



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

17 GENNAIO 2024

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



Distretto di Canicattì

Asp di Agrigento, potenziamento per l'assistenza ai disabili gravi

Disposto l'avvio tramite professionisti appositamente formati di progetti personalizzati per la socialità e l'autonomia.

17 Gennaio 2024 - di [Redazione](#)

Il Distretto socio sanitario D3, di cui **Canicattì** è capofila, e il Distretto Sanitario di Canicattì insieme per potenziare la gamma dei servizi in favore delle persone con **disabilità grave** e per avviare percorsi di autonomia anche in vista del "Dopo Noi". Il sindaco, Vincenzo Corbo, e il Direttore del Distretto Sanitario, Giuseppe Infurchia, hanno disposto l'avvio, per il tramite di professionisti appositamente formati, delle incombenze per assicurare dei progetti personalizzati per la socialità e l'autonomia a vantaggio delle persone con disabilità grave.

«Il potenziamento delle azioni e dei servizi in favore delle persone con disabilità- ha commentato il commissario straordinario dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento, **Mario Zappia**- costituisce una priorità nelle scelte strategiche aziendali. Si tratta di un gesto di civiltà e responsabilità orientato a garantire ai soggetti con fragilità il diritto di vivere nella società con le stesse potenzialità e libertà di scelta di tutti gli altri». «Il risultato- spiega il dottor **Infurchia**- è stato possibile perché da qualche mese siamo riusciti ad incrementare il personale medico e sociale che si occupa di 'valutazioni multidimensionali'. La valutazione ci consente infatti di avere un quadro complessivo delle condizioni della persona disabile e dunque possiamo ipotizzare in quali attività può essere impegnata e in quali attività invece ha necessità di migliorare in vista della sua autonomia anche nell'ottica degli eventi futuri che indichiamo come Dopo Noi».



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Il lavoro dell'equipe si svolge in sinergia con i servizi sociali del Comune di Canicattì che ha pubblicato un bando per ricevere le richieste di intervento da parte delle persone con disabilità grave. «Sono delle somme che la Regione ci assegna dallo scorso anno- illustra il sindaco **Vincenzo Corbo**- e che possiamo spendere per alleviare le famiglie dal carico della disabilità grave e nello stesso tempo assicuriamo servizi di formazione, riabilitazione e svago per chi ne ha bisogno per aiutarlo a raggiungere il massimo livello di autonomia a lui possibile». Al momento si sta lavorando per i primi progetti: «Per accedere ai servizi erogati è necessario avere delle caratteristiche di disabilità accertata- prosegue il direttore Infurchia- e il gruppo di lavoro si sta cimentando per non trascurare nessuna opportunità». «Assicuriamo la massima celerità nello svolgimento delle pratiche necessarie – conclude il sindaco Corbo- e siamo fiduciosi che la Regione possa presto assegnarci nuove somme per soddisfare quanti più cittadini possibile».

Il focus sui flussi
Sanità, per le cure
dal Sud al Nord
speso un miliardo

Marco Esposito a pag. 7

Sanità, torna la mobilità: un miliardo per le cure dei meridionali al Nord

► I conti del 2021 della fondazione Gimbe: ► L'Emilia Romagna è la più attrattiva
Calabria, Campania e Sicilia in forte rosso seguita dalla Lombardia e dal Veneto

IL RAPPORTO

Marco Esposito

Ammalarsi al Sud e curarsi al Nord. Dopo la pausa del 2020, quando la pandemia da Coronavirus ha bloccato gli italiani in casa, è ripreso il flusso della migrazione sanitaria. Fatta di malati, sofferenze, speranze, ma che porta con sé anche un fiume di denaro tornato al di sopra dei 4 miliardi di euro e che in larga parte dalle casse delle regioni meridionali (tutte in passivo tranne il Molise) va verso il Nord e in particolare a beneficio di Emilia Romagna, Lombardia e Veneto. Posti dove la presa in cura degli ammalati meridionali, compreso l'indotto per trasferimenti, alloggi, ristorazione, è una vera e propria industria.

I SALDI

Il report di Gimbe, che analizza i flussi per la migrazione sanitaria del 2021, arriva in un giorno scelto di proposito per farlo coincidere con l'avvio nell'aula del Senato del disegno di legge sull'autonomia differenziata, la quale tra le 23 materie coinvolte comprende la sanità, peraltro già in larga parte affidata alle Regioni con gli effetti sui territori evidenziati proprio dai saldi sulle cure effettuate in regioni diver-

se da quella di residenza.

La mobilità sanitaria del 2021 vale in tutto 4,25 miliardi, in netto rialzo rispetto ai 3,33 miliardi del 2020 ma sotto il picco di 4,6 miliardi del triennio 2016-17-18. Sarebbe errato però sostenere che sono 4 miliardi di euro che dal Sud vanno al Nord perché la mobilità sanitaria può essere di quattro tipologie di cui solo l'ultima davvero patologica. La prima è quella tipica delle aree di confine, cioè di chi vive ai limiti della propria regione e può trovare più conveniente o vicino per una specifica prestazione servirsi di una struttura esterna a quelle regionali. La seconda tipologia è tipica di chi si sposta per turismo, studio o lavoro e quindi ha una occasionale necessità di cura in un luogo diverso dalla propria residenza. C'è poi un terzo tipo di mobilità, legato ad alcune eccellenze sanitarie le quali quindi attraggono pazienti per malattie rare o patologie particolarmente delicate. Per fare un esempio nel Mezzogiorno, c'è il Neuromed di Pozzilli, in provincia di Isernia, struttura privata che quasi da sola riesce a portare in attivo la Regione Molise, grazie ad arrivi in larga parte dalla Campania. Mentre le prime

tre tipologie di mobilità sono inevitabili e in un sistema equilibrato porterebbero saldi tra mobilità attiva e passiva intorno allo zero, il quarto e ultimo tipo di mobilità è quella che evidenzia i veri e propri squilibri territoriali ed è rappresentata da persone che trovano inadeguata l'offerta sanitaria della Regione nella quale vivono e quindi vanno a curarsi in strutture sanitarie pubbliche oppure private convenzionate del Nord. Il suo valore è di un miliardo di euro.

IL DETTAGLIO

La Campania, entrando nel dettaglio, ha una mobilità sanitaria in ingresso (frutto cioè degli arrivi di pazienti per comodità geografica, per presenza occasionale o perché cercano strutture eccellenti) che nel 2021 ha portato nelle casse regionali oltre 170 mi-



lioni di euro pari al 4,4% del totale della mobilità. Si può stimare che una somma equivalente sia necessaria per curare i residenti campani che per analoghe motivazioni si facciano curare in altre regioni. È quindi il saldo complessivo, se diverso da zero, che evidenzia la debolezza della rete sanitaria pubblica in Campania e in molte altre regioni meridionali. Infatti i maggiori deficit sono, secondo i conteggi di Gimbe su fonti pubbliche, quelli di Calabria (-252 milioni), Campania (-221 milioni) e Sicilia (-177 milioni). Mentre a beneficiare delle entrate più rilevanti sono Emilia Romagna, con un saldo positivo di 442 milioni, seguita da Lombardia (271 milioni) e Veneto (228 milioni).

Il saldo, è il caso di ricordare, si riferisce ai soli trasferimenti monetari tra regioni in passivo e regioni in attivo, quindi alla spesa sanitaria in senso stretto e non all'indotto generato dalle migrazioni sanitarie.

In un quadro quindi già profondamente differenziato per qualità dell'offerta, la fondazione Gimbe ribadisce la richiesta che la tutela della salute «venga espunta dalle materie su cui le Regioni possono chiedere maggiori autonomie». Se ciò non avverrà, sottolinea il presidente della fondazione Nino Cartabellotta, «in sanità si legitimerà normativamente il divario Nord-Sud, amplificando le inaccettabili disuguaglianze nell'esigibilità del diritto costituzionale alla tutela della salute».

Dalla fotografia della migrazione sanitaria nel 2021 emerge che Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto raccolgono il 93,3% del saldo attivo, cioè l'attrazione di pazienti provenienti da altre Regioni, mentre il 76,9% del saldo passivo (la migrazione dei pazienti dalla regione di residenza) si concentra in Calabria, Campania, Sicilia, Lazio, Puglia e Abruzzo. «Le nostre analisi - osserva Cartabellotta - dimostrano che i flussi economici della mo-

bilità sanitaria scorrono prevalentemente da Sud a Nord, in particolare verso le Regioni che hanno già sottoscritto i pre-accordi con il governo per la richiesta di maggiori autonomie. E che oltre la metà del valore delle prestazioni di ricovero e specialistica ambulatoriale vengono erogate dal privato accreditato, ulteriore segnale d'indebolimento della sanità pubblica». In particolare le Regioni dove la sanità privata eroga oltre il 60% del valore totale della mobilità attiva sono Molise (90,5%), Puglia (73,1%), Lombardia (71,2%) e Lazio (64,1%).

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I NUMERI

Più 442 milioni



L'Emilia Romagna ha il migliore saldo della mobilità sanitaria: +681 milioni contro -239

Meno 252 milioni



La Calabria ha il peggior saldo d'Italia: crediti per 37 milioni e debiti per 289 milioni

Meno 221 milioni



La Campania è seconda per deficit con crediti per 173 milioni e debiti a 394 milioni

IN TOTALE I FLUSSI TRA TERRITORI SONO CRESCIUTI DA 3,3 A 4,2 MILIARDI RISPETTO ALL'ANNO DEL LOCKDOWN

MOBILITÀ SANITARIA REGIONALE: SALDI 2021



Saldo positivo rilevante (oltre € 100 milioni) Emilia Romagna (+681 milioni), Lombardia (+271 milioni), Veneto (+228 milioni)
Saldo positivo moderato (da € 25,1 a € 100 milioni) Marche (+73 milioni)
Saldo positivo minimo (da € 0,1 a € 25 milioni) Piemonte (+12,3 milioni), Toscana (+9,7 milioni), Friuli Venezia Giulia (+1,4 milioni), Valle d'Aosta (+0,4 milioni)
Saldo negativo minimo (da -€ 0,1 a -€ 25 milioni) Friuli Venezia Giulia (-1,4 milioni), Valle d'Aosta (-0,4 milioni)
Saldo negativo moderato (da -€ 25,1 a -€ 100 milioni) Liguria (-17,2 milioni), Marche (-10,3 milioni), Sardegna (-11,7 milioni), Lazio (-13,1 milioni), Basilicata (-14,1 milioni)
Saldo negativo rilevante (oltre -€ 100 milioni) Abruzzo (-109,1 milioni), Puglia (-73,1 milioni), Lazio (-64,1 milioni), Sicilia (-177,1 milioni), Campania (-221 milioni), Calabria (-252 milioni)

GIMBE
EVIDENCE FOR HEALTH

Settembre 2022

LA MAPPA! Il report di Gimbe con i saldi della mobilità regionale relativi al 2021



IL CASO

Spesa assistenziale a 157 miliardi Più che raddoppiata in dieci anni

Brambilla (del centro studi Itinerari): «Va separata dalla previdenza
Sono le spese del welfare senza copertura a minacciare il sistema»

LUIGI GRASSIA

Se ne parla invano da decenni, ma adesso la necessità di separare previdenza e assistenza nella spesa pubblica viene rilanciata dal nuovo rapporto di Itinerari previdenziali sul Welfare. L'istituto di ricerca afferma che il sistema italiano delle pensioni, nonostante si sia raggiunto un totale di 16,3 milioni di beneficiari, è sostenibile, «purché si ponga un limite alle troppe eccezioni alla riforma Monti-Fornero e all'eccessiva commistione tra previdenza e assistenza cui si è assistito negli ultimi anni». A dare una mano sono l'aumento dei posti di lavoro e dei contributi: nel 2022 i lavoratori sono cresciuti di 400 mila unità, a un totale di 23,3 milioni, alzando il rapporto numerico con i pensionati con i pensionati a 1,44.

Però il sistema è appesantito dalla crescita della spesa per l'assistenza, che nel 2022 ha segnato un +126% in dieci anni, a quota 157 miliardi. Per il welfare nel complesso (previdenza, assistenza e sanità) in Italia si sono spesi in quell'anno 559,5 mi-

liardi (+6,2% sul 2021), dedicando a questi settori oltre la metà (il 51,65%) della spesa pubblica totale. Ma se la spesa per il welfare nel complesso in dieci anni è aumentata del 29,3% quella previdenziale ha segnato un +17% (meno della crescita del Pil, il che la rende sostenibile) e quella assistenziale un +126%.

Su 16,13 milioni di pensionati nel 2022 oltre 6,55 milioni (il 40,61%) sono totalmente (3,75) o parzialmente (3,88) assistiti. Per pagare sanità, assistenza e welfare degli enti locali, sostiene il rapporto, non bastano le imposte dirette ma bisogna ricorrere a una parte di quelle indirette.

Dopo il crollo dovuto al Covid e alle misure di lockdown, nel 2022 hanno ricominciato a crescere (grazie all'aumento dei posti di lavoro) le entrate contributive, che salgono dell'8% rispetto al 2021 e toccano i 224,94 miliardi di euro, valore ampiamente superiore a quello pre-pandemico.

«Nel complesso – si legge nel rapporto – la spesa pensionistica di natura previdenziale, comprensiva delle prestazioni Ivs (invalidità, vecchiaia e superstiti), separando i pesi di previdenza e assistenza è stata nel 2022 pari a

247,588 miliardi, per un'incidenza sul Pil del 12,97%, in riduzione rispetto al 13,42% dello scorso anno. Al netto degli oneri assistenziali per maggiorazioni sociali, integrazioni al minimo e Gias (Gestione degli interventi assistenziali) dei dipendenti pubblici, l'incidenza scende al 11,72%, dato più che in linea con la media Eurostat. La percentuale cala addirittura all'8,64% escludendo anche i circa 59 miliardi di imposte (Irpef) che in molti Paesi dell'Unione o di area Ocse sono molto più basse, quando non del tutto assenti, sulle pensioni».

A spingere Itinerari previdenziali a esplorare questi aspetti non è stata una semplice curiosità. Spiega Alberto Brambilla, presidente del centro di ricerche: «La corretta determinazione di questi dati è fondamentale per evitare che eccessive sovrastime convincano l'Europa a imporre tagli alle pensioni che, come evidenziano questi numeri, presentano invece una spesa tutto sommato sotto controllo».

Nonostante i conti che possono essere considerati, tutto sommato, sostenibili, il presidente della Camera, Lorenzo Fontana, in un video-messaggio alla presentazione del rapporto di Itinerari



LA STAMPA

previdenziali ha sottolineato che «permangono le difficoltà di finanziamento del nostro stato sociale. Occorrono politiche lungimiranti in grado di bilanciare le esigenze di equità generazionale e la sostenibilità finanziaria».

Secondo il segretario generale della Cisl, Luigi Sbarra, il rapporto di Itinerari previdenziali «conferma la necessità di fare chiarezza, con una necessaria e urgente operazione verità, tra la spesa per previdenza e quella dell'assistenza. Secondo i dati nel rapporto, la spesa per

pensioni nel 2022 ha avuto un'incidenza sul Pil del 12,97%. Si tratta di un dato molto più basso rispetto al 16,97% pubblicato nei documenti istituzionali. Una differenza così rilevante merita di essere attentamente indagata. Le conclusioni della Commissione di studio istituzionale, voluta e sollecitata dal sindacato, nella precedente legislatura purtroppo non sono state soddisfacenti, non hanno risposto a tutte le domande e infatti la Cisl non le ha approvate». —



Una manifestazione contro i tagli delle pensioni



DISEGNO DI LEGGE DELLA MAGGIORANZA

Giro di vite per chi istiga ai disturbi alimentari Ma per il taglio al Fondo la soluzione è lontana

Doppio binario sui disturbi alimentari. Da una parte il governo taglia le risorse del Fondo nazionale per il contrasto ai disturbi alimentari, dall'altra progetta un giro di vite nei confronti di chi istiga a comportamenti che possono indurre a gravi disturbi alimentari, come anoressia e bulimia, patologie che colpiscono nel nostro Paese 3,6 milioni di persone e provocano ogni anno quattromila morti. Inizia oggi in commissione Sanità al Senato, infatti, l'esame di un disegno di legge di maggioranza che introduce pene severe, dalle

multe fino al carcere. Il testo prevede tra l'altro che la reclusione fino a due anni e la sanzione amministrativa da euro 20.000 a euro 60.000 per chi istiga «a condotte alimentari idonee a provocare o a rafforzare i disturbi del comportamento alimentare, e ne agevola l'esecuzione». Se il reato è commesso nei confronti di una persona indifesa minorata o di ragazzi under 14 «si applica la pena della reclusione fino a quattro anni e la sanzione amministrativa da euro

40.000 a 150.000 euro».

Dopo l'ondata di proteste seguita al taglio del Fondo nazionale stabilito con l'ultima legge di Bilancio, il ministero della Salute è ora a caccia dei fondi. Per l'assessore alla Sanità dell'Emilia-Romagna, Raffaele Donini, è necessario che il Fondo «venga ripristinato per almeno 25 milioni di euro e non la metà come si ipotizza». Venerdì, per protestare contro il taglio, sono state convocate manifestazioni in 28 città. —



LA SALUTE

Umanità e ricerca così si salva la Sanità

MARIELLA ENOC

Esiste una fascia di popolazione povera di salute; penso per esempio alle disabilità psichiche soprattutto nei giovani a cui non si sta rispondendo. Penso all'aumento degli anziani. - PAGINA 18



LA LECTIO MAGISTRALIS

Mariella Enoc

La Sanità deve essere per tutti Servono medici esperti di umanità

Bisogna investire in ricerca e riconquistare il legame con il territorio
I giovani imparino a condividere il sapere come un dono, basta con gli egoismi

MARIELLA ENOC

Di seguito, pubblichiamo ampi stralci del discorso di Mariella Enoc all'inaugurazione dell'anno accademico all'Università di Vercelli.

Esiste una fascia di popolazione povera di salute; penso per esempio alle disabilità psichiche soprattutto nei giovani a cui non si sta rispondendo. Penso all'aumento degli anziani, con le inevitabili patologie o malattie degenerative cronicizzate.

Ci sono poi molte persone che non riescono a curarsi perché persino pagare un ticket può costituire un problema; altri hanno difficoltà di accesso ai servizi, altri ancora devono subire lunghe li-



ste d'attesa. Nello stesso tempo esiste una ricerca scientifica che ha fatto passi da gigante con diagnostica e terapie. Certo occorre essere sostenibili, occorrono risorse ingenti nel campo sanitario. Tuttavia la nostra urgenza è più culturale che finanziaria, occorre scommettere su medicina di prossimità e territori come luoghi di relazione, di cura come è stato in passato.

La sanità dovrà essere meglio organizzato e integrata con percorsi, servizi e competenze delle strutture ospedaliere. Altrimenti l'ebbrezza del solo privato e la negazione della prossimità di cura rischiano di trasformare la medicina in un privilegio per pochi. Una politica responsabile ha il compito di prevenire come ha fatto Tina Anselmi, la prima donna ministro della Salute, quando nel 1978 si è battuta per il Servizio sanitario nazionale che permette a tutti di curarsi. È per scelte fondate sulla solidarietà che in Italia un vaccino o

un esame medico sono a carico dello Stato.

Occorre trasformare la crisi in una sfida per la scienza per mettere in rete chi più sa e chi sa meno, perché nessuno resti indietro. Sono troppi gli egoismi che non permettono di raggiungere questi traguardi, ma non possiamo arrenderci.

Lo dico ai giovani: condividete il sapere come un dono, non possedetelo come qualcosa di sterile che vi rende soli e spesso anche tristi. Sono stata testimone di grandi esempi che mi hanno aiutato ad arrivare fino a qui. Un giorno mi ero



LA STAMPA

scusata con un giovane ricercatore per non riuscire a remunerarlo meglio. Mi rispose: «Si ricordi, presidente, che dietro questa provetta io vedo sempre i bambini». Ho assistito alla grande disponibilità di medici che si prestano a fare interventi pesantissimi, anche a notte fonda, e a volte vengono chiamati senza essere di guardia. Non mi è mai capitato di sentirmi dire «non posso», c'è sempre una risposta positiva. Questo mi colpisce, non è comune.

È vero, negli anni ho visto il ruolo del medico cambiare. Quando ho iniziato a occuparmi di sanità, la cultura lo riconosceva un carattere di sacralità e di paternità. Oggi l'autonomia del paziente è la vera grande conquista dell'etica medica. Rischia, però, di ridurre il rapporto medico-paziente a un rapporto tecnico e freddo. La sfida per una università come questa è di formare medici e operatori sanitari che siano grandi esperti di umanità a par-

tire dalle loro professionalità.

Da ormai 50 anni vivo la responsabilità di fare stare bene la comunità perché possa prendersi cura: conosco le ansie di far tornare i conti, di continuare ad innovare e a formare, di fare in modo che pubblico e privato camminino in un'unica direzione.

Ricordate che non sempre l'attenzione alla persona cresce con la tecnicizzazione della medicina, che è sempre più concentrata sull'azione tecnica del «curare» (to cure) la malattia senza un approccio olistico alla persona. Questo non può bastare. Vorrei chiedervi di investire le vostre vite sul «prendersi cura» (to care) anche del mondo affettivo, relazionale, psicologico e spirituale del paziente. Non è solo un atto di carità ma è «atto politico» che permette di prendersi cura delle fragilità, dell'ambiente, del benessere economico, della giustizia e della vita che rimane il dono più grande da onorare in

ogni sua manifestazione.

La cura è un cammino e un confine si deve spingere fino al curare gli incurabili, per questo è come un delicato vaso di cristallo. La via da percorrere ha una direzione unica: creare rete nel territorio tra pubblico, privato sociale, privato convenzionato, imprese sociali del terzo settore e volontariato competente. È attraverso un'alleanza di cura che potremo vincere questa silenziosa sfida.

L'articolo 32 della Costituzione, che regola la salute, custodisce il fine dell'azione sanitaria che è occuparsi della salute - dal latino *salus* -, che è la salvezza integrale dell'ammalato. La visione di salvezza integrale della persona era stata sostenuta da Aldo Moro che nel dibattito della Costituente ci ha ricordato come la salute non si riduce a un *facere* o non *facere*, a un'attività giuridica o materiale, ma è un valore del soggetto che l'ordinamento è chiamato a tutelare.

È questa l'eredità che nel piccolo ho cercato di testimoniare. Vorrei piantare ancora alcuni piccoli semi e poi affidarli a voi giovani perché li facciate crescere e li rendiate generativi in una comunità di vita e di scopo dove la scienza è sempre al servizio della persona e ciascuno di noi è un dono per l'altro. —

Le cure
Il sistema sanitario ha molte lacune. Molte persone hanno difficoltà ad accedere ai servizi, altre subiscono lunghissime liste d'attesa



SANITÀ IN CRISI

QUELL'AMBULANZA CHE NON ARRIVA

MAI

Attendere troppo per un infarto, un trauma, un incidente... Succede, sempre più spesso, in tutta Italia, e le cause sono tante: reparti di emergenza intasati, mezzi di soccorso che non riescono a «sbarellare» e quindi a tornare in strada, poco personale, scarse risorse. E la carenza di medici di base aggrava un situazione drammatica.

di Maddalena Bonaccorso

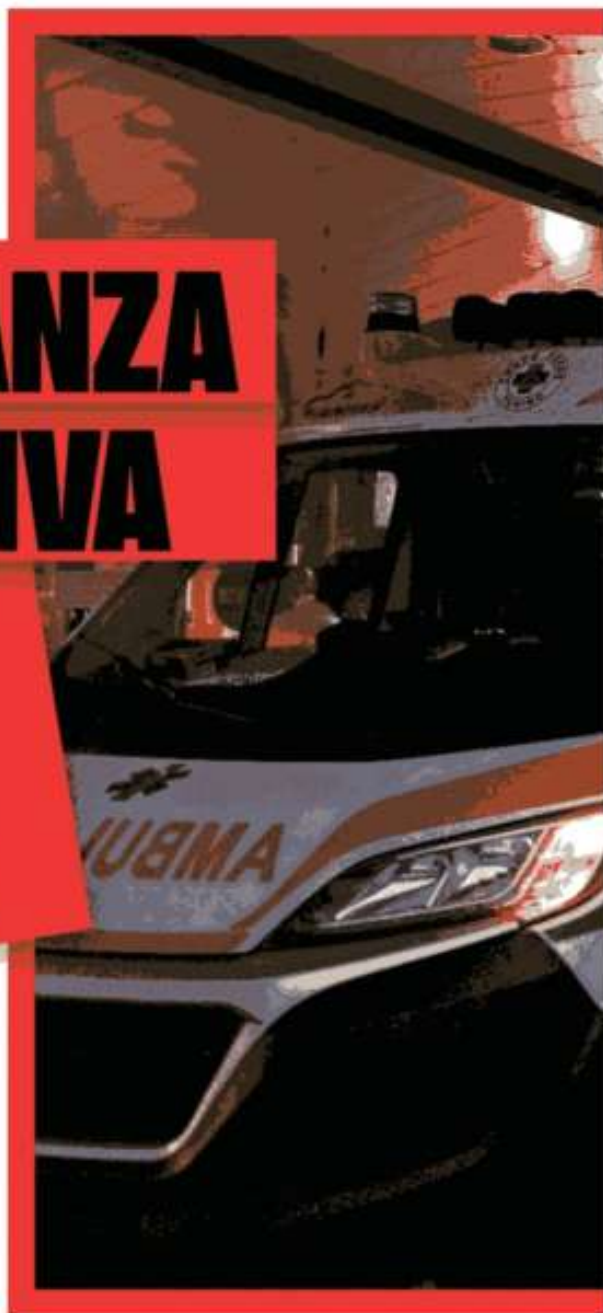
Alle 11 del mattino di un mercoledì di gennaio, le ambulanze disponibili per il soccorso sono già finite. Alla centrale operativa del 118 di Palermo, che assiste una popolazione di circa un milione e 200 mila persone, i responsabili - al telefono già da ore per cercare una soluzione al numero crescente di richieste di aiuto - spalancano le braccia, in un misto di rabbia e rassegnazione.

I Pronto soccorso sono intasati, con percentuali di sovraffollamento che superano il 200 per cento, le ambulanze non riescono a «sbarellare» i pazienti (cioè a lasciarli nelle strutture tornando disponibili per altre emergenze) e restano ferme per ore davanti agli ospedali, con i malati a bordo: questo fa sì che il sistema sia completamente bloccato, anzi, al collasso. Succede in tutta Italia: nelle difficilissime

settimane di dicembre e inizio gennaio, complici la recrudescenza del Covid e il picco influenzale, il 118 ha dovuto fare i conti, sull'intero territorio nazionale, con difficoltà enormi, che hanno portato a grandi disagi e anche a tragedie evitabili.

Il 26 dicembre, sempre in Sicilia, una donna di 26 anni è morta dopo aver accusato un malore in casa; l'ambulanza era arrivata senza medico, perché l'unico presente al Pronto soccorso del nosocomio locale non poteva lasciare il presidio.

A Roma, dove nei giorni scorsi più di 1.100 pazienti erano ricoverati in attesa di un posto letto



nei reparti, è capitato per due volte che persone inciampate e cadute sulle scale della metropolitana aspettassero oltre tre ore l'arrivo dell'ambulanza; a Milano si è dovuti attendere 40 minuti un mezzo di soccorso, per un trauma cranico, in pieno centro città a due passi dal Policlinico. Del resto, la Regione Lombardia ha bloccato i ricoveri programmati, a causa della grave situazione di sovraffollamento negli ospedali.

È il collo di bottiglia, è il blocco-barella, è il «boarding», insomma si tratta del sistema. Se l'ambulanza non arriva, se arriva troppo tardi, se è senza medico o senza infermiere, è inutile prendersela - soltanto - con il 118, con il 112, o con gli operatori che, infine, giungono ad assisterci: «Noi ci assumiamo sempre le nostre responsabilità» afferma Maurizio Migliari, direttore Struttura Complessa Soreu (Sale operative emergenza urgenza «118») della Regione Lombardia. «Ma in questo momento storico, con una popolazione che invecchia, e a fronte di un numero sempre crescente di chiamate al 118, occorrerebbe diversificare il posizionamento del bisogno sanitario in modo corretto e congruo. Dovrebbero arrivare al 118 e quindi nel Pronto soccorso solo i casi di reale emergenza: invece sempre più spesso il cittadino, nell'impossibilità di reperire il responsabile di medicina generale o le guardie mediche, è costretto chiamare noi. Perché sanno che ci siamo sempre».

A volte, certo, il cittadino sceglie questa strada anche solo per comodità: sa che chiamando il 118 verrà trasportato in ospedale, e lì - anche se con attese bibliche - riceverà esami, cure, accertamenti che altrimenti dovrebbe effettuare in privato o aspettando mesi in lista d'attesa: «Purtroppo anche gli utenti commettono abusi» dice Salvatore Vaccaro, vice segretario nazionale del sindacato infermieristico Nursind. «Perché magari vogliono essere visitati da un medico, chiamano il 118 e tendono a sovrastimare la propria patologia. Anche questo contribuisce a creare il collo di bottiglia, e tra tanti codici a bassa priorità, in tempi di picco può diventare complicato andare a «scovare» e soccorrere il caso grave».

Così il sistema dell'assistenza sanitaria diventa un cane che si morde la coda: «Noi effettuiamo un

primo *triage* telefonico» spiega Fabio Genco, direttore Centrale operativa 118 Palermo-Trapani «con i nostri operatori che, attraverso un'intervista di circa un minuto assegnano un codice rosso, giallo o verde a seconda della gravità, e stabiliscono - in base alle disponibilità - quale mezzo inviare: ambulanza con solo autisti soccorritori o con infermiere, e nei casi più gravi l'auto medica con il rianimatore, o l'elicottero. Una

volta sulla scena, si valutano le condizioni del paziente, e in contatto con la centrale operativa si decide se e in quale ospedale indirizzarlo, a seconda della vicinanza e del problema riscontrato».

Tutto ciò, secondo i Lea (Livelli essenziali di assistenza) dovrebbe avvenire entro otto minuti dalla telefonata al 118 in ambiente urbano, ed entro 18 se in ambiente extraurbano. Sarebbe bello se fosse così, ma questi tempi non vengono - quasi - mai rispettati; inoltre, se l'ambulanza non ha a bordo un medico che può fare una diagnosi e quindi capire se il caso sia di competenza dell'emergenza urgenza o se in carico al medico curante, il paziente deve essere sempre e comunque condotto nel Pronto soccorso più vicino. Quindi intasamento, attese e, a cascata, mancanze di mezzi per situazioni più gravi.

Nel frattempo, in questo mercoledì di gennaio in cui siamo stati autorizzati a partecipare ai soccorsi sull'automedica del 118 di Palermo con il coordinamento del medico rianimatore e responsabile della sala operativa Marco Palmeri, sul campo accade di tutto: a Marsala un uomo si è sparato in testa e aspettando l'ambulanza viene sottoposto a massaggio cardiaco da parte di chi ha chiamato i soccorsi; c'è un motociclista a terra in autostrada che attende l'ambulanza, un'anziana con Alzheimer che non respira e attende l'auto medica: mentre al Pronto soccorso dell'ospedale Civico il primario non riesce nemmeno a rispondere telefonicamente alle nostre domande, perché ha 95 pazienti ricoverati a fronte di una capienza del reparto di 50.

Facile capire come, in situazioni del genere, le ambulanze non si possano sbarellare, e come anche i sanitari e gli stessi soccorritori rischino aggressioni da parte dei cittadini esasperati, in attesa di un mezzo che sembra non arrivare mai. Proprio com'è successo il 3 gennaio scorso, quando al Pronto soccorso dell'ospedale San Leonardo di Castellammare di Stabia, nel Napoletano, un'infermiera è stata aggredita con pugni al volto da un parente di un ricoverato: denti rotti, labbra spaccate e 25 giorni di prognosi; è solo l'ultimo di una serie di casi analoghi, che avvengono in tutti gli ospedali d'Italia.

Come rimediare? «Soluzioni immediate non ne esistono, è bene dirlo chiaramente» afferma ancora Genco. «Per tamponare le emergenze si dovrebbe intanto aumentare le ambulanze disponibili. E poi occorre una migliore organizzazione, soprattutto durante le festività, della capacità dei reparti ospedalieri, per assorbire le richieste di ricovero: e anche un maggiore impegno della medicina territoriale,



putroppo fortemente carente».

Già, perché le ferie dei medici di medicina generale e di quelli dei reparti di degenza ricadono sui sanitari in prima linea del 118 e del Pronto soccorso, e quindi sui cittadini-utenti: in Lombardia, a fronte di circa 900 mila missioni di soccorso nel 2023 in tutta la Regione (valori stabili, quasi sovrapponibili a quelli del 2019, ultimo anno di normalità prima della pandemia) si è decisa la sospensione dei ricoveri programmati, proprio per liberare letti per i pazienti nel primo accesso all'ospedale ed evitare il blocco delle ambulanze che non riescono a sbarellare.

Decisione estrema, solo per tamponare l'emergenza: «Nei momenti di picco» prosegue Migliari «cerchiamo di modulare le esigenze, ma può capitare che di colpo ci sia una riduzione del pool di ambulanze disponibili. Tutto ciò si traduce in maggiore tempo di attesa, che nei codici gialli e rossi non dovrebbe mai capitare. Noi ci organizziamo per avere sempre una sorta di "tesoretto" di mezzi e risorse, ma a volte

il ritardo non si riesce comunque a evitare».

Più mezzi di soccorso quindi, più personale disponibile, più medici formati per l'emergenza, più infermieri, e una maggiore collaborazione all'interno degli stessi ospedali: l'unico modo per provare a risolvere un problema così drammatico.

Intanto, la lunga giornata del 118 di Palermo è finita, inizia la notte con il cambio turno. Un'ambulanza è ancora in attesa fuori dal Pronto soccorso del Civico: dietro una porta a vetri spaccata, presa a colpi di casco da qualcuno per sfogarsi. ■

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Deficit sanitario. I medici del 118, la «prima linea» del soccorso sulle ambulanze, sono in gravissimo deficit: circa 2.300 sanitari a fronte di criteri previsti per cui dovrebbero essere seimila.

Nelle foto di queste pagine, momenti di ordinaria emergenza a Palermo, scattate dall'autrice dell'inchiesta. un intervento con l'elisoccorso e una vetrata vandalizzata nel Pronto soccorso dell'ospedale Civico.

L'arrivo di un paziente nel Pronto soccorso palermitano. Spesso, a causa dell'affollamento, le ambulanze devono aspettare ore per poter ricoverare qualcuno. E così non possono tornare velocemente in strada.



Uno studio dello Shanghai Chest Hospital e dell'università Jiao Tong ha riabilitato il fruttosio contenuto in alcuni ortaggi e frutta. Si è rivelato in grado di rafforzare la risposta immunitaria contro le neoplasie

La lotta al cancro ha un dolce alleato

PREVENZIONE

Lo zucchero contenuto nella frutta potrebbe rivelarsi un alleato nella prevenzione e nella cura di alcuni tumori. È quanto suggerisce una ricerca dello Shanghai Chest Hospital e dell'università Jiao Tong della stessa città che viene a mettere in discussione studi precedenti, in particolare uno pubblicato su *Cell Metabolism* con il significativo titolo *La morte bianca*, che indicava nel fruttosio un fattore di rischio per la comparsa di tumori.

Secondo lo studio cinese appena pubblicato (anche questo su *Cell Metabolism*) al contrario, il fruttosio, ovvero lo zucchero contenuto nella frutta e nel miele (quello bianco da tavola è il saccarosio, composto dall'unione di una molecola di fruttosio e una di glucosio), potrebbe aiutare il nostro sistema immunitario a combattere i tumori.

LA DIETA

I ricercatori sono arrivati a queste conclusioni sottoponendo ad una dieta ricca di fruttosio alcuni topini ed esponendoli in seguito a cellule di melanoma. La crescita del tumore in queste bestiole è risultata soppressa. Al contrario, nei topini mantenuti a dieta standard, le cellule di melanoma proliferavano. Un risultato inatteso visto che da tempo è noto che un elevato consumo di fruttosio si associa nei laboratori alla crescita di alcuni tumori (in particolare a quelli intestinali) e delle metastasi. Lo studio dei ricercatori cinesi dimostra invece che il fruttosio, modulando il metabolismo delle cellule del grasso, induce la produzione dell'ormone leptina che, a sua volta, va a potenziare le ri-

sposte immunitarie contro i tumori.

LE FONTI

Ricordiamo che il fruttosio è presente nella frutta, nel miele e negli ortaggi. Ne sono, inoltre, particolarmente ricche le carote, i fichi, le prugne, i peperoni, le zucchine, le banane e le mele. Gli autori dello studio hanno evidenziato anche la presenza di una correlazione tra elevati livelli di leptina e di frut-

tosio nel sangue da una parte e una migliore risposta immunitaria anti-tumorale nei pazienti affetti da tumore del polmone. Questo non si verifica in altre forme tumorali, quali ad esempio il cancro del colon retto.

Insomma, il consumo di fruttosio giocherebbe un ruolo potenzialmente importante nel modulare il metabolismo delle cellule adipose, potenziando la risposta immunitaria contro le cellule tumorali (ma solo in alcuni tumori) e suggerisce che questo asse fruttosio-leptina potrebbe essere sfruttato anche per potenziare l'efficacia dell'immunoterapia nel trattamento di alcune forme tumorali. Lo zucchero della frutta in altre parole, come titola un editoriale di commento allo studio, pubblicato su *Nature Immunology* «addolcisce le risposte anti-tumorali».

LA CRESCITA

«Questo studio - commenta il professor Paolo Ascierto, presidente della Fondazione Melanoma e Direttore dell'Unità di Melanoma, Immunoterapia Oncologica e Terapie Innovative del Pascale di Na-

poli - suggerisce che una dieta ricca di fruttosio è in grado di rafforzare la risposta immunitaria contro il cancro, controllandone la crescita. Il fruttosio alimentare insomma sembra promuovere l'immunità antitumorale delle cellule. Ma attenzione, questo non significa che fare incetta di zuccheri aiuti automaticamente a contrastare il tumore. I risultati di questo studio suggeriscono che, come per il TVA, Acido Trans-Vaccenico, una sostanza contenuta nella carne che potenzia l'efficacia dell'immunoterapia, anche per il fruttosio, potrebbe non essere tutto bianco o nero».

In altre parole, carne rossa e fruttosio, considerati finora come nemici della salute senza appello, potrebbero anche contenere delle sostanze amiche o promuovere effetti positivi per la salute. «Saranno, dunque, necessari ulteriori studi - conclude Ascierto - per aiutarci a comprendere se e come sia possibile sfruttare il fruttosio per rafforzare l'azione del nostro sistema immunitario contro alcuni tipi di tumore».

LO SCIROPPO

Nel frattempo, la prudenza è d'obbligo. Questo studio non rappresenta una riabilitazione a 360 gradi del fruttosio, che bisogna continuare a considerare un nemico per la salute soprattutto quando consumato in modo eccessivo. Un problema questo molto senti-



to negli Usa, dove a causa dell'enorme produzione del mais, tutti i prodotti dolciari, la cioccolata e le bevande sono dolcificati con sciroppo di mais ad elevata contenuto di fruttosio, considerato una delle principali cause dell'epidemia di diabete, obesità e "fegato grasso" (steatoepatite) che affligge quel Paese.

Il semaforo resta, dunque, rosso per il consumo eccessivo di frutto-

sio, ma anche di saccarosio, cioè del comune zucchero da cucina. Anche in versione di canna. Via libera, comunque, alla frutta ai pasti o come spuntino e al miele per rendere più golosa una fetta di pane o una bevanda.

Maria Rita Montebelli

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I NUMERI

55.900

I casi di cancro al seno nel 2023. I più frequenti assieme a colon, polmone, prostata e vescica

1.070

Le persone che ogni giorno, in Italia, ricevono una diagnosi di cancro: - 18 mila casi negli ultimi 3 anni



35-40%

Percentuale dei casi di cancro che potrebbero essere evitati senza fumo, alcol, obesità, sedentarietà

20%

Un tumore maschile su 5 riguarda la prostata, segue il polmone. Nelle donne il seno e il colon-retto

800

Su adolescenti (età tra 15 e 19 anni) che ogni anno nel nostro Paese ricevono una diagnosi di tumore

3,6

I milioni di persone che vivono in Italia dopo una diagnosi di tumore. 1 milione è guarito

5

In migliaia le nuove diagnosi l'anno di tumori da papillomavirus: la metà della cervice uterina

6

In migliaia i casi di tumore al seno nelle donne da abuso di alcol, pari all'11% delle nuove diagnosi

PAOLO ASCIERTO, RICERCATORE ONCOLOGO DEL PASCALE DI NAPOLI: «ATTENZIONE COMUNQUE ALLE DOSI DA CONSUMARE OGNI GIORNO»

IL FRUTTOSIO SI TROVA IN GRANDI QUANTITÀ IN CAROTE, PEPERONI, ZUCCHINE, PRUGNE, BANANE, MELE, FICHI E ANCHE NEL MIELE



**Salute
&
Benessere**





Quando il cervello diventò la forza dell' homo sapiens

Giulio Maira *

Una tra le questioni più appassionanti delle neuroscienze è: qual è l'origine delle facoltà cognitive dell'uomo? In cosa consiste di preciso questa svolta evolutiva che ha portato all' homo sapiens? Domande complesse alle quali possiamo soltanto cercare di dare qualche risposta.

GLI EMISFERI

Innanzitutto abbiamo sviluppato un grande cervello. Alcuni ricercatori, studiando la collezione di cervelli di primati del Museo di Storia Naturale di Parigi, hanno constatato che il nostro è chiaramente il cervello più grande. È stata straordinaria l'espansione della corteccia prefrontale, un rigonfiamento della superficie del lobo frontale, a cui affidiamo numerose attività cognitive di livello elevato. Il cervello, ingrandendosi, si è ripiegato, permettendo quindi di alloggiare nel cranio ancora più materia grigia. Studiando le pieghe dei due emisferi, si è visto comparire un aspetto nuovo, sono diventati asimmetrici.

L'ATTENZIONE

Le due parti del cervello hanno smesso di essere equivalenti e si sono specializzate in funzioni differenti, in genere il lin-

guaggio a sinistra e l'attenzione visuo-spaziale a destra, e questo è un altro modo per aumentarne le funzioni.

Lo sviluppo funzionale più evidente è stata la comparsa del linguaggio. Tutte le specie comunicano con grida; noi siamo gli unici ad averle trasfor-

mate in una successione di parole organizzate. Siamo anche gli unici a saper elaborare un modello mentale dei pensieri e delle intenzioni altrui, chiamato teoria della mente. In questo ci hanno aiutato i neuroni specchio, una rete di cellule da cui dipendono funzioni come l'empatia o la capacità di apprendere per imitazione, elemento fondamentale per il progresso. Dall'apprendimento deriva l'istruzione e la grande capacità del cervello umano di pensare cose astratte, come la matematica o la scienza, e di proiettarci nel futuro.

LE AREE

Quando il cervello si è ingrandito anche la maggior parte dei fasci di fibre che collegano le aree corticali si sono ispessiti, e ne sono comparsi di nuovi, come il fascicolo arcuato che lega l'area frontale a diverse regioni della corteccia temporale e parietale e svolge un ruolo cruciale per le funzioni del linguaggio.

Pur essendo importante

quanto fino ad oggi si è scoperto sul volume delle aree e sui fasci di connessione, si è anche capito che, oltre che in questo, è nelle modalità di sviluppo, nell'organizzazione dei suoi circuiti, nelle sue proprietà cellulari e molecolari che dovremo cercare l'origine della singolarità del cervello umano.

IL PROGETTO

Nel corso di milioni di anni il progetto evolutivo ci ha dotati di un cervello eccezionale, frutto di continui tentativi, ripensamenti e modificazioni. Ed è da questo organo ancora misterioso che dipende come sarà la nostra vita. Ma ricordiamoci che la natura ci ha dato lo strumento, farlo suonare bene dipende soltanto da noi.

*Professore di

Neurochirurgia Humanitas,

Milano

Presidente Fondazione

Atena Onlus, Roma

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il vantaggio degli esseri umani, rispetto agli altri primati, risiede soprattutto nell'evoluzione
abn

**LA STRAORDINARIA
ESPANSIONE DELLA
CORTECCIA HA PERMESSO
SVILUPPI CLAMOROSI,
COME LA COMPARSA
DEL LINGUAGGIO**



Quasi un anno e mezzo. È il tempo di approvazione dei presidi sanitari di ultima generazione a causa delle lungaggini tra Agenzia italiana del farmaco e Regioni, dopo l'assenso rilasciato dall'Europa. E questo genera, oltre a pericolosi rischi per i pazienti, anche un aggravio di costi per i bilanci della Sanità pubblica.

Se la burocrazia frena i nuovi antitumorali

di Laura Della Pasqua

Ofarmaci innovativi sono un pilastro delle terapie oncologiche. L'Italia ha fatto importanti passi avanti nella cura dei tumori e oggi, per alcune tipologie, è aumentata la possibilità di guarire o di tenere sotto controllo la malattia con trattamenti che danno risultati soddisfacenti e consentono un'aspettativa di vita ben più lunga di quanto non accadesse in passato. In mezzo secolo, per esempio, la sopravvivenza per le donne con diagnosi di cancro al seno è passata dal 30 al 90 per cento.

La ricerca è fondamentale. L'evoluzione e la diffusione delle terapie innovative è stata veloce. In tre anni, dal 2018 al 2021, in Europa sono state commercializzate 46 molecole anti tumore e l'Italia ha garantito la disponibilità a 38, collocandosi al terzo posto dopo Germania (45) e Svizzera (41) e davanti a Francia (33), Grecia (32), Svezia (30) e Spagna (26). Appare pertanto un paradosso che per avere accesso ai nuovi farmaci, convalidati dalle autorità

preposte, i pazienti debbano aspettare anni. Eppure una serie di fattori, dalle lungaggini burocratiche autorizzative ai problemi di bilancio, perché sono presidi sanitari costosi, rappresentano paletti all'arrivo rapido delle terapie salvavita sul bancone del farmacista, generando un ritardo nel trattamento dei pazienti i cui risvolti clinici sono di difficile valutazione.

Basti pensare che l'iter di approvazione di un medicinale da parte dell'Agenzia del farmaco-Aifa, in genere successivo al semaforo verde dell'Emma (l'Agenzia europea), è di circa 14 mesi cui vanno poi aggiunti i «placet» regionali che variano dai 129 giorni di media del Piemonte ai 279 della Basilicata. Questo impasse mette a rischio la vita di persone affette da malattie gravi, potrebbe essere risolto con un riesame delle regole di approvazione dei medicinali.

In Europa, il nostro Paese è ai primi posti per quanto riguarda il numero di farmaci resi disponibili ai pazienti,



secondo solo a Germania e Danimarca, con 127 nuovi preparati introdotti tra il 2017 e il 2020; scende però al 14° posto della classifica continentale se si considera il «tempo di disponibilità» medio, ovvero il periodo necessario tra l'autorizzazione all'entrata in commercio e l'accesso alla lista di rimborso, con una media di 419 giorni come rende noto l'Aiom, l'Associazione di oncologia medica. Significa che il malato deve aspettare quasi un anno e mezzo per avere una terapia di ultima generazione.

Ci troviamo dunque di fronte a due alternative: o si abbreviano i tempi del «via libera», o si crea un sistema di accesso anticipato ai farmaci, permettendo ai pazienti di disporre di un trattamento che abbia già ricevuto l'assenso dall'EmA ma non ancora l'Autorizzazione all'immissione in commercio (Aic) da parte dell'Aifa. Gli esempi in Europa di questo percorso efficace non mancano. In Germania, tutti i farmaci sono disponibili sul mercato il giorno successivo all'approvazione dell'EmA, al prezzo stabilito dal produttore. Dopo una prima valutazione dei benefici, viene avviata la negoziazione del prezzo. Se non si arriva a un accordo entro una data prestabilita, subentra l'arbitrato.

In Francia i salvavita per malattie gravi e rare, sono resi disponibili anche prima dell'approvazione dell'EmA negoziando un prezzo con il produttore entro un tetto massimo di spesa. Per risolvere il problema della sostenibilità finanziaria, c'è un meccanismo di pay back, di compensazioni post-approvazione. Anche il Regno Unito prevede condizioni di accesso anticipato «pre-rimborso» attraverso il Cancer Fund.

Una ricerca di Crea Sanità ha valutato quale sarebbe l'impatto di procedure veloci di accesso ai farmaci oncologici innovativi in Italia. Nel caso del carcinoma mammario, considerando i mesi necessari alla negoziazione del prezzo, con la procedura accelerata sarebbe possibile evitare oltre seimila casi di progressione con un risparmio economico potenziale per il Servizio sanitario nazionale di oltre 48,2 milioni di euro. Nel carcinoma polmonare si stimano invece oltre 1.700 progressioni che, se prevenute, farebbero economizzare al Ssn oltre 10,6 milioni. Infine, sarebbe possibile prevenire fino a 280 recidive di melanoma, con una minore spesa compresa tra 6,7 e 10,4 milioni di euro.

«Nel nostro Paese, ogni giorno, 1.070 persone si ammalano di cancro» afferma Saverio Cinieri, presidente della Fondazione Aiom «Nel 2022 i nuovi casi sono stati 390.700. La sopravvivenza a cinque anni è pari al 65 per cento nelle donne e al 59 per cento negli uomini, e raggiunge il 90 per cento in neoplasie molto frequenti come quelle della mammella e della prostata. Questi dati collocano l'Italia ai primi posti nel mondo per le terapie e dimostrano il grande livello raggiunto dall'oncologia italiana. Però i cittadini colpiti dal cancro devono attendere ancora 14 mesi per poter essere trattati con prodotti innovativi già approvati a livello europeo».

Un'altra causa dei tempi prolungati sono i Prontuari terapeutici regionali. Accanto al Servizio sanitario nazionale, convivono infatti 19 Regioni e due Province autonome. E in 10 Regioni sono ancora presenti i Prontuari terapeutici (ospedalieri) regionali, cioè liste di farmaci prescrivibili all'interno degli ospedali, pubblici e privati, accreditati.

Alcune Regioni, prima della commercializzazione, richiedono un ulteriore monitoraggio che è vincolante. «È un passaggio che non ha senso» ribadisce con vigore Cinieri e spiega perché: «Una volta che una commissione nazionale, quale è l'Aifa, ha stabilito prezzo e modalità di somministrazione del medicinale, e spesso non è altro che una traduzione in italiano di ciò che ha deciso l'EmA, non capisco perché una Regione debba rifare un'altra commissione per arrivare alle stesse conclusioni».

Inoltre le varie amministrazioni si comportano in modo diverso e il paziente è costretto magari a spostarsi per aver accesso a cure più adatte alla sua situazione. E non è detto che ciò avvenga, come si sarebbe portati a credere nel Mezzogiorno. Cinieri sostiene, ma non intende fare nomi, che anche in alcune Regioni del Settentrione si applica la trafila più lunga. Di qui la richiesta dell'Aiom di abolire i prontuari terapeutici regionali almeno per i farmaci oncologici e di consentire l'immediata disponibilità dopo la pubblicazione in *Gazzetta Ufficiale*.

E se dietro ai tempi lunghi ci fossero anche motivazioni economiche? I farmaci per malattie gravi sono molto costosi e le Regioni sarebbero indotte a temporeggiare. «È possibile» aggiunge Cinieri «ma a mio parere è essenzialmente un problema burocratico. La Regione ha la necessità di esistere, di ribadire il proprio ruolo, ma così si creano duplicazioni di passaggi in cui a rimetterci è il malato».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Una causa dei tempi prolungati sono i Prontuari terapeutici regionali. Accanto al Servizio sanitario nazionale (Ssn), convivono 19 Regioni e due Province autonome

«Approvato il farmaco da una commissione nazionale come l'Aifa, non si capisce perché una Regione debba fare una sua commissione per arrivare alle stesse conclusioni»

Saverio Cinieri
presidente della Fondazione Aiom



E ora? Si riparte dalla sentenza della Consulta

A Venezia si allungheranno i tempi dell'approvazione: la norma ha perso il binario preferenziale

PAOLORUSSO

1 Cosa succede dopo la bocciatura della legge sul fine vita in Veneto?

Il voto della legge, proposta dall'associazione "Coscioni", non ha passato i primi due dei 5 articoli complessivi, che richiedevano il sì della maggioranza assoluta. Il secondo, in particolare, è un articolo "fondamentale" perché individua i requisiti di accesso alla pratica del suicidio assistito conformemente a quanto stabilito dalla Corte Costituzionale con la sentenza n. 242 del 2019. Il progetto di legge, ha spiegato il presidente del consiglio regionale, Roberto Ciambetti, diventerà "ordinario" e torna in commissione, dove non avrà i tempi rapidi di approvazione, come invece prevede lo Statuto a proposito delle proposte di iniziativa popolare.

2 Nel frattempo come verrà regolamentato il suicidio assistito?

Sarà consentito con i paletti fissati dalla Consulta con la sentenza del 2019 che lo legalizza ma a quattro condizioni. Che il malato sia affetto da malattia irreversibile, che questa patologia sia fonte di intollerabili sofferenze fisiche o psicologiche, che il paziente sia capace di prendere decisioni libere e consapevoli. La quarta

condizione, la più problematica, è che il paziente sia dipendente da un trattamento di sostegno vitale: mentre finora si intendeva con questo termine solo alimentazione, la Corte riconosce anche la chemioterapia. La Consulta non autorizza invece l'eutanasia, che contrariamente al suicidio assistito prevede che siano altri a somministrare il farmaco letale. Resta comunque il fatto che si andrà avanti con la Babele che vede alcune Regioni far applicare la sentenza dalle proprie Asl, pur se con tempi molto variabili e dilatati ed altre, come il Friuli, dove c'è voluta una sentenza del Tribunale perché ci si muovesse.

3 Cosa prevede la proposta di legge veneta sul fine vita?

La legge prevede l'istituzione di una commissione medica multidisciplinare presso le aziende sanitarie pubbliche con il compito di verificare la sussistenza delle condizioni di accesso al suicidio assistito. Stabilisce che le prestazioni sanitarie connesse ai suicidi assistiti sono gratuite e che entro dieci giorni dalla richiesta del paziente la commissione medica multidisciplinare verifichi la presenza delle condizioni di accesso al suicidio assistito, inviando, entro cinque giorni dal completamento delle verifiche, una relazione al comitato etico territorialmen-

te competente. Il comitato etico ha quindi cinque giorni di tempo per restituire il proprio parere alla commissione medica. Se l'iter dà esito positivo, il malato può fare un'ulteriore richiesta per l'erogazione della prestazione. Dal momento di tale richiesta decorre il termine di sette giorni entro cui il sistema sanitario deve garantire l'accesso alle prestazioni e ai trattamenti. Il paziente, può sospendere o interrompere la procedura in ogni momento.

4 Cosa succederà ora nelle altre Regioni?

Il sì di una regione a conduzione leghista come il Veneto avrebbe potuto dare una spinta ad avviare l'iter delle analoghe proposte di legge presentate sempre dall'Associazione Coscioni in Piemonte, Emilia Romagna, Toscana, Sardegna, Basilicata e Lazio, velocizzando anche l'approvazione in Friuli dove la legge ha già iniziato il suo percorso. Proposte analoghe sono state presentate anche in Puglia, Marche e Calabria, mentre in Lombardia è in corso la raccolta firme. C'è però da dire che in Piemonte, Marche e Calabria più di un esponente dei partiti di destra che le governano hanno espresso parere contrario

all'approvazione della legge.

5 Quanti sono gli italiani che ad oggi hanno manifestato interesse sul fine vita?

Nell'ultimo anno all'associazione Coscioni sono arrivate 13.997 richieste di informazioni sul fine vita, mentre in base alla legge sul Biotestamento 186mila italiani hanno lasciato disposizioni anticipate di trattamento sanitario in caso non si trovasse nella condizione di autodeterminarsi. Da notare che secondo un'indagine del Censis a favore di una legge sono l'86% degli elettori azzurri, l'80% di quelli di FdI e il 79% dei leghisti. —

Sono saltati i requisiti necessari per poter accedere al suicidio assistito





Dir. Resp. Marco Girardo

Relazione di cura e alternative terapeutiche: si riparta da qui



DONATA LENZI

Ieri il consiglio regionale del Veneto ha respinto la legge sulle procedure per il suicidio assistito proposta dall'Associazione Coscioni in diverse regioni italiane. Mi aveva stupito nei giorni scorsi la subalternità culturale con cui si era rinunciato a presentare emendamenti e quindi a esercitare il ruolo di legislatori capaci di ascoltare più istanze e fare sintesi. Peraltro, dalle audizioni di diverse associazioni ed esperti erano arrivati suggerimenti utili.

Nonostante ritenga che occorra una legge nazionale, su almeno un aspetto la legge regionale veneta avrebbe potuto essere migliorata. Mi riferisco alla umanizzazione del percorso amministrativo, che rischia di essere uno scadenziario burocratico. Un malato grave affetto da una patologia irreversibile che lo fa molto soffrire raramente si orienta verso una decisione convinta a favore della richiesta di assistenza al suicidio: più spesso una decisione matura tra dubbi, incertezze, richieste di aiuto e di consiglio, disperazione e coraggio. Ha bisogno di vicinanza e affetti, e ha bisogno di una relazione di cura forte con l'équipe curante, di ascolto e di onesta chiarezza sulle sue prospettive e sulle possibili scelte.

Nulla si diceva nella legge veneta sulla relazione con il medico curante, sulle alternative concretamente rappresentate al paziente, sul coinvolgimento dei familiari. Inoltre non si pre-

vedono momenti di incontro personale tra alcuni componenti delle commissioni mediche o dei comitati etici e chi richiede l'aiuto al suicidio. Eppure sarebbe utile, per ascoltare, per capire e poi dare un parere consapevole, e decidere non solo sulla base delle carte.

In questo modo, a mio parere, la legge veneta tradiva lo spirito e la lettera della sentenza della Corte Costituzionale 242/2019. La Corte infatti nel dichiarare la parziale illegittimità dell'articolo 580 del Codice penale esclude la punibilità «per chi, con le modalità previste dagli articoli 1 e 2 della legge 219 del 2017 agevola l'esecuzione del proposito di suicidio autonomamente e liberamente formatosi». A quali modalità si riferisce la Corte? Lo dice nelle motivazioni: «Lo stesso articolo 1, comma 5, prevede, altresì, che il medico debba prospettare al paziente "le conseguenze di tale decisione e le possibili alternative", promuovendo "ogni azione di sostegno al paziente medesimo, anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica". In questo contesto, deve evidentemente darsi conto anche del carattere irreversibile della patologia: elemento indicato nella cartella clinica e comunicato dal medico quando avvisa il paziente circa le conseguenze legate all'interruzione del trattamento vitale e sulle "possibili alternative". Il riferimento a tale disciplina (la legge 219/2017) implica, d'altro canto, l'inerenza anche della materia considerata alla relazione tra medico e paziente».





Di questo ragionamento della Corte nella legge respinta ieri sera non c'era traccia. E ancora la Corte costituzionale aggiunge: «Quanto all'esigenza di coinvolgimento dell'interessato in un percorso di cure palliative, l'articolo 2 della legge n. 219 del 2017 prevede che debba essere sempre garantita al paziente un'appropriate terapia del dolore e l'erogazione delle cure palliative. Tale disposizione risulta estensibile anch'essa all'ipotesi che qui interessa: l'accesso alle cure palliative, ove idonee a eliminare la sofferenza, spesso si presta, infatti, a rimuovere le cause della volontà del paziente di congedarsi dalla vita». Chi deve occuparsene? È una condizione

necessaria che va verificata? La proposta di legge radicale non lo dice. L'ascolto diretto del paziente, la presenza di una efficace rete di cure palliative, la verifica che sia fatto tutto il possibile e che quindi la decisione del paziente sia compiutamente informata e consapevole, sono alcune delle indicazioni che avrebbero dovuto essere accolte.

**Membro Comitato per l'etica
nella clinica di Irccs Reggio Emilia
Già relatrice legge 219/2017
(sulle Dat)**

La legge veneta
sul suicidio
assistito bocciata
dal Consiglio
regionale ignorava
la necessità
del dialogo tra
paziente e curanti
riducendo
le scelte di fine
vita a procedura
burocratica



L'incredibile storia di Firenze

«Bimbo malato di mente» Ma dopo sei anni si scopre che aveva problemi di udito

Il piccolo aveva difficoltà di linguaggio, i medici diagnosticarono un ritardo psichico. Invece era sordo. Ora le due strutture responsabili dovranno versare un risarcimento

SIMONA PLETTO

■ Per anni ha vissuto come in una bolla. Che nessuno vedeva. Quel piccolo bimbo a pochi mesi sgranava gli occhioni guardando mamma e papà, senza riuscire a interagire con loro. «Suo figlio ha una malattia mentale», è stata la terribile diagnosi dei medici toscani quando aveva un anno di età. Così per sei lunghi anni il piccolo è stato curato per problemi che non aveva. Invece colui che chiameremo Andrea non aveva alcun ritardo mentale, né era affetto da autismo. Più banalmente, era sordo dalla nascita. Un errore sanitario incredibile, se si considera che per l'appunto è durato anni. Anni di diagnosi sbagliate e trattamenti inutili, di cartelle cliniche che passavano da un ambulatorio all'altro, prima che i medici arrivassero a capire il suo vero problema di salute: l'udito. Incredibile.

DOLORE E PATEMA

La vicenda vede protagonista un bimbo toscano che oggi ha 20 anni e sua madre, una donna che non ha mai creduto alla malattia mentale del figlio e non si è mai arresa. Tanto da portare i medici responsabili di questa odissea in tribunale.

Ora è arrivata la sentenza che solo in parte ripaga questa famiglia delle sofferenze. Il tribunale di Firenze ha riconosciuto la colpa dell'errore diagnostico ripetuto da parte di due strutture sanitarie (AulS ospedaliera e

centro specializzato privato), oltre all'errato trattamento sanitario e al conseguente ritardo nell'applicazione di protesi uditive. Ha stabilito un risarcimento di 70mila euro per il figlio, 20mila euro per il dolore e il patema vissuto dalla madre.

«La signora voleva il riconoscimento dell'errore, anche se nessuno le ridarà mai quegli anni di calvario» spiega l'avvocato Chiara del Bono, che ha seguito la causa insieme al collega Pietro Frisani, dell'omonimo studio a Firenze. «Noi siamo soddisfatti per l'esito positivo della causa, anche se rimane l'amaro per un giudizio che si è protratto, per il solo primo grado, per una inaccettabile durata di quasi sette anni».

Tutto ha inizio nel 2004. Andrea aveva come detto un anno di vita quando, su consiglio della pediatra, è stato sottoposto a una visita dell'udito. I medici del Centro di rieducazione ortofonica di Firenze e dell'ex Usl 11 di Empoli, in due diverse occasioni, non si erano accorti che era affetto da sordità. E infatti avevano ricondotto i

disturbi del linguaggio a una patologia di natura mentale. «Pensavano fosse autistico - spiega l'avvocato Del Bono -. La madre ha vissuto anni davvero difficili. Il figlio ha manifestato fin da subito difficoltà di linguaggio. All'asilo parlava un gergo incomprensibile e non rispondeva ai semplici comandi. La mia assistita mi ha raccontato che era sempre isolato, non riusciva a giocare con gli altri bimbi. La cosa che più le ha fatto male è stato quando il figlioletto le ha fatto capire che voleva giocare a basket. Ma non capiva l'allenatore, né gli schemi».

Andrea andava alle feste di compleanno, ma faticava a interagire con gli altri bimbi, per cui veniva gioco forza isolato. Poi c'erano tutte quelle sedute "terapeutiche", dal neuropsichiatra infantile alla psicologa, fino al logopedista: tutti lo trattavano come un autistico e quindi veniva sottoposto a inu-



Libero

tili trattamenti neuropsichiatrici. Una Via Crucis. Col tempo Andrea si è sempre più chiuso nel suo mondo "ovattato", convinto di essere "diverso". Per lui non c'è stato gioco con gli amichetti, nessun corso di musica, nessun calcio al pallone.

TERAPIE SBAGLIATE

«Ma la mamma non si è mai arresa - continua il legale -. Aveva capito che il figlio non aveva problemi mentali. Aveva intuito che poteva avere invece una patologia legata all'udito. Ma sa, di fronte a due diagnosi che negavano la sordità del figlio... Come è potuto accadere? Guardi, resta un mistero». Dopo sei anni di diagnosi e terapie neuropsichiatriche sbagliate, la mamma ha deciso di

rivolgersi all'ospedale delle Scotte di Siena. Questa volta non ha raccontato alcun pregresso del figlio. Qui i medici le hanno diagnosticato subito una "ipoacusia bilaterale", cioè sordità di entità medio-grave. Così il piccolo ha iniziato le nuove e mirate cure. Parallelamente, la famiglia ha avviato la lunga battaglia in tribunale. Nella sentenza di primo grado la giudice Susanna Zanda ha precisato che: «Il bambino presentava una difficoltà del linguaggio... che non venne indagato in modo completo con gli esami oggettivi collaudati da decenni... tra cui i "potenziali evocati uditivi", cui provvide la struttura Universitaria Ospedaliera di Siena ben sei anni dopo la prima visita, solo nel 2010». Gli imputati

hanno già annunciato che si opporranno alla sentenza.

Oggi il ragazzo, che nel frattempo si è diplomato e gioca a basket, utilizza degli apparecchi acustici per riuscire a sentire, anche se parla con limitazioni. Gli anni di cure sbagliate hanno lasciato il segno, gli hanno sottratto un'infanzia normale e hanno ritardato l'integrazione. Per questo «dentro ha ancora tanta rabbia».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

