farmaci per la Car-T

«Siamo a conoscenza che alcune Ematologie della Sicilia indirizzano fuori- aggiunge **Maurizio Pastorello** dirigente del servizio di farmacia dell'Asp di Palermo (ente capofila per la stipulazione dei contratti e per l'acquisto dei medicinali) e consigliere Regionale della SIFO – I centri sono uguali in Italia. Abbiamo fatto un servizio che funziona rispetto ad altre regioni. La richiesta del farmaco è inviata subito».

Come funziona la terapia Car-T

«È una terapia innovativa che ci consente di salvare i pazienti che non hanno possibilità di sopravvivenza a lungo termine- spiega **Caterina Patti**, Direttore dell'UOC Oncoematologia di Villa Sofia Cervello- Oltre il 40% risponde e riusciamo a salvarli. Il metodo innovativo utilizza specifiche **cellule immunitarie** (i linfociti "T"), che sono estratte da un campione di sangue del paziente, modificate geneticamente e "ingegnerizzate" in laboratorio per essere poi re-infuse nel paziente al fine di attivare la risposta del sistema immunitario contro la malattia».

11/04/2023

A LUGLIO ERA STATO APPROVATO L'INCREMENTO A 180 EURO AL GIORNO: PER ORA NON SARÀ APPLICATO

Don Uva, dopo gli abusi sui disabili in clinica stop agli aumenti di tariffa

La Regione: prima completare le verifiche

● **BARI.** La Regione ha bloccato l'adeguamento delle tariffe per le ex cliniche psichiatriche «Don Uva» di Bisceglie e Foggia. La notizia, emersa per via sindacale, è collegata con le verifiche avviate a gennaio dopo l'inchiesta giudiziaria che ha fatto emergere gli abusi su 25 pazienti della sede foggiana da parte di 30 dipendenti (tra infermieri, Oss, ausiliari e pulitori) avrebbero compiuto violenze e (in due casi) anche atti sessuali: il sospetto - per quello che riguarda gli aspetti amministrativi - è che nelle strutture non ci fosse il personale previsto contrattualmente per l'assistenza agli ex pazienti ortofrenici.

Dopo aver proceduto alla «riclassificazione», che comporta anche l'individuazione dei nuovi standard assistenziali, a luglio 2022 - non senza suscitare polemiche - la Regione ha rivisto le tariffe per l'assistenza ai 120 disabili

«pluriminorati psicosensoriali in condizione di gravità» ospitati dagli ex istituti ecclesiastici, portandole a 180 euro al giorno. A fronte di questo incremento, che vale all'incirca 2 milioni di euro l'anno, la Universo Salute si era impegnata ad applicare nuovamente al personale il contratto Aris-Aiop (ora viene applicato quello, meno. La scorsa settimana il dipartimento Salute ha scritto alla Asl Bat per bloccare l'applicazione delle nuove tariffe fino al rilascio degli accreditamenti definitivi. Cioè fino al termine delle verifiche ordinate all'indomani degli arresti.

Lo stop riguarda tutte le nuove tariffe concordate per l'ex Don Uva, comprese quelle applicabili alla riabilitazione. Universo Salute ha così informato i sindacati che la sospensione dell'applicazione delle nuove tariffe congela, a scata, anche il ritorno al

contratto delle case di cura private, che garantirebbe ai dipendenti stipendi più alti di circa il 30%.

La situazione resta dunque molto delicata. Dopo lo scandalo dei maltrattamenti (i dipendenti che non si sono dimessi volontariamente sono stati licenziati), la Regione ha acceso un faro sulla gestione del Don Uva, e soprattutto sui controlli che dovevano essere effettuati (dalle Asl Bat e Foggia) sull'adeguamento strutturale delle ex cliniche ortofreniche. A luglio 2022 la Asl di Foggia aveva dato parere positivo all'accREDITAMENTO definitivo, nonostante una serie di «buchi» nell'iter e nell'individuazione delle figure professionali obbligatorie. Tanto che a dicembre la Regione aveva chiesto una nuova verifica degli standard organizzativi. E in una ulteriore lettera inviata all'azienda venerdì scorso, la Regione ha specificato che

anche le autorizzazioni all'esercizio rilasciate fino ad ora devono essere considerate provvisorie. Ciò che deve essere accertato, prima del via libera definitivo, è il numero di unità di personale in servizio nelle ex cliniche psichiatriche rispetto a quello previsto contrattualmente. Soprattutto all'indomani dell'allontanamento dei 30 dipendenti ritenuti responsabili dei maltrattamenti che l'azienda ha comunque già assicurato di aver regolarmente rimpiazzato. *[m.s.]*



NEL MIRINO La sede di Foggia del «Don Uva» dove a gennaio i carabinieri hanno fatto arresti per maltrattamenti su pazienti psichiatrici

L'intervista **Filippo Anelli**

«Depenalizzare gli errori ferma l'addio dei medici»

► Il presidente degli Ordini: la medicina difensiva viene addirittura pubblicizzata 30 miliardi per stipendi e collaboratori

Sulla depenalizzazione del reato per gli errori medici, Filippo Anelli, presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri (Fnomceo) è netto: «È un primo grande passo perché si possa avere maggiore attrattività nella nostra professione». Però non basta: «perché si avvii la riforma, bisogna trovare maggiori risorse per il personale. Altrimenti anche le case di comunità sono inutili».

Partiamo dalla depenalizzazione annunciata dal ministro della Salute Orazio Schillaci. Cosa ne pensa?

«Il ministro sostanzialmente riprende un tema molto caro ai medici, ossia provare a dare una risposta al profondo disagio che i professionisti vivono oggi. Spesso vengono additati come strumenti per avviare i procedimenti di risarcimento danni fatti da una serie di società in cui sono coinvolti anche avvocati che, con modalità talvolta non sempre molto lecite, spingono i cittadini ad avviare il procedimento penale nei confronti del servizio sanitario nazionale. Si tratta di pratiche non sempre aderenti alle norme di

legge e che ci hanno portato nel passato molto spesso a fare segnalazioni al consiglio nazionale forense».

A cosa si riferisce?

«Nel processo penale le indagini sono a carico dello Stato; il che significa che il cittadino non deve anticipare le risorse per tutti i rilievi di carattere tecnico di ufficio o di parte. Questi atti vengono poi utilizzati sul piano civilistico per chiedere il risarcimento del danno biologico eventualmente subito: diventa così una specie di escamotage per ridurre i costi come parte civile che si costituisce contro il ssn. Non dimentichiamo che buona parte delle cause penali vengono archiviate perché non ci sono i presupposti, però nel frattempo i rilievi e le indagini fatte valgono sul piano civile».

Ma quanto è diffusa la medicina difensiva?

«Non solo è molto diffusa ma è addirittura pubblicizzata: nell'epoca

pre-covid abbiamo chiesto una legge che ne vietasse la pubblicità. È chiaro che nessun medico svolge la propria attività pensando di fare un danno al paziente. Ed è ovvio che statisticamente nel momento in cui si affronta un intervento, vi sono situazioni imponderabili per cui è possibile che si possa avere un danno, che deve essere assolutamente risarcito, anche se non voluto dal medico. Ma in queste condizioni, con il rischio di un processo penale, qualsiasi atto medico viene svolto mettendo in crisi profonda tutta l'attività di assistenza. Il che si-

gnifica che ogni medico cerca di trovare tutte le modalità per poter dire: ho fatto il necessario e anche oltre, perché nessuno domani possa trovare il minimo appiglio per

dire il contrario».

Non si rischia però che si riducano gli esami diagnostici?

«Assolutamente no. Togliendo l'aspetto penale rimane comunque impregiudicato il diritto del cittadino di ottenere un risarcimento dell'azienda sanitaria. Da parte sua, però il medico tornerà ad avere una maggiore serenità e l'attività verrà svolta in maniera più adeguata. Non dimentichiamo che il rischio del reato penale è una delle cause che porta al disagio e quindi alla fuga dal ssn».

La depenalizzazione è sufficiente per frenare la fuga dei medici?

«È un primo grande passo, ma non basta. In questi ultimi anni si sono avviate diverse soluzioni. Da una parte è stato aumentato il numero di borse, nei prossimi 5 anni avremo in Italia circa 60 mila specialisti in più. Un'altra strada importante e urgente è quella di definire contestualmente per legge l'atto medico. Questo aiuterebbe sotto il profilo civilistico e penale ad affrontare una serie di questioni giudiziarie tuttora indefinite».

Cosa pensa delle case di comunità?

«Dovrebbero rientrare in quel progetto di riforma del servizio territoriale che è rimasto a metà dopo il cambio del governo. Se la riforma si avvia puntando sul potenzia-



Il Messaggero

mento delle professioni sanitarie, le case possono essere utili. Il vero problema è che mancano 30 miliardi di euro per pagare gli stipendi ai professionisti che devono venire a lavorare sul territorio. E mi riferisco non solo ai medici, ma anche ai collaboratori di studio e agli infermieri. Questi sono i presupposti indispensabili per organizzare

almeno un micro team. Se non si trovano le risorse, la medicina territoriale non potrà ripartire».

Graziella Melina

SPESSO LE DENUNCE SONO PRESENTATE SOLO PER AVERE INDAGINI A SPESE DELLO STATO DA USARE IN SEDE CIVILE



Sul Messaggero



Domenica sul Messaggero l'intervista al ministro Orazio Schillaci: «Gli errori dei medici non siano più reato»

OGNI ANNO IN ITALIA 35MILA AZIONI LEGALI

Ogni anno si aprono 35 mila cause contro medici e strutture sanitarie. Il 95% delle inchieste alla fine vengono archiviate. Circa la metà delle cause riguarda interventi chirurgici



Filippo Anelli
(Federazione ordini dei medici)



È QUANTO EMERGE da una ricerca dell'Osservatorio di UniSalute

Sanità: italiani preoccupati per la carenza dei servizi

Per molti italiani, circa il 57%, essa rappresenta un baluardo, capace di dare fiducia per l'efficienza dei servizi offerti, mentre il 43% la ritiene una delle migliori al mondo: è la sanità italiana, secondo quanto emerge da una ricerca realizzata dall'Osservatorio Sanità di UniSalute che, in collaborazione con Nomisma, ha chiesto ad un campione di 1.200 persone la propria opinione riguardo le prestazioni della sanità pubblica, mettendole a confronto con quelle della sanità privata.

Una condizione rosea per il nostro servizio sanitario nazionale, almeno secondo questa prima analisi, che però presenta anche elementi di segno diametralmente opposto, laddove emerge una situazione di crisi che ha conosciuto momenti apicali a seguito della pandemia da Covid-19. Secondo la ricerca di UniSalute, infatti, un italiano su tre (il 34%) ritiene che, nel corso degli ultimi 5 anni, i servizi del Ssn abbiano conosciuto un peggioramento; solo il 13% degli stessi intervistati, al contrario, pensa siano migliorati, mentre per il 52% essi non hanno subito variazioni. Questa la situazione della

sanità pubblica che va a "scontrarsi" con quella della sanità privata la quale, al contrario, mostra segni di stabilità, se è vero che tre italiani su quattro (il 72%) pensa abbia mantenuto i medesimi livelli di efficienza, con una quota leggermente maggiore (17%) che la giudica migliorata rispetto all'11% che, invece, ritiene abbia subito peggioramenti.

Varie le possibili cause che hanno portato a questa insoddisfazione: tra queste, i tempi di attesa per esami e controlli che, secondo il 76%, si sono allungati, anche in modo molto sostenuto per circa il 40%. Accanto a questa motivazione, anche l'elemento economico, visto che il 59% degli intervistati lamenta un aumento dei costi, mentre il 66%, quindi due intervistati su tre, pensa che il numero attuale di medici e infermieri sia insufficiente a rispondere alle richieste di assistenza.

Da un'attenta analisi della situazione in cui versa la nostra sanità, comunque, si evince che il problema legato all'allungamento dei tempi non riguarda soltanto il settore pubblico ma è riscontrabile anche nel comparto privato, come evidenziato dal 38% del campione preso in esame, il quale ha sottolineato, per il

72%, anche una crescita dei costi ancora più evidente rispetto al servizio pubblico.

Tra le domande poste agli intervistati, poi, anche il criterio utilizzato nella scelta tra pubblico e privato. Se si analizza, infatti, la percentuale di pazienti che nell'ultimo anno si sono sottoposti a visite o ad altri esami presso strutture pubbliche, emerge che tale scelta è stata fatta proprio per il costo ridotto della prestazione (il 56%), mentre chi ha scelto la sanità privata (il 72%) lo ha fatto per motivazioni riguardanti soprattutto i tempi di attesa inferiori. Nonostante questo, però, è la sanità privata ad offrire importanti livelli di soddisfazione tra gli italiani in riferimento ai servizi prestati, visto che il 72% degli intervistati si è detto appagato delle cure ricevute, mentre gli stessi servizi prestati nel comparto pubblico hanno accontentato solo il 56%.

Un risultato che, nonostante tutto, non fa perdere agli italiani la propria fiducia nella sanità pubblica.



Conquiste del Lavoro

Probabilmente ciò che manca e che potrebbe colmare le sue lacune è una maggiore integrazione col comparto privato, così come richiesto dal 59% del campione analizzato, laddove invece il 55% ritiene che, per aumentarne l'efficienza, servirebbe un più

ampio ricorso a soluzioni tecnologiche per l'assistenza a distanza.

Anna Taverniti



Dal Sud si sposta un terzo dei piccoli malati

L'esodo dei bambini verso il Nord per ottenere le cure più efficaci

ROMA Curarsi nella propria regione può essere un lusso. Soprattutto se si vive al Sud o nelle isole. Ecco allora l'esodo dei bambini verso il Nord per avere cure migliori: negli ultimi anni la carenza dei medici e la chiusura o l'accorpamento di alcune strutture ospede-

raliere hanno peggiorato il fenomeno della migrazione sanitaria. Gli ospedali di Roma, Lombardia, Emilia-Romagna e Veneto sono quelli che attraggono più pazienti.

Melina
alle pag. 8 e 9



In fuga verso il Nord per avere cure migliori

L'esodo dei bambini

► Lombardia, Emilia-Romagna e Veneto le regioni che attraggono più pazienti ► Un terzo dei minorenni del Sud verso gli ospedali di Roma, Genova e Firenze

L'INCHIESTA

ROMA Curarsi nella propria regione può essere un lusso. Soprattutto se si vive al Sud o nelle isole. E se è vero che spostarsi per ottenere una terapia innovativa non è una novità, negli ultimi anni la carenza dei medici, la chiusura o l'accorpamento di alcune strutture ospedaliere hanno peggiorato il fenomeno della migrazione sanitaria. I dati del recente rapporto della Fondazione Gimbe mo-

strano in modo chiaro, in soldoni, a quanto ammonta il flusso di risorse economiche e quindi di conseguenza di persone, che ogni anno attraversa le nostre regioni, anche se la pandemia ha per forza di cose rallentato gli spostamenti dei pazienti italiani. Nel 2020 il valore della mobilità sanitaria arriva a 3.330,47 milioni di euro. E non è un caso che gli ospedali e i centri di eccellenza

che riescono ad offrire prestazioni adeguate siano tutte al centro Nord. Sono infatti 6 le Regioni che vantano crediti superiori a 150 milioni di euro: in cima troviamo la Lombardia (20,2%), poi



l'Emilia-Romagna (16,5%) e il Veneto (12,7%). Secondo i dati elaborati, un ulteriore 20,7% viene attratto da Lazio (8,4%), Piemonte (6,9%) e poi Toscana (5,4%). Il rimanente 29,9% della mobilità attiva si distribuisce nelle altre 14 Regioni e Province autonome. In sostanza, il Nord Italia macina prestazioni che le regioni del Sud non riescono a garantire, nonostante la situazione non sia certo legata alla crisi degli ultimi anni.

IL CASO DI CASARANO

Francesco Morgante, ora in pensione, era responsabile di nefrologia dell'ospedale di Casarano in provincia di Lecce. «Era la struttura di gran lunga più importante per numeri - ricorda - Garantiva il 40-50 per cento dei drg (ossia i diagnosis related group) della provincia. Aveva reparti di Chirurgia pediatrica, di neurochirurgia, rianimazione. Da 50 anni era sede di un reparto di dialisi, il primo in Puglia. Spesso i pazienti venivano anche dalla Sicilia». Eppure, nonostante le richieste di prestazioni sul territorio siano ancora sempre elevate, i cittadini devono rivolgersi ad altre strutture. «L'ospedale di Casarano è stato declassato all'ultimo livello - spiega Morgante - Hanno portato a ospedale di primo livello due altre sedi, con una viabilità migliore. Ma in realtà, a Lecce, non esistono colline, quindi sembra più una scelta politica che di sicurezza stradale». Il caso di Lecce in realtà non è affatto isolato. Lo sanno bene tutti i pazienti che vivono al sud e spesso hanno difficoltà persino a raggiungere il pronto soccorso più vicino, con il rischio di non riu-

scire a ricevere le cure prima che sia troppo tardi. «La differenza dal punto di vista dello stato di salute è il primo elemento che caratterizza nord e sud - conferma Americo Cicchetti, direttore di Altems (l'Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari dell'Università Cattolica) - E questo si ripercuote anche sulla speranza di vita: sappiamo

che dopo i 65 un calabrese vive in buona salute in media 6 anni, un abitante della regione Toscana ne vive 11. Non dobbiamo dimenticare che la maggior parte degli ospedali di terzo livello si trovano da Roma in su. Il presidio è significativamente diverso». Ma poi servono servizi di prossimità e territoriali. «Spesso se mancano i servizi dipende anche dal tipo di organizzazione - sottolinea Cicchetti - Il fatto che ci siano meno risorse, per esempio, dipende spesso anche dalla capacità di farle arrivare, oltre che da come vengono utilizzate». Stando ad una ricerca del Censis, il 54% dei malati migra in direzione dei poli ospedalieri altamente specializzati, il 21% a causa dell'impossibilità di fruire delle prestazioni di cui ha bisogno nella propria regione, o perché le liste d'attesa sono lunghissime. Nel caso, per esempio, dei pazienti oncologici e dei loro accompagnatori, le spese annuali sostenute sono circa 7mila euro l'anno per "costi diretti", ossia visite mediche, farmaci, infermieri privati e viaggi. Mediamente, un malato perde da mancati guadagni circa 10mila euro l'anno, altri 6mila li perde il familiare che l'accompagna. I problemi poi si allargano anche ad altre sfere. L'accompagnatore, infatti,

riconosce che nel 70% dei casi ha avuto problemi lavorativi, qualcuno si è dovuto persino licenziare (2%).

LA MIGRAZIONE DEI BAMBINI

A farne le spese sono soprattutto le famiglie con bimbi piccoli. La Società italiana di pediatria ha calcolato che i ragazzi che vivono al Sud rispetto a quelli residenti nel Centro-Nord sono stati curati più frequentemente in altre regioni (11,9% contro 6,9%); il dato aumenta soprattutto quando si considerano i ricoveri ad alta complessità (21,3% vs 10,5% del Centro-Nord). Un terzo dei bambini e adolescenti si mette in viaggio dal Sud per ricevere cure per disturbi mentali (il 10% dei casi) o neurologici, della nutrizione o del metabolismo nei centri specialistici convergendo principalmente a Roma, Genova e Firenze, sedi di Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) pediatrici.

Il costo della migrazione sanitaria dal Mezzogiorno, dove risiede circa il 35% dei pazienti più piccoli, verso altre regioni è stato di 103,9 milioni di euro pari al 15,1% della spesa totale dei ricoveri e l'87,1% di questo costo (90,5 milioni di euro) ha riguardato la mobilità verso gli ospedali del Centro-Nord.

Graziella Melina

**SECONDO IL CENSIS
IL 54% DEI MALATI
MIGRA IN CERCA DI
POLI SPECIALIZZATI E
IL 21% A CAUSA DELLE
LISTE D'ATTESA**

**IL WELFARE DIMEZZATO
SI RIPERCUOTE SULLA
QUALITÀ DELLA VITA:
UN TOSCANO VIVE IN
BUONA SALUTE 5 ANNI
IN PIÙ DI UN CALABRESE**



Medicina, 15mila posti ma senza numero chiuso C'è il rischio di una bolla

I numeri. Con un aumento non programmato ci saranno troppi nuovi medici rispetto ai fabbisogni e proprio quando crolleranno le uscite per la pensione

Marzio Bartoloni

Tra un decennio l'Italia rischia di avere fino a 10mila medici in più ogni anno rispetto al fabbisogno trasformando la grave carenza di camici bianchi emersa tragicamente in questi anni di pandemia in una pletera di disoccupati. Proprio in questi giorni, a partire da giovedì, cominceranno i nuovi test «Tolc» per i quasi 80mila candidati che sognano di aggiudicarsi uno dei 14.787 posti messi in palio per Medicina e che il ministro dell'Università Anna Maria Bernini punta a far crescere ancora del 30 per cento. Ma il rischio bolla è dietro l'angolo a causa appunto sia dell'aumento costante dei posti ai corsi di laurea a Medicina che potrebbe esplodere se si togliesse il numero chiuso come chiedono in molti anche dentro il Governo, ma anche per il fatto che i nuovi medici saranno pronti solo tra 10 anni (tra laurea e specializzazione) e quindi in coincidenza con il crollo delle uscite per pensionamento dei medici dal Servizio sanitario che tra il 2033 e il 2036 caleranno a poco più di 2mila l'anno facendo scendere il bisogno di nuovi camici bianchi. Un paradosso se si pensa invece alla grave carenza di medici di questi ultimi anni che invece è coincisa con il maxi esodo di pensionamenti che avviene tra i 65 e i 67 anni d'età e che si concluderà con il picco atteso nel 2026 con 5mila pensionamenti. Ecco perché quello della formazione dei nuovi medici è un tema da trattare con grande delicatezza co-

me ha sottolineato anche uno studio messo a punto dall'Anaa Asso-med, il principale sindacato degli ospedalieri, che ha stimato già dal 2030 32mila medici laureati in più rispetto ai pensionamenti. Lo studio calcola infatti che dal 2021 al 2030 - secondo i dati contenuti nel Conto Annuale dello Stato oltre che da Onaosi ed Enpam - circa 113 mila medici saranno collocati in pensione. Se a questo numero di pensionamenti si sottraggono i 145mila iscritti a Medicina nel periodo 2021/2030 stimati a invarianza di programmazione (come media degli accessi programmati per il 2021/2022/2023 proiettata a 10 anni) ecco che si ottiene questo primo surplus di laureati in Medicina.

Ma questo è solo il primo tappo, perché poi c'è il rischio che si crei come in passato un nuovo imbuto formativo dopo la laurea se a fronte dei 14mila laureati all'anno non corrisponderanno sempre altrettante borse per la specializzazione medica (che dura dai 3 ai 5 anni) che sono un passaggio ineludibile per ogni camice bianco che vuole lavorare in ospedale oppure sul territorio a esempio come medico di famiglia. Tra l'altro - avverte ancora lo studio targato da Anaa - se i posti aumenteranno ancora del 30% come ha promesso il ministro dell'Università senza un intervento costoso sui corsi di formazione post-lauream, si rischia di creare «tra 6 o 7 anni, un nuovo imbuto formativo e successivamente, persistendo le attuali limitazioni alle assunzioni del personale sanitario, un imbuto lavorativo, con circa 19mila laureati ogni anno a fronte di una offerta di formazione post-lauream ferma a 16.600 - di cui 14.500 contratti di formazione specialistica e 2.100

borse per la formazione in Medicina generale. E questo non farà altro che incentivare ulteriormente i medici a emigrare verso paesi europei o extraeuropei».

Insomma aumentare i posti a Medicina «in modo indiscriminato e senza una seria programmazione basata sui fabbisogni e le uscite per pensionamento rischia di tradursi in uno spreco di risorse, soprattutto in mancanza di prospettive occupazionali in Italia», avverte Carlo Palermo presidente di Anaa e uno degli autori dello studio.

Discorso diverso potrebbe esserci se a fronte di un grande aumento dei posti a Medicina «si cominciasse già oggi a prevedere un maxi piano di rafforzamento degli organici per far fronte a nuove emergenze sanitarie o per riempire le nuove strutture sul territorio previste dal Pnrr o magari perché si vuole dare una risposta ai bisogni sanitari legati alla pressione epidemiologica indotta dall'invecchiamento progressivo della popolazione», aggiunge Palermo. «Ma conclude - non mi sembra che questi piani si vedano all'orizzonte».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



LA SCIENZA

Arriva il vaccino contro il cancro così la ricerca corre dopo il Covid

FILIPPO FIORINI - PAGINA 21

Cancro la speranza del vaccino

L'annuncio dell'azienda Moderna "Entro 5 anni le prime iniezioni con molecola di Rna messaggero. Così salveremo milioni di vite". Stessa tecnica anche per malattie cardiovascolari e autoimmuni

FILIPPO FIORINI

Uğur Şahin e la moglie Özlem Türeci, entrambi ricercatori turchi e cofondatori in Germania di BioNTech, avevano detto nell'ottobre del 2022 che sarebbe stato entro il 2030. In un'intervista a gennaio, i due scienziati che hanno collaborato con Pfizer alla produzione del vaccino contro il Covid, si erano corretti, precisando: «Probabilmente sarà anche prima». Tre giorni fa, Paul Burton, direttore sanitario di Moderna, ha abbassato le stime al 2028. Cinque anni per avere un vaccino contro il cancro. Big Pharma è in corsa verso la cura del male del secolo, grazie alle tecniche genetiche che ha scoperto per far fronte alla pandemia. Non un vaccino per tutti i tipi di cancro, ma un vaccino Rna che permetterà di trattare soggetti malati di numerosi tipi di tumore, oltre che di altre patologie, come malattie au-

toimmuni, cardiovascolari o il virus sinciziale (che causa un'infezione respiratoria).

Il quotidiano inglese The Guardian, che ha dato la notizia citando Burton, spiega il meccanismo con uno schema grafico: viene prelevata una biopsia a un paziente malato di cancro. Un laboratorio esamina il campione e il materiale genetico viene sequenziato, al fine di identificare le mutazioni non presenti nelle cellule sane. Un computer verifica quali tra queste mutazioni stiano portando alla crescita del cancro e possano attivare il sistema immunitario. Sempre in laboratorio, viene creata una molecola di Rna messaggero contenente le informazioni per creare gli antigeni in grado di scatenare la risposta immunitaria. Somministrando un'iniezione di queste molecole al paziente (in certi casi non legati al cancro, come quello dell'influenza, basterà anche una sola iniezione), l'mRna si

traduce in parti di proteine identiche a quelle presenti nelle cellule tumorali, così che il sistema immunitario possa riconoscerle e distruggerle. Parlando alla Bbc delle prospettive introdotte dallo sviluppo di vac-

cini genetici, Şahin aveva confessato: «Vent'anni fa la gente mi chiedeva: "Perché perdi tempo facendo ricerca sul mRna?". È stato come la favola del brutto anatroccolo, che nel 2020 si è trasformato in un cigno meraviglioso». Come per il Covid, Moderna ha ottenuto dalla Fda, l'autorità farmaceutica Usa l'ok per una corsia preferenziale di approvazione del vaccino contro il melanoma e il virus sinciziale: si chiama breakthrough therapy e prevede la somministrazione su pazienti malati volontari.

Il trend riguarda tutti i grandi operatori del settore. Da Pfizer hanno detto di aver «guadagnato 10 anni di conoscenza scientifica in un solo anno». Conoscen-

ze che a livello sperimentale vengono portate avanti da tempo anche da laboratori italiani: il Pascale di Napoli per il vaccino contro il tumore al fegato o la Città della Salute e della Scienza di Torino, per quello contro il tumore al pancreas. —

Laboratori
In centri specializzati verranno create molecole mRna per cure antitumorali



CLAUDIO PISI/ANSA



Trasformare le Scienze della vita in made in Italy da esportare

L'intervista. **Massimiliano Boggetti**. Alisei promuove l'interazione tra sistema della ricerca, tessuto industriale farmaceutico-biomedicale e istituzioni per dare impulso all'innovazione italiana

Francesca Cerati

Scienze della vita: un made in Italy da esportare al pari del food, del turismo e dell'automotive. Ad avere per prima l'idea è stata Diana Bracco che all'expò di Dubai - allora in veste di presidente del Cluster Alisei - ha inserito nel padiglione Italia anche il modello italiano di ricerca nel settore delle scienze della vita. Concetto che anche Massimiliano Boggetti, da un anno presidente del Cluster, continua a portare avanti riaffermando la necessità di muoversi in un approccio collaborativo pubblico-privato e multilaterale.

A un anno dalla sua nomina, quali sono i traguardi raggiunti? Alisei promuove l'interazione tra il sistema della ricerca, il tessuto industriale farmaceutico-biomedicale e le istituzioni pubbliche, per dare un impulso alla ricerca e all'innovazione in Italia. Quest'anno si è occupato di numerose attività: ha portato alla ribalta numerose startup italiane del settore assicurando loro un programma di mentorship; ha presidiato due eventi di fama internazionale, il Meet in Italy for Life Sciences e l'Health Innovation Global Forum; ha investito nel Piano per il Mezzogiorno, stilato per creare opportunità per lo sviluppo tecnologico e innovativo per il sistema delle Scienze della vita nelle regioni del Sud, un piano che verrà presto presentato al Mur. È un progetto sganciato dal Pnrr che vuole portare al tavolo delle istituzioni proposte affinché

si utilizzi questo settore come motore di rilancio. E ancora: ha creato una roadmap tecnologica che identifica 5 traiettorie prioritarie come la diagnostica avanzata, le biotecnologie, la medicina rigenerativa predittiva e di precisione, la nutraceutica, la sanità digitale e la telemedicina.

E sul fronte internazionale? Il Cluster ha dato vita a una serie di incontri internazionali con i ministri della Salute esteri per uno scambio di expertise e know-how italiano in altri paesi. Stiamo aprendo anche collaborazioni con i cluster internazionali, con la Svezia, il Medio Oriente, il Canada e sempre nell'ottica di aiutare la promozione delle scienze della vita italiana all'estero stiamo lavorando molto anche con le ambasciate. Il tema vero è che nel mondo della ricerca, e in particolare nelle Scienze della vita, essere parte di un network globale di crescita è fondamentale per poter progredire e questo è uno degli obiettivi di Alisei.

Qual è la dimensione del settore delle Life sciences in Italia?

A questo proposito un grande progetto a cui stiamo lavorando è un Centro Studi, in collaborazione con Assolombarda, per offrire la fotografia attuale del settore e superare la frammentazione di dati. Dalla mappatura emerge che abbiamo 5537 imprese, 1,8 milioni di dipendenti, un valore di produzione pari a 252 miliardi di euro che genera un Pil del 10,6% a fronte di 6,1 miliardi di investimenti in ricerca e

sviluppo.

Quali sono le sfide che il Cluster ha davanti a sé?

Oggi c'è la convinzione che investire nelle Scienze della vita rappresenti una doppia opportunità: creare un settore industriale ad alta crescita e contemporaneamente dare accesso a un'innovazione biofarmaceutica e biotecnologica che privilegia i propri cittadini quando la ricerca viene fatta all'interno del paese stesso. Finora l'Italia non ha sfruttato le Scienze della vita come opportunità di crescita, anche perché l'innovazione è sempre stata percepita come un costo. Il ruolo di Alisei è di abbattere questi muri, anche perché abbiamo delle dinamiche demografiche che ci obbligano a investire in salute. Nel 2030 il 60% degli italiani sarà over 60, fascia di età in cui si consuma la maggior parte delle risorse sanitarie e dopo il Giappone siamo il Paese più longevo. L'innovazione è quindi la soluzione migliore e più sostenibile per affrontare questo scenario futuro. Come presidente di Alisei spero di poter incidere positivamente nel reinvestimento di questo settore.

È RIPRODUZIONE RISERVATA

5537

IMPRESE LIFE SCIENCES

Il settore ha un valore di produzione pari a 252 miliardi di euro che genera un Pil del 10,6%



PANORAMA

INQUINAMENTO/1

L'inflammation è causa di cancro ai polmoni

L'inquinamento atmosferico potrebbe causare il cancro ai polmoni senza mutare il Dna, ma creando un ambiente infiammatorio che incoraggia la proliferazione di cellule che hanno già mutazioni e che inducono il cancro. I risultati, che emergono da uno studio approfondito sia sui dati sulla salute umana sia su esperimenti su topi di laboratorio appena pubblicati su Nature, forniscono un meccanismo che potrebbe applicarsi anche ad altri tumori causati dall'esposizione ambientale e che un giorno potrebbero portare a sistemi per prevenirli contrastando l'infiammazione. «L'idea è che l'esposizione ad agenti cancerogeni possa promuovere il cancro senza in realtà fare nulla al Dna - afferma Serena Nik-Zainal, genetista medica presso l'Università di Cambridge, nel Regno Unito - Ciò significa che non tutti gli agenti cancerogeni sono mutageni». Secondo i dati l'inquinamento atmosferico favorisce la proliferazione di cellule mutate che già esistono nel polmone, potenzialmente come conseguenza di errori del Dna che si accumulano durante l'invecchiamento. «Il principale meccanismo con cui l'inquinamento atmosferico provoca il cancro non è dovuto all'induzione di nuove mutazioni - afferma Allan Balmain, ricercatore sul cancro presso l'Università della California di San Francisco -. È l'infiammazione prolungata che diventa cronica a far sviluppare

queste cellule mutate in tumori». Per svelare il meccanismo, Charles Swanton del Francis Crick Institute di Londra e i suoi colleghi hanno estratto dati ambientali ed epidemiologici da Regno Unito, Canada, Corea del Sud e Taiwan. Il team si è concentrato sui tumori polmonari con mutazioni in un gene (chiamato Egfr) più comuni in persone che non hanno mai fumato rispetto ai fumatori. Da qui, hanno scoperto che i tumori polmonari portatori di mutazioni Egfr erano associati all'esposizione di particelle inalabili con un diametro di 2,5 micrometri, meno di un decimo della grandezza di un granello di polline, emesse dai motori a combustione, dalle centrali elettriche a carbone e dalla combustione della legna. La domanda ora è come impedire che le cellule portatrici di mutazioni vengano attivate da fattori ambientali come l'inquinamento atmosferico. Il primo step sarà quello di mettere a punto test ad hoc.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



INQUINAMENTO/2

Lo smog può aumentare il rischio di demenza

Esiste un'associazione tra inquinamento atmosferico e demenza. Lo dimostra una recente meta-analisi pubblicata sul British medical journal e condotta dai ricercatori della Harvard T.H. Chan School of Public Health. I ricercatori hanno analizzato più di 2000 studi e ne hanno identificati 51 che hanno valutato un'associazione tra inquinamento atmosferico e demenza clinica, tutti pubblicati negli ultimi dieci anni. La maggior parte della ricerca riguardava il PM 2,5 e a seguire tra gli inquinanti più comuni studiati, il biossido di azoto e l'ossido di azoto. I ricercatori hanno trovato prove coerenti di un'associazione tra PM 2,5 e demenza, anche quando l'esposizione annuale era inferiore all'attuale standard stabilito dall'Epa (Environmental protection agency) di 12 microgrammi per metro cubo d'aria ($\mu\text{g}/\text{m}^3$). In particolare, tra gli studi che utilizzano l'accertamento attivo dei casi, i ricercatori hanno riscontrato un aumento del 17% del rischio di sviluppare demenza per ogni aumento di 2 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ dell'esposizione media annua al PM 2,5. Hanno anche trovato prove che suggeriscono associazioni tra demenza e ossido di azoto (aumento del rischio del 5% per ogni aumento di 10 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ di esposizione annuale) e biossido di azoto (aumento del rischio del 2% per ogni aumento di 10 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ di esposizione annuale). «I risultati possono ora essere utilizzati da organizzazioni come l'Epa, che sta prendendo in considerazione il rafforzamento dei limiti all'esposizione ai particolati fini (PM 2,5)». Oggi più

di 57 milioni di persone in tutto il mondo convivono con la demenza e le stime suggeriscono che il numero aumenterà a 153 milioni entro il 2050. Si ritiene che fino al 40% di questi casi sia collegato a fattori di rischio potenzialmente modificabili, come l'esposizione agli inquinanti atmosferici. «Dato l'enorme numero di casi di demenza, l'identificazione di fattori di rischio modificabili per ridurre il peso della malattia avrebbe un enorme impatto personale e sociale - concludono i ricercatori - L'esposizione al PM 2,5 e ad altri inquinanti atmosferici è sì modificabile in parte dai comportamenti personali, ma lo è soprattutto attraverso la regolamentazione».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'intelligenza artificiale per ottimizzare l'uso delle Tac

Lo studio

Un gruppo di ricercatori, fisici medici e radiologi del Dipartimento di fisica e astronomia dell'Università di Firenze, del Careggi, e dell'Asl Toscana centro, guidato da Sandra Doria dell'Istituto di chimica dei composti organo metallici del Consiglio nazionale delle ricerche di Firenze (Cnr-Iccom), è riuscito ad automatizzare il processo di valutazione della qualità d'immagine negli esami di tomografia computerizzata (Tc) utilizzando l'intelligenza artificiale, allo scopo di ridurre le radiazioni al paziente. Al progetto, la cui modalità è stata descritta in uno studio pubblicato sul Journal

of Medical Imaging (Jmi), hanno collaborato anche l'Istituto superiore di sanità e la Fondazione Bruno Kessler di Trento.

La tomografia computerizzata è uno degli strumenti diagnostici più potenti e consolidati. Tuttavia, l'analisi manuale delle immagini che vengono prodotte attraverso questa metodologia richiede molto tempo e la loro qualità è direttamente proporzionale alla quantità di radiazioni a raggi X a cui un paziente deve essere sottoposto. I modelli sviluppati potrebbero dunque rappresentare una strategia di valutazione automatica del-

la qualità di un'immagine Tc, che consentirà di ottimizzare il dosaggio delle radiazioni, per non esporre i pazienti a una quantità di raggi X eccessiva.

* RISOLUZIONE RISERVATA



ANTIVIRUS



L'INTELLIGENZA
VIENE DALLE MAMME

I GENI che caratterizzano il sesso femminile sono indicati come due X, quello maschile, da una X ed una Y. Sin dagli albori della genetica, c'è stata la corsa per attribuire al padre o alla madre (biologici) le diverse caratteristiche del nascituro, mentre il mondo scientifico è ancora diviso tra due correnti di pensiero, i genetisti puri ed i comportamentalisti. I primi attribuiscono al corredo genetico la responsabilità di ogni nostra caratteristica e persino la condotta di vita, gli altri ne limitano l'influenza ad uno stimolo iniziale, del tutto rivoluzionabile dall'ambiente e dall'educazione. Come sempre, la verità sta nel mezzo. È ormai evidente che un individuo con geni dominanti legati all'intelligenza non potrà mai diventare un genio, se non aggiungerà studio e cultura, viceversa, uno studioso non brillerà mai di genialità se non sarà aiutato da un ade-

guato patrimonio genetico. La discussione sul determinismo genetico e l'influenza ambientale (educazione dei genitori, condizione sociale, livello di scolarità, ecc.) coinvolge le tematiche più svariate, persino quelle giuridiche. Se sono i geni a determinare i nostri comportamenti, quale sarà la responsabilità di un reo? La storia è ricca di studiosi che si sono cimentati in questi argomenti. Cesare Lombroso, il criminologo più famoso, ha basato le sue teorie sul concetto del criminale per nascita, secondo cui l'origine del comportamento criminale sarebbe insita nelle caratteristiche anatomiche dell'individuo, persona fisicamente differente dall'uomo normale in quanto dotata di anomalie e atavismi che ne determinavano il comportamento. Ben diverso è il pensiero del cosiddetto "strumentalismo" di Dewey, filosofo pedagogo che si basa

su una concezione dell'esperienza come rapporto tra uomo e ambiente, dove l'uomo non è uno spettatore passivo, ma interagisce con ciò che lo circonda, responsabile del suo comportamento. In ogni caso, è stato scientificamente dimostrato che esistono nei nostri cromosomi geni determinanti l'intelligenza. Questi si trovano sul cromosoma X, presente in doppio nel sesso femminile.

MARIA RITA GISMONDO
*direttore microbiologia clinica
e virologia del "Sacco" di Milano*

**IL DIBATTITO
GENETISTI
OPPURE
COMPOR-
TAMENTALISTI**



MILANO, ALLA CLINICA MANGIAGALLI

Il piccolo Enea lasciato alla «Culla per la vita» Da oggi via all'adozione

*Il bebè ha pochi giorni, è in salute. I medici:
«Ma se la mamma cambia idea siamo qui...»*

Gioia Locati

È stato chiamato Enea come l'eroe mitologico cantato da Omero e da Virgilio. È un bel bimbo con i capelli neri di appena una settimana che la sua mamma ha affidato alla Culla per la Vita dell'ospedale Mangiagalli di Milano perché non può, o non desidera, crescerlo. La mattina di Pasqua lo ha avvolto in una copertina verde e lo ha portato in questo angolo riservato, con accanto una lettera. «Il piccolo è super sano, tutti gli esami fatti in ospedale sono ok» è il messaggio rivolto a chi se ne occuperà. Poi un: «Ti voglio bene ma non possiamo stare insieme» destinato a lui. A Enea che grazie a questo gesto diventerà grande, troverà una famiglia, avrà una vita. La madre avrebbe potuto abortire il suo bimbo non

cercato e non voluto - sia andando in ospedale che passando prima dalla farmacia a procurarsi la pillola in libera vendita che promette lo stesso risultato a domicilio - ma ha scelto di farlo nascere. La Culla, versione moderna di quella che un tempo era la «ruota degli esposti», «è un ambiente protetto pensato per avvisare immediatamente il personale sanitario: una volta che il bimbo è sistemato all'interno, un allarme discreto avvisa medici e infermieri che possono prendersi cura del piccolo (per Enea l'allarme è suonato alle 11.40) - hanno riferito dall'ospedale - il bambino sta bene: è sano e monitorato. È nutrito con il latte delle donatrici che alimentano la banca del latte». Da oggi inizieranno le procedure che porteranno all'adozione di Enea. Dapprima il Tribunale dei minori affiderà la patria potestà al reparto ospedaliero, poi individuerà una famiglia per l'affido temporaneo e quindi verrà valu-

tata l'adozione.

Fabio Mosca, direttore della Neonatologia e della Terapia Intensiva Neonatale del Policlinico-Mangiagalli ha ricordato che «da quando la Culla per la vita è stata aperta nel 2007, è la terza volta che entra in funzione, nel 2012 con il piccolo Mario e nel 2016 con Giovanni». Mosca ricorda i nomi dei piccoli che vi sono stati lasciati. «Se da una parte la Culla per la vita è l'argine a soluzioni terribili, dall'altra la legge permette anche il parto in ospedale in anonimato, con la possibilità di dare alla luce un bambino e non riconoscerlo. Facoltà di cui comunque si avvalgono non più di una manciata di donne per anno», ha ricordato Mosca invitando a una riflessione sul caso del piccolo Enea. Nella lettera della madre, per il professore, non si rintracciano i sintomi di una depressione post partum. Sembra piuttosto che la mamma, una volta partorito il bambino e tornata a casa, abbia

avuto un momento di ripensamento, dettato dalla volontà di assicurare al piccolo un futuro migliore di quello che gli avrebbe

potuto garantire lei stessa, pur con tutto l'amore di una mamma. «Una madre che abbandona il figlio per questo motivo vive una difficoltà che non abbiamo colto e che, nella ricca Milano, dovrebbe farci riflettere» ha aggiunto Mosca. In ospedale è anche viva la speranza che la mamma di Enea possa tornare sui suoi passi: «Se vorrà ripensarci, in qualunque momento siamo pronti ad accoglierla, garantendo sicurezza e anonimato». In serata è arrivato anche l'appello di Ezio Greggio: «Mi rivolgo alla mamma: torna, ti prego, aiuteremo Enea, ti daremo una mano, capisco che le difficoltà economiche ti fanno preoccupare ma ci metteremo in tanti a darti una mano. Enea si merita di avverti».

L'APPELLO

Dopo l'ospedale anche
Ezio Greggio sui social:
«Ripensaci, ti aiuteremo»



I dati della Società italiana di neonatologia e della Fondazione Rava

Trecento all'anno i bambini non riconosciuti in Italia Metà delle mamme sono nubili

IL DOSSIER

MILANO

Ogni anno sono circa 300 i bambini abbandonati e non riconosciuti in Italia. La storia del piccolo Enea, lasciato dalla madre a pochi giorni dalla nascita nella «Culla della vita» del Policlinico di Milano, ha riaperto l'interesse su un fenomeno che riguarda circa 1 minore su 1.000 nati. La Società italiana di neonatologia (Sin), insieme al progetto nazionale «Ninna ho» del 2008 dalla Fondazione Rava, ha creato un Registro nazionale dei bambini non riconosciuti: un osservatorio permanente. La Sin stima che la metà delle mamme che abbandona sia compresa tra i 18 e i 30 anni. «In base all'ultimo report (2022, ndr), il 37% delle donne sono italiane; circa la metà sono nubili. Il 58,9% ha un'abitazione fissa, l'84% partorisce in una

città diversa dalla propria». La motivazione che spinge verso questa decisione è per il 37,5% riconducibile a un disagio psichico e sociale, la paura di perdere il lavoro o le difficoltà economiche, invece, influiscono per il 19,6%. Incide anche la preoccupazione che il nascituro abbia problemi di salute.

Questi numeri, comunque, non riguardano solo i casi di donne che si affidano agli ospedali attraverso la «Culla della vita» o il «parto in anonimato», ma anche i casi di abbandono per strada. Le prime due costituiscono una modalità che tutela sia la necessità della madre di restare anonima, sia il piccolo.

La «Culla della vita» è un progetto del 1995 che consente alle mamme di lasciare i bambini in incubatrici riscaldate e monitorate h24 dai medici. Il fatto di essere situate in luoghi nascosti, ma facilmente raggiungibili e nei

pressi degli ospedali, garantisce alla madre la privacy e al bambino l'immediata presa in carico da parte dei sanitari. Appena il bambino viene appoggiato nella culla, infatti, scatta un sensore collegato con l'ospedale più vicino che allerta i medici che a loro volta possono far partire l'iter giuridico per l'affidamento attraverso il Tribunale dei minori. Dall'introduzione della prima culla, ne sono state installate molte altre e attualmente ve ne sono in tutta Italia: Napoli, Varese, Parma, Padova e Firenze, Roma e Milano vicino alla Clinica Mangiagalli del Policlinico. Nei 16 anni dall'installazione di questa culla sono stati solo tre i casi. L'ultimo proprio quello del piccolo Enea.

Il «parto in anonimato», questo il termine burocratico specifico, rientra, invece, nel quadro del Dpr 396 del 2000 ed è una norma pensata per contrastare l'abbandono dei

bambini appena nati e l'infanticidio. Una volta in ospedale, al momento del parto, le madri possono chiedere di «non essere nominate», cioè dichiarano di non voler riconoscere il bambino. In questo modo, il neonato può essere dato in adozione in tempi relativamente rapidi a un'altra coppia, reputata idonea dal tribunale e che ha seguito un preciso percorso per l'adozione. F.D.V.—



La nursery del Mangiagalli di Milano

