



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

8 FEBBRAIO 2024

A CURA DELL'ADDETTO STAMPA CRT SICILIA

MARIELLA QUINCI



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia



La protesta

Policlinico di Messina, il Nursind: «18 posti letto in più senza potenziare l'organico»

L'atto di accusa del sindacato: «Saranno trasferiti 4 infermieri da un reparto all'altro creando per un doppio disagio».

8 Febbraio 2024 - di [Redazione](#)

«Nuovi disagi al **Policlinico di Messina**. A seguito della riorganizzazione del padiglione F saranno realizzati 18 nuovi posti letti senza un potenziamento dell'organico. Saranno trasferiti 4 **infermieri** da un reparto all'altro creando per altro un doppio disagio: sarà depotenziato un settore senza risolvere il problema nella corsia di destinazione». È quanto denuncia il sindacato **Nursind** che da mesi porta avanti una battaglia per potenziare l'organico dell'ospedale. La segreteria provinciale e le Rsu spiegano che in particolare la riorganizzazione interessa Chirurgia oncologica dove sorgeranno altri sei posti letto, la Chirurgia del Peritoneo con altri sei posti e la Chirurgia plastica con quattro nuovi posti. Altri due posti sorgeranno invece in ortopedia. «Ancora una volta- spiega il segretario aziendale **Massimo Latella** – si spoglia la chiesa per vestire la sagrestia. Spostare 4 infermieri da Chirurgia plastica e Otorinolaringoiatria significa creare un problema in questi reparti senza risolvere nulla negli altri. Ancora una volta non si comprende che senza un **potenziamento dell'organico** ogni altra decisione difficilmente porterà benefici all'assistenza. Ancora attendiamo l'immissione di nuove unità del concorso del bacino orientale e la proroga di 38 precari. E invece la Direzione aziendale con una fretta incomprensibile, come se non volesse aspettare l'insediamento del nuovo commissario, sta procedendo a questa **riorganizzazione** senza avere contezza dei numeri. Tutto questo non farà che aumentare i **disagi** in un policlinico sempre più bistrattato dalle istituzioni».



Dir. Resp. Marco Girardo

IL REPORT SVIMEZ

Povert  sanitaria per 1,6 milioni

Salinaro a pagina 9

IL REPORT SVIMEZ E SAVE THE CHILDREN

In povert  sanitaria 1,6 milioni di italiani

«Sud indietro per prevenzione e cura, per le patologie pi  gravi pazienti in fuga verso il Nord»

VITO SALINARO

Nessuna inversione di tendenza. Persistono due livelli di qualit  sanitaria tra Nord e Sud del Paese, con il Mezzogiorno che   un paziente cronico: nel Sud la povert  sanitaria riguarda l'8% dei nuclei familiari, una misura doppia rispetto al 4% del Nordest (e al 5,9% del Nordovest, e al 5% del Centro). Si tratta di famiglie - 1,6 milioni in totale, di cui 700 mila al Sud - che spesso rinunciano a farsi curare, strette come sono tra liste di attese lunghissime da una parte e l'alternativa delle prestazioni a pagamento dall'altra. Gli indicatori Bes (Benessere equo e sostenibile) sono senza appello perch  si allarga il divario anche nella speranza di vita: 81,7 anni al Sud, ovvero 1,3 anni in meno del Centro e del Nordovest, 1,5 in meno del Nordest. E la mortalit  per tumore   di 9,6 per 10 mila abitanti per gli uomini nel Mezzogiorno; la soglia scende all'8 nel Nord. Per le donne il divario dice 8,2 al Sud e meno del 7 al Nord.

Sono alcuni dei dati contenuti nel Report *Un Paese, due cure. I divari Nord-Sud nel diritto alla salute*, promosso dalla Svimez (Associazione per lo sviluppo dell'industria nel Mezzogiorno) con Save the Children, e che denuncia un Sud con servizi di prevenzione e cura pi  carenti, una minore spesa pubblica sanitaria, una accentuata distanza da percorrere per ricevere assistenza soprattutto per le patologie pi  gravi. Proprio quest'ultimo punto offre una lettura di ulteriore, grande preoccupazione. Non a caso il Report parla di «fuga dal Sud», specie per le patologie pi  gravi. Un

dato su tutti: il 22% dei malati oncologici meridionali si fa curare al Nord. E, nel 2022, dei 629 mila migranti sanitari, il 44% era residente in una regione del Mezzogiorno. La Calabria registra l'incidenza pi  elevata, con il 43% dei pazienti che si rivolge a strutture sanitarie di regioni non confinanti; seguono la Basilicata (25%) e la Sicilia (16,5). Una tendenza, quella dei lunghi viaggi, che, secondo Save the Children, si riscontra anche per i pazienti pediatrici e che raggiunge punte del 43% in Molise, del 30 in Basilicata, del 26 in Umbria e del 23 in Calabria.

Del resto,   la motivazione del Report, i divari territoriali sono aumentati in «un contesto di generalizzata debolezza del Sistema sanitario nazionale che, nel confronto europeo, risulta sottodimensionato per stanziamenti di risorse (in media 6,6% del Pil contro il 9,4% di Germania e l'8,9% di Francia), a fronte di un contributo privato elevato (24% della spesa sanitaria complessiva, quasi il doppio di Francia e Germania)». Dai dati regionalizzati di spesa sanitaria (di fonte Conti Pubblici territoriali) risultano livelli di spesa per abitante, corrente e per investimenti, pi  contenuti nelle regioni meridionali. Se la media nazionale   di 2.140 euro, la spesa corrente

pi  bassa   quella della Calabria (1.748 euro). Poco distanti la Campania (1.818), la Basilicata (1.941) e la Puglia (1.978). Inoltre, il monitoraggio Lea (Livelli essenziali di assistenza), che offre un quadro delle differenze nell'efficacia e qualit  delle prestazioni fornite dai diversi Servizi sanitari regionali (Ssr), fa emergere i deludenti risultati del Sud, dove ben 5 Regioni risultano inadempienti. Sud bocciato anche nella prevenzio-

ne oncologica. Secondo l'Istituto superiore di sanit  (Iss), nel biennio 2021-2022, circa il 70% delle donne di 50-69 anni si   sottoposta ai controlli: due su tre lo hanno fatto aderendo ai programmi di screening gratuiti. La copertura complessiva   dell'80% al Nord, del 76% al Centro, ma scende ad appena il 58% nel Mezzogiorno. La prima regione per copertura   il Friuli Venezia Giulia (87,8%); l'ultima   la Calabria, dove solo il 42,5% delle donne di 50-69 anni si   sottoposto ai controlli e dove le donne che hanno effettuato screening promossi dal Servizio sanitario sono appena l'11,8%, il dato pi  basso in Italia.

Come se non bastasse, scrivono gli autori del Report, questo quadro rischia di aggravarsi anche a causa dell'autonomia differenziata. Che potrebbe determinare ulteriori capacit  di spesa nelle aree ad autonomia rafforzata, «finanziate dalle compartecipazioni legate al trasferimento di funzioni e, soprattutto, dall'eventuale extra-gettito derivante dalla maggiore crescita economica». Tutto ci , in un contesto in cui «i Lea non hanno copertura finanziaria integrale a livello nazionale». Insomma, si va incontro ad una pi  estesa «differenziazione territoriale delle politiche pubbliche in ambito sanitario». Con il conseguente aumento «della sperequazione finanziaria tra Ssr e delle disuguaglianze interregionali nell'accesso al diritto alla salute». I suggerimenti pi  immediati suggeriti dallo studio al Governo? «L'aumento della spesa sanitaria, che   la priorit  nazionale» e la correzione del metodo di riparto regionale del Fondo sanitario nazionale per tenere conto dei maggiori bisogni di cura nei territori a pi  elevato disagio socio-economico».



Restano senza terapie 1,6 milioni di cittadini

Rapporto Svimez: con il caro-sanità balzo della spesa a carico delle famiglie

ROMA Sanità, balzo della spesa a carico delle famiglie. Rapporto della Svimez: 1 euro su 4 ormai è pagato direttamente

dai privati. L'impatto sull'aspettativa di vita.

Bassi, Caramadre e Evangelisti
alle pag. 6 e 7



I costi della salute

Sanità, balzo della spesa a carico delle famiglie

► Rapporto della Svimez: 1 euro su 4 ► L'impatto sull'aspettativa di vita: aumenta ormai è pagato direttamente dai privati il divario tra Centro-Nord e Mezzogiorno

IL DOSSIER

ROMA Si curi chi può. Solo che sempre più cittadini non sono in grado di farlo. Vorrebbero ma non possono, per mancanza di soldi. In Italia lo Stato finanzia, in termini reali, sempre meno la Sanità. E sempre più famiglie scelgono di pagarsi le cure di tasca propria, magari facendo affidamento sulle ormai diffuse polizze sanitarie. Il risultato è che un euro su quattro dei costi delle terapie oggi è saldato direttamente dai cittadini. Il dato emerge dallo studio «Un Paese due cure», appena pubblicato dalla Svimez, l'associazione per lo sviluppo

del Mezzogiorno, in collaborazione con Save The Children. Il quadro che ne emerge è abbastanza fosco. Nel Paese ci sono 1,6 milioni di famiglie in "povertà sanitaria".

Hanno cioè dovuto rinunciare alle cure per motivi economici. Nel Mezzogiorno la quota la povertà sanitaria riguarda l'8 per cento dei nuclei familiari, un valore doppio rispetto al 4 per cento del Nord-Est (5,9 per cento al Nord-Ovest, 5 per cento al Centro). Non solo. Quasi una famiglia italiana su dieci, ricorda lo studio, ha dovuto sostenere spese sanitarie parti-

colarmente onerose, pari ad oltre il 40 per cento delle proprie capacità economiche. I dati coincidono con quelli recentemente pubblicati anche dalla Ragioneria generale dello Sta-



to, secondo cui nel 2022 la spesa a carico dei cittadini trasmessa attraverso il sistema della tessera sanitaria ha superato i 40 miliardi di euro. Un trend in crescita costante, se si considera che solo nel 2016 questo valore superava di poco i 28 miliardi. A pesare, secondo la Svimez, è il calo in termini reali (ossia scomputando dal conteggio l'inflazione) della spesa sanitaria. Un'onda lunga, che viene da lontano. Dopo la crisi dei debiti sovrani nelle economie europee con maggiori problemi, sulla salute si è disinvestito. In Italia tra il 2010 e il 2019 le risorse pubbliche in termini reali allocate per ogni cittadino si sono ridotte del 2 per cento. Con il Covid e la necessità di far fronte all'emergenza sanitaria, il trend si è invertito. In Italia nel 2022 il valore è tornato di poco superiore a quello del 2019, ma per il triennio 2024-2026, come ha stimato l'Ufficio parlamentare di bilancio, si prevede una nuova contrazione che riporterà l'incidenza della spesa rispetto al Pil al 6,3 per cento.

LA DISTRIBUZIONE

Le risorse non solo sono poche, ma anche male distribuite. Come è possibile? Dipende dai criteri di riparto dei fondi della Sanità tra le Regioni. Un meccanismo complesso ma che vale la pena di approfondire. In Italia esistono i "Lea", i livelli essenziali di assistenza. Si tratta delle cure che ogni cittadino dovrebbe ricevere a prescindere dal luogo dove abita. Solo che i

soldi per finanziare i Lea non sono sufficienti. Così non vengono finanziati direttamente i servizi, ma tutte le risorse finiscono in un calderone unico, e poi vengono ripartite tra le Regioni in base sostanzialmente a due criteri: il 60 per cento in base alla popolazione residente nella Regione e il restante 40 per cento in base alle classi di età, dando più peso alle fasce 0-1 anni e agli over 75. Non si tiene conto, fa notare la Svimez, dei fattori socio-economici nei criteri di riparto. Siccome la crisi demografica sta svuotando il Mezzogiorno molto più rapidamente del resto del Paese, questo comporterà una ulteriore redistribuzione a favore delle regioni del Nord: meno 7 per cento di finanziamento al Sud, mentre per esempio la Lombardia vedrà crescere del 3,6 per cento i propri fondi e l'Emilia Romagna dell'1,5 per cento. E tutto questo rispetto ad una situazione di partenza già squilibrata.

A fronte di una media nazionale di 2.140 euro di spesa sanitaria corrente pro-capite, in Calabria ogni cittadino "riceve" 1.748 euro per la sua salute, in Campania 1.818 euro, rispetto ai 2.411 euro della Valle D'Aosta o ai 2.269 euro del Veneto.

Meno soldi per la Sanità, significano anche meno possibilità di cura, soprattutto nelle Regioni del Mezzogiorno dove la possibilità di coprire i costi sanitari con il proprio reddito è minore.

GLI IMPATTI

Tutto questo, secondo il rap-

porto della Svimez, ha un impatto anche sulla speranza di vita. Che, va detto, sta aumentando in tutte le aree del Paese, Sud compreso. Ma mentre al Centro e al Nord-Ovest la vita media si è allungata di un anno, arrivando a 83 anni, nel Mezzogiorno ci si ferma a 81,7 anni. Ma probabilmente uno dei dati più allarmanti è la mortalità per tumore nel Mezzogiorno, con una media di 8,8 decessi ogni 10 mila abitanti, contro i 7,8 del Centro e del Nord-Ovest e i 7,2 decessi per 10 mila abitanti del Nord-Est. «I dati del rapporto - ha sottolineato il direttore generale della Svimez Luca Bianchi - offrono la fotografia preoccupante di un divario di cura che si traduce in minori aspettative di vita e più alti tassi di mortalità per le patologie più gravi nelle regioni del Mezzogiorno. Rafforzare la dimensione universale del Sistema sanitario nazionale è la strada per rendere effettivo il diritto costituzionale alla salute».

Andrea Bassi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

SECONDO I DATI DELLA RAGIONERIA GENERALE, NEL 2022 I CITTADINI HANNO VERSATO 40 MILIARDI

IL MECCANISMO DI RIPARTO DEL FONDO SANITARIO TRA LE REGIONI PENALIZZA QUELLE MERIDIONALI



Il nuovo fenomeno



Il “turismo” della salute che attraversa il Paese (e si rivolge anche al Lazio)

► In Calabria un paziente oncologico su due va a curarsi in altre regioni ► Save the children: «Anche molti bambini sono costretti a viaggiare»

IL FOCUS

ROMA Viaggiare per curarsi. Questa è una delle storture della sanità italiana denunciata da Svimez. Al Sud si vive un anno e mezzo in meno. Basterebbe questo dato per raccontare come l'Italia sia divisa in due sul fronte dell'offerta sanitaria. Se l'aspettativa di vita media nelle regioni meridionali è di 79,5 anni per gli uomini e 83,9 per le donne, nel Centro Italia si sale rispettivamente a 81 e 85,2 anni, per arrivare al dato più alto del Nord-Est, 81,1 e 85,4.

VIAGGI

Ma c'è un altro modo per raccontare questa storia partendo dai dati del Report Svimez (Associazione per lo sviluppo dell'industria nel Mezzogiorno) dal titolo "Un Paese, due cure. I divari Nord-Sud nel diritto alla Salute": nel 2022, dei 56.079 malati oncologici residenti al Sud, 12.401 sono andati a curarsi in una struttura ospedaliera di una regione del Centro-Nord: si tratta del 22,1 per cento. Il percorso inverso è minimo, pari allo 0,1 per cento. In particolare in Calabria la mobilità in un'altra regione ha riguardato una percentuale elevatissima, il 42,9 per

cento. In Campania siamo al 26,9, in Basilicata al 25, in Sicilia al 16,5, in Sardegna al 16,3, in Molise al 14,9, in Puglia al 13,9. La prima regione del Nord nel dato sulla migrazione di paziente oncologici è la Valle d'Aosta, al 13,2 per cento, ma in questo caso la spiegazione è più banale, viste le dimensioni è molto più semplice per un cittadino di quel territorio spostarsi in Piemonte. Emilia-Romagna, Piemonte, Lombardia e Veneto hanno invece tutte percentuali da "0 virgola", praticamente non si sposta nessuno. D'altra parte secondo un'altra ricerca (Ropi, Rete Oncologica Pazienti Italia, su dati Agenas) per la chirurgia oncologica le 10 strutture con dati migliori sono al Centro-Nord (Lazio compreso). Più nel dettaglio: il numero di interventi eseguiti è considerato un indicatore dell'affidabilità di una struttura sanitaria. Un esempio: per il tumore del polmone al vertice c'è l'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea di Roma con 572 interventi l'anno, seguono l'Istituto Europeo di Oncologia - Ieo di Milano con 538 e l'Azienda Ospedaliero - Universitaria Careggi di Firenze con 462 (tra i primi dieci anche il Sud, con l'Ospedale Monaldi di Napoli con 292).

Più in generale secondo l'analisi di Svimez c'è «la fuga dal Sud per ricevere assistenza in strutture sanitarie del Centro e del Nord, soprat-

tutto per le patologie più gravi. Nel 2022, dei 629 mila migranti sanitari (volume di ricoveri), il 44 per cento dei casi era residente in una regione del Mezzogiorno». I saldi della mobilità interregionale nello scorso decennio ha visto un saldo ampiamente attivo in Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana e Veneto, al contrario passivo in Campania, Calabria, Sicilia e Sardegna. Il Lazio attrae pazienti grazie ai grandi ospedali universitari e ad eccellenze come il Bambino Gesù. Secondo Svimez con l'autonomia differenziata (la riforma decisa dal Governo) «si rischierebbe di aumentare le sperequazioni finanziaria tra Servizi sanitari regionali e di ampliare le disuguaglianze interregionali nelle condizioni di accesso al diritto alla salute». Il report fa notare che la mortalità per tumore è più elevata al Sud: nel 2020 su 10.000 abitanti il tasso era di 8,8 nelle regioni meridionali, 7,8 nel Centro e nel Nord-Ovest, 7,1 nel Nord-Est.

BAMBINI

Secondo Save the Children il feno-



Il Messaggero

meno riguarda anche le migrazioni sanitarie pediatriche da Sud verso il Centro-Nord, «segno di carenze o di sfiducia nel sistema sanitario delle regioni del Mezzogiorno: l'indice di fuga - ovvero il numero di pazienti pediatrici che vanno a farsi curare in una regione diversa da quella di residenza - nel 2020 si attesta in media all'8,7 per cento a livello nazionale, con differenze territoriali che vanno dal 3,4 del Lazio al 43,4 del Molise, il 30,8 della Basilicata, il 26,8 dell'Umbria e il 23,6 della Calabria. In particolare, un terzo dei bambini e degli adolescenti si mette in viaggio dal Sud per ricevere cure per disturbi mentali 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». Conclude Luca Bianchi, direttore generale Svimez: «La scelta, spesso obbligata, di emigrare per curarsi oltre causare costi individuali finisce per amplificare i divari nella capacità di spesa dei diversi sistemi regionali».

Mauro Evangelisti

**LUCA BIANCHI (SVIMEZ):
«QUESTO FENOMENO
STA ACCENTUANDO
LE DISEGUAGLIANZE
TRA I SISTEMI
SANITARI REGIONALI»**

22,1%

La percentuale di pazienti oncologici che da regioni del Sud del Paese si sono spostati in ospedali del Nord e del Centro per curarsi

4 mld

Secondo uno studio della Fondazione Gimbe la migrazione sanitaria dal Sud ha portato 4,25 miliardi di euro nelle regioni del Nord nel 2021

Lo squilibrio dell'offerta sanitaria costringe i pazienti a spostarsi



AL SUD SI MUORE PRIMA E LA PREVENZIONE NON SI FA: IL RAPPORTO SVIMEZ ANTICIPAL'AUTONOMIA

Zero cure, la sanità è già differenziata

■ Dal punto di vista della salute, il nostro è un paese diviso in due per colpa di una sanità finanziata poco e male. E l'autonomia differenziata, prevedono gli autori del rapporto, aumenterà ulteriormente le disuguaglianze. È la sintesi del rapporto *Un paese due cure. I divari Nord-Sud nel diritto alla salute* presentato ieri a Roma dall'Associazione per lo Sviluppo dell'Industria nel Mezzogiorno (Svimez) insieme alla ong Save the Children.

Negli ultimi anni, i principali indicatori di salute sono migliorati (di poco) in tutta

Italia. Ma dato che nelle Regioni del sud il progresso è più lento, il divario si allarga. Per esempio, chi vive nelle regioni del Sud oggi ha un'aspettativa di vita inferiore di 1,3 anni rispetto al Centro e al Nord-Ovest e di 1,5 rispetto al Nord-Est. Stesso discorso per la mortalità evitabile, cioè i decessi che si possono prevenire grazie a un'assistenza tempestiva ed efficace, sensibilmente più alta nel Sud.

ANDREA CAPOCCI A PAGINA 5

La sanità è già differenziata Al sud meno cure e più morti

Rapporto Svimez: poche risorse, il sistema non tiene contro delle disuguaglianze sociali

ANDREA CAPOCCI

■ Dal punto di vista della salute, il nostro è un paese diviso in due per colpa di una sanità finanziata poco e male. E l'autonomia differenziata, prevedono gli autori del rapporto, aumenterà ulteriormente le disuguaglianze. È la sintesi del rapporto «Un Paese due cure. I divari Nord-Sud nel diritto alla salute» presentato ieri a Roma dall'Associazione per lo Sviluppo dell'Industria nel Mezzogiorno (Svimez) insieme alla ong Save the Children.

Negli ultimi anni, i principali indicatori di salute sono migliorati (di poco) in tutta Italia. Ma dato che nelle Regioni del sud il progresso è più lento, il divario si allarga. Per esempio, chi vive nelle regioni del Sud oggi ha un'aspettativa di vita inferiore di 1,3 anni rispetto al Centro e al Nord-Ovest e di 1,5 rispetto al Nord-Est. Stesso discorso per la mortalità evitabile, cioè i decessi che si possono

prevenire grazie a un'assistenza tempestiva ed efficace, sensibilmente più alta nel Sud (18 decessi evitabili per diecimila abitanti, contro i 14-16 del resto del paese).

NEGLI ULTIMI ANNI è anche avvenuto un sorpasso storico. Fino al 2010, infatti, i più alti tassi di mortalità per tumore si registravano nelle regioni del Nord-Ovest caratterizzate da un maggiore inquinamento e da uno stile di vita più insalubre. In poco più di un decennio la situazione si è invertita: ora la mortalità di tumore di donne e uomini del Sud è la più elevata del paese. C'entra anche la minore attività di prevenzione: solo il 12% delle donne calabresi si sottopone alle mammografie periodiche proposte dal Ssn contro il 75% delle emiliano-romagnole. «Rafforzare la dimensione universale del Sistema sanitario nazionale è la strada per rendere effettivo il diritto costituzionale alla salute» dice Luca Bianchi, direttore dello

Svimez e autore del rapporto.

Invece la tendenza va in senso opposto. A partire dall'investimento in sanità pubblica e dalla sua ripartizione tra le regioni. La spesa pubblica è più bassa rispetto ai paesi simili al nostro. L'Italia, secondo lo Svimez, è l'unica grande economia europea in cui tra il 2010 e il 2019 l'investimento pubblico pro-capite in sanità è diminuito in termini reali «di oltre il 2%» mentre in Francia e Germania è aumentato di più del 30%. Anche la risalita post-pandemia (+5%) è stata inferiore a quelli di Germania, Francia, Re-



il manifesto

gno unito, Spagna e Portogallo, tutte a due cifre.

Di conseguenza, tocca ai cittadini compensare di tasca propria le carenze del servizio pubblico. La spesa privata a carico delle famiglie italiane rappresenta il 24% della spesa sanitaria complessiva, contro il 15% della Francia e il 13% della Germania. Dato che la rinuncia alle cure per ragioni economiche tocca l'8,2% dei nuclei familiari meridionali contro il 4-6% del resto del Paese è fisiologico che l'assistenza sanitaria risulti peggiore al Sud, dove cinque regioni su otto non garantiscono nemmeno i Livelli essenziali di assistenza.

ANCHE IL SISTEMA di ripartizione del fondo sanitario nazionale alle Regioni pare fatto apposta per aumentare le disuguaglianze, spiega il rapporto. I fondi vengono assegnati in base al numero di residenti totali, dei neonati e degli anziani. Le condizioni socio-economiche, che secondo una letteratura ormai amplissima influenzano i bisogni sanitari della popolazione, contano in minima parte

(1,5%). Facendo parti uguali tra disuguali si penalizza il Sud più povero e bisognoso di cure. «La condizione di povertà familiare - afferma Raffaella Milano di Save the Children - incide fortemente sui percorsi di prevenzione e sull'accesso alle cure da parte dei bambini. È necessario un impegno delle istituzioni a tutti i livelli per assicurare una rete di servizi di prevenzione e cura per l'infanzia e l'adolescenza all'altezza delle necessi-

tà, con un investimento mirato nelle aree più deprivate».

L'arrivo dell'autonomia differenziata rischia di rendere ancor più netti i contrasti territoriali. Il gettito fiscale trattenuto dalle regioni più ricche ne rafforzerebbe le capacità di spesa sanitaria a scapito delle altre. Per gli esperti dello Svimez «si rischierebbe dunque di aumentare la sperequazione finanziaria tra sistemi sanitari regionali e di ampliare le disuguaglianze interregionali nelle condizioni di accesso al diritto alla salute».

Aspettativa di vita più bassa di 1,5 anni al Meridione. Distanze enormi nella prevenzione



Durante lo sciopero dei medici del dicembre scorso foto Ansa



IL PUNTO

CURE PALLIATIVE, UNA DELICATA MISSIONE: CENTRALE NELLA MEDICINA E FINANZIATA DAL PNRR

GINO GOBBER*

C

resce costantemente la domanda relativa a cosa sono le cure palliative. Una recente ricerca dell'istituto Ipsos per conto della fondazione Vidas ha fatto emergere l'accresciuta consapevolezza rispetto alle cure stesse: oggi in Italia la quota di chi non ha mai sentito parlare di cure palliative è passata dal 41% di un'analoga indagine del 2008 all'attuale 6%. Parallelamente è aumentato il grado di conoscenza di questa modalità di cura: nel 2008 il 24% si dichiarava poco o abbastanza informato, ora il 54% dice di sapere bene di cosa si tratta. È un aumento importante, anche se non ancora sufficiente.

Lo studio ci offre anche altri spunti di riflessione. Il primo è che esiste ancora una fetta rilevante di popolazione (il 18%) che considera le cure palliative «inutili o "naturali" o alternative alla medicina tradizionale». Il secondo, fortunatamente, è la sempre più diffusa convinzione che si occupino di migliorare la qualità di vita di persone gravemente malate e delle loro famiglie.

Da un lato, quindi, dobbiamo far conoscere meglio quello che facciamo, anche ai medici, e dall'altro affermare che sono stati numerosi i passi in avanti compiuti da quando, alla fine degli anni '80, si è iniziato a parlare di cure palliative. Prima, però, è bene ammettere alcune cose. Anzitutto il settore nel quale lavoriamo può non avere, ad esempio, l'*appeal* di altre specialità come la chirurgia di eccellenza, dove ci sono im-

portanti investimenti tecnologici. La nostra disciplina è destinata ad accompagnare le persone nell'ultimo tratto della loro vita. È comprensibile, quindi, che un giovane medico, psicologo, infermiere, operatore sanitario, si attenda altro dalla sua professione. Al tempo stesso il mondo accademico, da sempre, si occupa di pazienti acuti, mentre con il passare del tempo assistiamo a maggiori bisogni da parte di chi ha malattie croniche. Se aggiungiamo che l'opinione pubblica preferisce temi meno impattanti rispetto a quelli che sono legati al fine-vita, è chiaro che il nostro ruolo è stato destinato, almeno finora, a rimanere poco visibile.

Molto è cambiato, però, da quando Vittorio Ventafrèdda, anestesista e direttore sa-

nitario dell'Istituto nazionale tumori, ha importato dal mondo anglosassone il concetto di "*palliative care*" alla fine degli anni '80 e ha trovato nell'industriale Virginio Floriani un importante alleato, il quale si era reso perfettamente conto che i bisogni dei malati in fase terminale rimanevano senza adeguata risposta. Siamo partiti da una indubbia posizione di difficoltà ma abbiamo progressivamente ottenuto ritorni e riconoscimenti molto importanti - su tutti la legge 38 del 2010 che istituisce le cure palliative - da due anni esiste una specializzazione all'università, e oggi siamo centrali nella cura dei malati. Il decreto ministeriale 77 del 2022 che riforma l'assistenza territoriale è chiarissimo nell'indicare il modello



Il Messaggero

delle Reti di cure palliative, come vincente anche per la presa in carico della cronicità e della fragilità. Un modello fatto di rete, lavoro di équipe, multiprofessionalità e competenze, in grado di coinvolgere il terzo settore e gli stakeholder, a partire dai familiari del paziente. Non a caso le Asl sono chiamate, entro il 2028, a prendere in carico il 90% delle persone con necessità di cure palliative. Adesso ci sono le risorse per stabilizzare il personale, grazie al Pnrr.

Mi viene chiesto di frequente cosa sono le cure palliative. Mi soccorre la definizione dell'organizzazione mondiale della sanità: «L'assistenza globale, attiva, di quei pazienti la cui malattia non risponda ai trattamenti curativi. È fondamentale affrontare e controllare il dolore, gli altri sintomi e le problematiche psicologiche, sociali e spirituali. L'obiettivo delle cure palliative è il raggiungimento della migliore qualità di vita per i pazienti e le loro famiglie». Ci occupia-

mo di questo, assistendo chi ha bisogno con cure inclusive e partecipate: il medico di famiglia è il primo riferimento clinico, l'infermiere è l'operatore che più di frequente va al domicilio delle persone assistite, il naturale "case manager", il medico palliativista garantisce le competenze specialistiche e si occupa della gestione del processo. Cerchiamo di fare tutto questo con la necessaria empatia, comprendendo cioè lo stato d'animo di chi abbiamo di fronte, stando dalla sua parte ma senza rischiare di essere travolti dalla partecipazione emotiva. È la cosa più difficile e delicata del nostro lavoro

**Presidente della Società italiana di cure palliative*

**DAL 2028 LE ASL
SARANNO CHIAMATE
A PRENDERSI IN CARICO
IL 90% DELL'ASSISTENZA
DI CHI È GRAVEMENTE
MALATO**

Sopra,
Gino Gobber,
presidente
della Società
italiana
di cure palliative



NELLA GUERRA AI TUMORI ARRIVANO I RINFORZI DEI VACCINI

Gli studi in corso cercano di capire se l'aggiunta dei trattamenti a mRNA sia in grado di potenziare l'immunoterapia. L'oncologo Paolo Ascierto: «Si sta sperimentando la cura su pazienti con melanoma metastatico»

**MARIA RITA
MONTEBELLI**

C

urare il tumore è anche questione di "allenamento". Non di quello sportivo, che pure è importantissimo nella prevenzione delle malattie, ma quello al quale alcuni trattamenti sottopongono il sistema immunitario. Il principio alla base dell'immunoterapia è proprio questo: risvegliare le cellule "sentinella" dell'organismo, neutralizzate in vario modo dal tumore, e insegnare loro a riconoscere il nemico per combatterlo da dentro, in una sorta di training alla guerra biologica. Lo fanno i vari farmaci immunoterapici impiegati da anni contro tanti tumori e anche le CAR-T per vari tumori del sangue. Ma l'ultima frontiera dell'immunoterapia è quella dei vaccini terapeutici, in avanzata fase di ricerca nel melanoma e in tanti altri tumori, come polmone, rene, distretto testa collo, pancreas

LE RICERCHE

«Dopo il Covid, c'è stata una grande accelerazione nello sviluppo di vaccini a mRNA - afferma il professor Paolo Ascierto, direttore dell'Unità di Oncologia Melanoma, Immunoterapia Oncologica e Terapie Innovative dell'Istituto Nazionale Tumori Fondazione G. Pascale di Napoli - Ricerche che partono però da lontano, visto che risalgono al 2017 quelle su melanoma e tumore del polmone. Oggi le applicazioni più importanti di questi vaccini terapeutici sono nel trattamento adiuvante, cioè dopo l'asportazione del tumore». Già da molti anni, nel trattamento di tanti tumori, dopo la chirurgia, trovano posto i farmaci immunoterapici (pembrolizumab o altri).

Le ricerche in corso cercano di comprendere se l'aggiunta di un vaccino anti-tumorale a mRNA sia in grado di potenziare la risposta all'immunoterapia. Molti di questi nuovi

vaccini a mRNA sono personalizzati, cioè costruiti su misura del tumore di un determinato paziente. Ma tra i loro talloni d'Achille c'è il costo elevato e il fatto che per fabbricarli sia necessario inviare un pezzetto di tessuto tumorale a un laboratorio centralizzato - negli

Usa o in Germania - e attendere fino a 6-8 settimane per ottenere il vaccino da iniettare.

ANTIGENI

Il vaccino è "costruito" sugli antigeni del tumore, cioè su quelle proteine (nel caso del melanoma sono 34) riconosciute come estranee dal nostro sistema immunitario. Una volta somministrate al paziente dunque, le cellule dell'immunità vengono istruite a riconoscere queste proteine "nemiche" e le rintracciano all'interno delle cellule tumorali, che vengono distrutte con estrema precisione.

I RISULTATI

«Una novità - prosegue il professor Ascierto - è rappresentata dai vaccini a mRNA "non personalizzati" (come il BIO-III), diretti contro 4 bersagli molecolari presenti nel tumore; sono vaccini già pronti, attualmente in fase precoce di



Il Messaggero

sperimentazione nei pazienti con melanoma metastatico. Ma oltre ai vaccini terapeutici a mRNA, se ne stanno testando tanti altri, basati su proteine (per esempio quello contro le proteine tumorali IDO e PD-L1 è in sperimentazione su pazienti con metastasi da melanoma) o basati su virus».

La rivista Nature infine ha di recente pubblicato i risultati di una sperimentazione su un vaccino a mRNA nel tumore del pancreas. «Sono risultati molto promettenti – com-

menta il professor Ascierto – in un tumore che ancora non può contare su terapie risolutive». Molto avanzate anche le sperimentazioni sui vaccini terapeutici nel tumore del polmone. Pure in questo caso, sono somministrati insieme farmaci immunoterapici, dopo l'intervento chirurgico o quando la malattia è in fase avanzata o metastatica, cioè non operabile.



Paolo Ascierto, direttore Unità di Oncologia Melanoma, Immunoterapia Oncologica e Terapie innovative dell'Istituto nazionale tumori Fondazione Pascale di Napoli



MAL DI CUORE IN AUMENTO LE CURE DEL FUTURO SARANNO HI-TECH

La Commissione Europea ha finanziato il progetto Empatic che testerà terapie per la rigenerazione cardiaca. La coordinatrice Valeria Chiono, docente del PoliTo: «Abbiamo creato in laboratorio una piattaforma per ottenere modelli in vitro di tessuti umani. Prove anche sui farmaci»

PAOLO TRAVISI



e patologie cardiovascolari rappresentano la principale causa di mortalità al mondo. In Italia, sono responsabili del 40% di tutti i decessi, circa 230mila persone ogni anno, e purtroppo nell'ultimo periodo sono aumentati dopo una fase di deflessione della loro incidenza. I dati più recenti, infatti, ci restituiscono un quadro allarmante, con un aumento delle cardiopatie ischemiche, dell'insufficienza cardiaca, degli ictus. Da considerare il fatto, che il nostro Paese è al

secondo posto per longevità, subito dopo il Giappone, fattore lusinghiero, ma che impone una maggiore attenzione nel percorso clinico dei pazienti cardiopatici, spesso anziani che, superati i 70 anni, devono convivere anche con altre patologie.

Ma non è solo questo. Infatti, il 14% degli under 35, stiamo parlando di quasi 2 milioni di giovani, ha già la pressione sopra la norma (120/80 mmHg) e fino al 4% dei bimbi, da 6 a 11 anni, ha valori alterati e nella gran parte dei casi, senza che i genitori lo sappiano. Con questi numeri, un diciottenne iperteso su 10, avrà un infarto o un

ictus prima della pensione, secondo gli esperti della Società Italiana di Cardiologia



(Sic). Oltre ad una migliore organizzazione sanitaria per diagnosi tempestive, un monitoraggio costante nel tempo e trattamenti mirati, nella definizione di nuove strategie di prevenzione in ambito cardiovascolare, un ruolo determinante può essere giocato dalla tecnologia, le cui innovazioni si rivelano particolarmente appropriate all'ambito cardiologico.

Eppure, nonostante i numerosi sforzi della ricerca, al momento non esistono terapie per la rigenerazione cardiaca, uno dei problemi in conseguenza di un infarto. «Quando si ha un infarto, muoiono le cellule deputate alla funzionalità del cuore, i cardiomiociti, che non possono essere rigenerate naturalmente dall'organo, per cui al loro posto si forma una cicatrice, un tessuto diverso, rigido e non più funzionale, motivo per cui la funzione del cuore tende a ridursi. Ed al momento nonostante vari tentativi che si stanno facendo non esiste una soluzione clinica», spiega Valeria Chiono, professore ordinario del Dipartimento di Ingegneria Meccanica e Aerospaziale del Politecnico di Torino che coordina il progetto Empatic, che si pone l'obiettivo di superare questi limiti, sviluppando una nuova piattaforma, facile da usare e versatile, che sfrutti gli strumenti più avanzati della bioingegneria, al fine di ottenere modelli in vitro di tessuti cardiaci umani maturi, consentendo anche il monitoraggio non invasivo delle loro proprietà elettrofisiologiche. «Abbiamo sviluppato in laboratorio una piattaforma per testare nuove terapie per l'infarto, aritmie ed altre patologie cardiache ed anche per farmaci usati per altre malattie, ma che possono causare tossicità al cuore. Con Empatic vorremmo sviluppare una piattaforma facilmente accessibile nei centri di ricerca per lo studio di nuove terapie efficaci che non abbiano conseguenze per la sicurezza umana».

IL CONTRIBUTO

La portata innovativa del progetto, selezionato tra i 283 progetti presentati da ricercatori di tutta Europa, è valso alla ricercatrice del PoliT0 il contributo di 150mila euro da parte dello European Research Council della Commissione Europea, per la realizzazione di prototipi dimostrativi per esplorare il potenziale commerciale o sociale dei progetti di ricerca di frontiera. «Il ricercatore biologo potrebbe avere la

possibilità di studiare più facilmente le cellule cardiache, sulle piattaforme multi-pozzetto, cioè i supporti di coltura, dove saranno realizzati questi modelli di tessuto cardiaco, che saranno fatti crescere con opportuni stimoli biochimici e biofisici alle cellule, durante la loro coltura in vitro e componenti bio-elettronici per la stimolazione elettrica esterna», aggiunge Chiono, convinta che l'innovazione dell'esperimento derivi proprio dal design di questi pozzetti. «Integrano la possibilità di dare alle cellule diversi tipi di stimoli, perché all'interno del pozzetto mettiamo dei substrati per coltivare le cellule che hanno determinate caratteristiche chimiche, meccaniche e strutturali ed inoltre introduciamo gli elettrodi per una stimolazione a livello elettrico dei tessuti che si stanno sviluppando e poi c'è anche la possibilità di analizzare le caratteristiche funzionali delle cellule cardiache, quindi le caratteristiche cosiddette elettrofisiologiche, la contrazione delle cellule cardiache».

SOSTENIBILITÀ

La piattaforma Empatic, inoltre, è stata pensata per la validazione preclinica di farmaci e terapie avanzate, riducendo al contempo la sperimentazione animale, con un'attenzione particolare alla tutela dell'ambiente. «Siamo molto attenti alla sostenibilità ambientale, per questo proponiamo delle piattaforme che non siano da buttare, una volta utilizzate, ma abbiamo stimato che l'80% dei componenti possa essere utilizzato più volte, con l'obiettivo di ridurre l'utilizzo delle plastiche all'interno dei laboratori di ricerca, un problema molto sentito», precisa la ricercatrice del PoliT0, che auspica il successo del progetto in ambito preclinico, anche per «ridurre le sperimentazioni su animali. Idealmente immaginiamo che il sistema nel suo complesso possa fornire alla ricerca di base, informazioni utili sul tessuto cardiaco umano e quindi anche se non possiamo eliminare il ricorso agli animali, forse potremmo ridurlo».

«L'UTILIZZO
DELLA TECNOLOGIA
RIDURRÀ
LE SPERIMENTAZIONI
SUGLI ANIMALI
E L'USO DI PLASTICHE»



SI SALE DA 152 A 170 MILIONI

L'aumento registrato nel passaggio da 2022 a 2023 è particolarmente rilevante per le strutture della provincia di Bari

I RITARDI SULLA RETE

Sono previste tre Rems (gli ex ospedali giudiziari) ma ce ne sono solo due, e così per i detenuti si utilizzano ancora le comunità

Salute mentale, il buco nero «La spesa è fuori controllo»

In un anno quasi 20 milioni in più ai privati. La Regione alle Asl: mandateci i contratti e la mappa dei posti letto

● **BARI.** Dal 2022 al 2023 la spesa per la salute mentale è cresciuta di quasi 20 milioni di euro, senza che la Regione abbia finora avuto evidenza dell'utilizzo dei fondi. È per questo che il dipartimento Salute ha avviato una ricognizione sugli accordi stipulati dalle Asl con le strutture private che si occupano di riabilitazione psichiatrica: in molti casi sembrerebbe infatti che i contratti non siano mai stati sottoscritti.

Il caso è emerso dopo la vicenda della norma, approvata in assestamento e cancellata un mese dopo in bilancio, che avrebbe consentito di trasformare le case per la vita in veri e propri manicomi per pazienti provenienti da fuori regione. Una proposta ora ripresentata (dal centro-destra) nell'ambito del disegno di legge Omnibus che il Consiglio regionale discuterà la prossima settimana.

L'assessore alla Salute, Rocco Palese, e il capo dipartimento Vito Montanaro hanno fatto il punto con il capo di gabinetto Giuseppe Catalano. È emerso, appunto, che la spesa per i privati che si oc-

cupano di salute mentale è passata dai 152 milioni di euro del 2022 ai 170,8 milioni di euro del 2023, senza che nel frattempo sia variato il numero degli accreditamenti. L'aumento di spesa sembrerebbe particolarmente rilevante in alcuni territori, a partire da Bari.

È per questo che gli uffici hanno avviato una ricognizione sulle singole Asl, per verificare la spesa relativa alle Crap e alle case per la vita. Le prime sono le vere e proprie

comunità riabilitative, le seconde sono strutture territoriali di livello più basso. Sulla carta sono previste in Puglia dieci case per la vita a media intensità assistenziale e 25 a bassa intensità (destinate ai pazienti con disturbi più lievi), ciascuna con 16 posti letto. Un sistema in cui i privati hanno un peso preponderante, e in cui emerge ora una enorme disorganizzazione anche a fronte però di ritardi della Regione. La Puglia ha peraltro una caratteristica unica nel panorama italiano, ovvero la presenza dell'ex Don Uva di Bisceglie: l'ex istituto ortofre-

nico, ora rilevato da privati, che continua però a costare oltre 25 milioni di euro l'anno.

Sulla riforma dell'assistenza psichiatrica è stato aperto un tavolo di confronto con le organizzazioni dei gestori, ma il regolamento è oggetto di spinte e contospinte: la nuova proposta inserita nell'Omnibus, secondo valutazioni fatte dal dipartimento, potrebbe anche portare al raddoppio della attuale spesa creando ulteriori 2.200 posti letto. Questo spiega il livello di interesse intorno al settore: la norma relativa alla trasformazione delle case per la vita avrebbe ad esempio avvantaggiato i gestori del Salento a discapito di quelli di Bari.

Già ora però emerge che la spesa è fuori controllo, e dunque non è possibile istituire nuovi posti letto a carico delle casse pubbliche. La Regione vuole dunque provare a vederci chiaro, anche per gestire



la fase di riorganizzazione che verrà concordata nei prossimi mesi. Il dipartimento ha dunque chiesto ai direttori generali di trasmettere le copie dei contratti stipulati con i privati (i contratti sono annuali), la mappa dei posti letto con la relativa occupazione, e la spesa sostenuta per ogni singola struttura. Serve a capire se sul territorio ci sono esigenze particolari o anche situazioni critiche. È di norma vietato, ad esempio, ricoverare pazienti provenienti da altre Regioni (perché le disponibilità sono a un livello

critico, ed è sempre problematico fare fronte alle necessità pugliesi), e d'altro canto i gravi ritardi esistenti in Puglia nella creazione delle Rems (le strutture che hanno sostituito gli ospedali psichiatrici giudiziari: ne sono previste tre, ce ne sono due di cui una provvisoria) fa sì che spesso vengano utilizzati i posti disponibili nelle Craps. Il risultato è che i Dipartimenti di salute mentale hanno difficoltà nell'avviare in comunità i pazienti, specie i più gravi, e spesso sono costretti a mandarli molto lontano da casa:

questo crea dunque un carico ingiustificato sui reparti di psichiatria degli ospedali che, a loro volta, vanno in difficoltà nella gestione dei casi urgenti.

[m.s.]



L'assessore alla Salute, Rocco Patena

IL BLITZ SVENTATO
Nel bilancio di dicembre il centrosinistra ha cancellato una norma approvata 20 giorni prima (su proposta della maggioranza) che avrebbe consentito la trasformazione delle case per la vita, cioè delle strutture di assistenza psichiatrica di livello più basso, in Comunità riabilitative assistenziali psichiatriche destinate ai pazienti di fuori regione. Una proposta analoga è in corso di discussione nel disegno di legge Omnibus

