

RASSEGNA STAMPA

9 Ottobre 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



Test del sangue per diagnosticare il tumore del colon-retto, Tarantino: «Ecco i vantaggi»

Il direttore di Endoscopia Digestiva dell'Ismett commenta l'approvazione negli USA del test ematico Shield: «Ha più alta specificità e accuratezza del test del sangue occulto nelle feci»

9 Ottobre 2024 - di [Caterina Ganci](#)



Buone aspettative per il **test ematico Shield** per lo screening del **tumore del colon-retto**, approvato negli USA dalla **Food and drug administration** (Fda). L'esame rileva il tumore del colon retto nell'87% di casi, anche in fase iniziale, in Italia si calcola un'incidenza di 50mila casi l'anno. «Ci auguriamo che sia approvato presto anche in Italia e che questo aumenti l'adesione allo screening che in Sicilia è molto bassa- commenta **Ilaria Tarantino** (nella foto di Insanitas), direttore di Endoscopia Digestiva di **IRCCS ISMETT**– Nel 2022 la percentuale di adesione ai programmi di screening era di poco superiore al 20% contro una media nazionale di circa il 30%, con differenza sostanziale tra il Sud e il Nord. In attesa che arrivi il test anche in Italia bisogna continuare a fare **prevenzione**, soprattutto per chi ha familiarità e fattori di rischio. I dati parlano anche di un abbassamento dell'età dell'incidenza, pertanto lo screening per persone a rischio dovrebbe essere eseguito già dai 45 anni. Nel nostro Paese, infatti, non è ancora disponibile il **test ematico** ma si spera possa essere presto approvato e impiegato nello screening. Si tratta di un semplice prelievo di sangue che potrà essere effettuato nella maggior parte dei laboratori». **Cos'è il test Shield?** «È una novità assoluta, perché si tratta di un test più semplice, eseguito su campione di sangue, che ha più alta specificità e accuratezza del test del sangue occulto nelle feci.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Sarà meglio accettato dalla popolazione e migliorerà la selezione dei pazienti che dovranno sottoporsi alla colonscopia».

In Italia come viene eseguito lo screening? «È eseguito con la ricerca di sangue occulto delle feci, un test a basso costo e impatto ma che ha una specificità non elevata per cui è gravato da un numero non trascurabile di falsi positivi ma anche falsi negativi. Resta fuori quindi una fetta di pazienti che ha la patologia e che ha un falso negativo del test e molti positivi al test che hanno poi una colonscopia negativa».

Qual è il passaggio successivo allo screening? «Se è positivo si passa alla colonscopia».

Qual è la differenza tra l'attuale esame di sangue occulto delle feci che si fa in Italia e l'esame di sangue approvato negli Stati Uniti d'America? «Con l'esame del sangue occulto nel campione di feci si cerca la presenza di sangue non visibile ad occhio nudo. Questo test, non proprio ben accetto perché prevede la raccolta di un campione di feci, ci permette di fare una scrematura ma con un margine di errore non trascurabile dei pazienti. Per cui oggi l'**esame diagnostico** più accurato in particolare per persone con fattori di rischio rimane la colonscopia, che permette di individuare delle lesioni precocemente. Lo Shield test valuta nel campione di sangue, quindi con un semplice prelievo, il **DNA** delle cellule tumorali. Da studi condotti su migliaia di pazienti è emerso che ha **un'alta specificità**, consente di fare una diagnosi in una percentuale di casi che è dell'87%, quindi nel 13% un test negativo può invece nascondere un tumore, non è perfetto ma sicuramente migliore della ricerca del sangue occulto. Se il risultato è positivo si passa alla colonscopia».

Cosa permette di vedere la colonscopia? «Consente la visione diretta di tutto il colon retto, in questo modo è soprattutto con gli strumenti ultima generazione si riesce a individuare anche millimetriche lesioni, i cosiddetti polipi, che possono essere rimossi durante la colonscopia».

A chi è consigliata la colonscopia anche con sangue occulto negativo? «Alle categorie a rischio come chi ha una elevata familiarità ma anche per chi ha fattori di rischio associati: fumo di sigaretta, obesità, genetica».

Quali sono le lesioni individuabili con la colonscopia? «Qualsiasi lesione riconosciuta come potenziale pretumorale può essere individuata e contestualmente rimossa. Quindi, la colonscopia oltre a un ruolo diagnostico può essere considerata una terapia preventiva, perché un polipo non rimosso a distanza di anni può trasformarsi in un carcinoma».

La colonscopia rimane quindi l'indagine più efficace per intercettare le forme precoci di malattia? «Sì, perché se ci sono dei polipi millimetrici possono essere considerati i precursori più che una forma iniziale di malattia».

La fascia più colpita? «La tendenza è di abbassare l'età dello screening perché si assiste sempre di più a una riduzione dell'età nell'insorgenza del carcinoma del colon retto. La fascia da 45 anni in su è quella maggiormente a rischio».

La motivazione dell'abbassamento dell'età? «Non c'è una risposta di certezza. Sicuramente incide il nostro stile di vita: poca attività fisica, fumo di sigaretta e soprattutto l'alimentazione ricca di proteine e grassi animali».

L'importanza dello screening.... «È importante aderire ai programmi di screening perché l'incidenza del tumore è molto elevata così come la mortalità, se non diagnosticato in uno stadio precoce. Oggi consiglieri a



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

tutti di eseguire la colonscopia **tra i 45 e i 50 anni**. L'IRCCS ISMETT non fa parte della rete dello screening del colon regionale, ma abbiamo tanti pazienti che accedono attraverso l'attività privata istituzionale per eseguire la colonscopia di screening».

Qual è la motivazione della scarsa adesione? «Nonostante le campagne di screening siano efficaci il test del sangue occulto è ritenuto poco accettabile. La colonscopia ancora meno, non solo per la necessità di eseguire la preparazione intestinale, ma soprattutto perché in molti casi nelle strutture non è prevista un'adeguata sedazione del paziente durante l'esame».

L'importanza della mappatura? «Ci sono dati sommersi. È fondamentale tracciare tutti i pazienti che fanno lo screening anche nei centri sanitari non coinvolti dai piani regionali di prevenzione. Questo ci permetterebbe di avere una mappatura e ci farebbe rendere conto di quanto lo screening riduca, se non abbatta, la percentuale di diagnosi del carcinoma e impatti sulla sopravvivenza».



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

quotidianosanità.it

Malattie genetiche del sangue. All'ospedale di Perugia il primo trattamento genico in Italia per curare un giovane affetto da anemia falciforme

Il percorso terapeutico altamente innovativo, illustrato ieri nella sala Caduti di Nassirya di Palazzo Madama, è stato attuato dopo l'ottenimento da parte dell'Ao di Perugia delle certificazioni necessarie per divenire centro accreditato per la somministrazione di terapia genica su pazienti. A seguire il procedimento di accreditamento, la correttezza e la celerità del provvedimento, il presidente della 10^a Commissione, il senatore Francesco Zaffini



09 OTT - Va all'Ospedale di Perugia il primato italiano per la somministrazione della terapia di editing genomico su un ragazzo ventenne affetto da anemia falciforme effettuato presso. Il primo trattamento genico in Italia e anche tra i primi effettuati in Europa. Un percorso terapeutico altamente innovativo che è stato possibile attuare dopo l'ottenimento da parte dell'Azienda Ospedaliera di Perugia delle certificazioni necessarie per divenire ufficialmente centro accreditato per la somministrazione di terapia genica su pazienti. I "risultati" sono stati presentati ieri presso il Senato della Repubblica, nella sala Caduti di Nassirya di Palazzo Madama. A aprire l'incontro il senatore **Francesco Zaffini**, presidente della 10^a Commissione "Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale", che ha seguito personalmente il procedimento di accreditamento e verificato la correttezza e la celerità del provvedimento. Per il trattamento è stato necessario ottenere una speciale autorizzazione dall'Aifa, che ha concesso la somministrazione ad una selezione di pazienti (4 in Italia), tra i quali anche il giovane ventenne umbro, e prima ancora dall'Ema, Agenzia Europea per i Medicinali, che ha dato il via libera dopo una promettente fase di sperimentazione, di cui uno dei centri capofila era l'Ospedale Bambino di Gesù di Roma. "Un

importante risultato per l'Azienda Ospedaliera di Perugia – spiega una nota – che si posiziona prima in Italia, con il programma accreditato di terapie innovative ed avanzate per le malattie genetiche del sangue, e tra i primi centri in Europa, per aver somministrato la prima terapia di editing genomico su un giovane ventenne affetto da anemia falciforme, malformazione genetica ereditaria dell'emoglobina caratterizzata dalla presenza di globuli rossi a forma di falce, per la quale, attualmente, l'unica terapia approvata per la cura è il trapianto di midollo osseo". Il trattamento è estremamente costoso, perché al momento il farmaco non è commercializzato in Italia e in Europa ma Aifa, considerato che non esiste una alternativa terapeutica valida, ne ha autorizzato l'erogazione a carico del Servizio Sanitario Nazionale, e si è impegnata a rimborsare l'intera spesa sostenuta dall'Azienda Ospedaliera di Perugia. Il percorso di accreditamento ha coinvolto, oltre alla struttura di Oncoematologia pediatrica, capofila del progetto, e la Direzione Aziendale, anche il Servizio Immunotrasfusionale con la sezione Aferesi, la Farmacia ospedaliera, la struttura di Ematologia con il Laboratorio di Differenziazione cellulare, e il servizio Acquisti e Appalti.

LA SANITÀ

Quei 4 milioni di italiani che rinunciano alle cure

NINO CARTABELLOTTA

I dati del 7° Rapporto Gimbe sul Servizio sanitario nazionale documentano che la sanità pubblica fa acqua da tutte le parti. Esplode la spesa pagata di tasca propria dai cittadini: nel 2023 è cresciuta del 10,3% con quasi 4,5 milioni di persone costrette a rinunciare a visite o esami, spesso per ragioni economiche. RUSSO - PAGINA 4

L'ANALISI

Collasso della sanità, pagano le famiglie 4,5 milioni di italiani rinunciano a curarsi

Il report della Fondazione Gimbe: la spesa dei cittadini per la salute è salita del 10,3% nel giro di un anno. Aumenta il divario fra Regioni del Nord e del Sud, mentre calano drammaticamente gli infermieri

NINO CARTABELLOTTA

Il 23 dicembre 1978 il Parlamento approvava la legge 833 che istituiva il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) in attuazione dell'art. 32 della Costituzione. Un radicale cambio di rotta nella tutela della salute delle persone, un modello di sanità pubblica ispirato da principi di universalismo, uguaglianza ed equità e finanziato dalla fiscalità generale. Un SSN che ha permesso di ottenere eccellenti risultati di salute e di aumentare l'aspettativa di vita e che tutto il mondo continua a guardare con ammirazione. Già nel



marzo 2013, in occasione del lancio della campagna "Salviamo il Nostro Ssn", la Fondazione Gimbe aveva previsto che la perdita del SSN non sarebbe stata annunciata dal fragore improvviso di una valanga, ma si sarebbe manifestata come il lento e silenzioso scivolamento di un ghiacciaio, attraverso, lustri, decenni.

Un processo inesorabile che avrebbe eroso il diritto costituzionale alla tutela della salute. E se fino alla pandemia la sostenibilità del SSN è rimasto un tema tra addetti ai lavori, oggi la tenuta della sanità pubblica, prossima al punto di non ritorno, coinvolge 60 milioni di persone. I principi fondanti del SSN sono stati traditi: l'universalismo è lettera morta, visto che i Livelli essenziali di assistenza (Lea) non sono esigibili da tutti; l'uguaglianza e l'equità sono ormai un miraggio, viste le profonde disuguaglianze nell'accesso a servizi e prestazioni. Il diritto costituzionale alla tutela della salute, in particolare per le fasce socio-economiche più deboli, gli anziani e i fragili, chi vive nel Mezzogiorno e nelle aree interne e disagiate si sta inesorabilmente sgretolando.

Innumerevoli problemi gravano sulla vita quotidiana delle persone: interminabili tempi di attesa, pronto soccorso affollatissimi, impossibilità a iscriversi ad un medico di famiglia vicino casa, migrazione sanitaria, aumento della spesa privata e

impoverimento delle famiglie sino alla rinuncia alle cure. I dati del 7° Rapporto Gimbe sul Ssn - presentati presso la Sala Capitolare del Senato della Repubblica - documentano che la sanità pubblica fa acqua da tutte le parti. Un divario della spesa sanitaria pubblica pro capite di 889 euro rispetto alla media dei paesi Ocse membri dell'Unione europea, con un gap complessivo che sfiora i 52,4 mi-

liardi, frutto del costante de-finanziamento attuato da tutti i governi negli ultimi 15 anni. E il futuro non è affatto roseo: secondo il Piano strutturale di bilancio approvato dal governo nel 2026 il rapporto spesa sanitaria/Pil scenderà al 6,2%. Esplode la



spesa pagata di tasca propria dai cittadini: nel 2023 è aumentata del 10,3%, 3,8 miliardi in più del 2022. Un impatto sulle famiglie che, oltre a rendere sempre meno esigibile il diritto universale alle cure, nel 2023 ha costretto quasi 4,5 milioni di persone a rinunciare a visite o esami diagnostici, di cui circa 2,5 milioni per motivi economici.

La crisi motivazionale di medici e infermieri che abbandonano il Ssn ha generato una carenza di personale che compromette qualità e accessibilità dei servizi sanitari e aggrava i disagi per i pazienti. Tra il 2019 e il 2022 il Ssn ha perso oltre 11.000 medici e si stima che nel solo primo semestre del 2023 altri 2.564 medici abbiano abbandonato il servizio pubblico.

Ma la crisi colpisce soprattutto il personale infermieristico: l'Italia conta solo 6,5 infermieri ogni 1.000 abitanti, uno dei numeri più bassi d'Europa. Riguardo i Lea, le prestazioni che il Ssn è tenuto a fornire a tutte le persone, nel 2022 solo 13 Regioni hanno rispettato gli standard, con un divario sempre più marcato tra Nord e Sud. Le uniche Regioni del Mezzogiorno promosse sono Puglia e Basilicata, che si posizionano comunque in fondo alla classifica. E la mobilità sanitaria riflette questo squilibrio, con i pazienti del Sud che migrano verso le Regioni del Nord, gravando ulteriormente sui bilanci già fragili delle aree meno sviluppate:

in dettaglio, nel decennio 2012-2021 le Regioni del Mezzogiorno hanno accumulato un debito di quasi 11 miliardi. Diseguaglianze regionali su cui incombe lo spettro dell'autonomia differenziata che legittimerà tali divari.

Nel frattempo, altrettanto in sordina, si è involuta la percezione pubblica del valore del Ssn: salute non più un bene supremo da tutelare secondo il dettato costituzionale, ma una merce da vendere e comprare. Una pericolosa involuzione che spiana la strada ad una sanità regolata dal libero mercato, dove le prestazioni saranno accessibili solo a chi potrà pagare di tasca propria o avrà sottoscritto costose polizze assicurative. Che, in ogni caso, non potranno mai garantire nemmeno ai più abbienti una copertura globale come quella offerta dal Ssn. E senza una rapida inversione di rotta, il "ghiacciaio" continuerà inesorabilmente a scivolare: da un Servizio sanitario nazionale fondato per la tutela di un diritto costituzionale, a 21 Sistemi sanitari regionali regolati dalle leggi del libero mercato.

Il Paese corre un rischio gravissimo: perdere il Ssn non significa solo compromettere la salute delle persone, ma soprattutto mortificarne la dignità e ridurre le loro capacità di realizzare ambizioni e obiettivi. È per questo che la Fondazione Gimbe ha realizzato il Piano di rilancio del Ssn: un programma chiaro in 13 punti che prescrive la

terapia necessaria a salvare il nostro Ssn "malato". Un piano che mantiene come bussola l'articolo 32 della Costituzione e il rispetto dei principi fondanti del Ssn, mettendo nero su bianco le azioni indispensabili per potenziarlo con risorse adeguate, riforme coraggiose e una radicale e moderna riorganizzazione. Per attuare questo piano, la Fondazione Gimbe ha invocato un nuovo patto politico e sociale, che superi divisioni ideologiche di partito e avvicendamenti dei governi, riconoscendo nel Ssn un pilastro della nostra democrazia, uno strumento di coesione sociale e un motore per lo sviluppo economico dell'Italia. Un patto che chiede ai cittadini di diventare utenti informati e responsabili, consapevoli del valore del Ssn, e a tutti gli attori della sanità di rinunciare ai privilegi acquisiti per salvaguardare il bene comune.

Perché se la Costituzione tutela il diritto alla salute di tutti, la sanità deve essere per tutti. —

EMERGENZA SANITÀ

Trend spesa sanitaria privata 2012-2023 dati ISTAT-SHA



Spesa sanitaria del 2023 rispetto al 2022 in milioni di euro

	2022	2023	Variazione	%
Totale spesa sanitaria	171.867	176.152	+4.286	+2,5%
Spesa pubblica	130.364	130.201	-73	-0,1%
Spesa privata	41.503	45.952	+4.359	+10,5%
Spesa diretta delle famiglie	36.835	40.641	+3.806	+10,3%
Assicurazioni private	4.668	5.321	+653	+11,8%

Fonte: Fondazione Gimbe



4,5 milioni di persone hanno rinunciato alle cure nel 2023



2,5 milioni pari al **4,2%** lo ha fatto per motivi economici

600 mila in più rispetto al 2022



La spesa per la prevenzione nel 2023 è diminuita del **18,6%**



Con **6,5** infermieri ogni 1.000 abitanti l'Italia è fra i Paesi europei con il rapporto più basso

www.gimbe.it



La Sanità divide l'Italia

Cresce la spesa familiare

E curarsi al Sud è un rebus

Il report Gimbe, in un anno i costi per ogni nucleo sono saliti del 10,3%
Quasi 4,5 milioni di persone rinunciano alle terapie. Crolla la prevenzione: -18%

ROMA

La spesa sanitaria per le famiglie italiane ha registrato un'impennata del 10,3% nel 2023 e sono state quasi 4,5 milioni le persone che hanno rinunciato alle cure. Questi numeri, uniti al divario della spesa sanitaria pubblica pro capite di 889 euro rispetto alla media dei Paesi Ocse della Ue (52 miliardi di euro totali), alla crisi motivazionale del personale che abbandona il Ssn, alle disuguaglianze regionali e territoriali, alla migrazione sanitaria, ai tempi di attesa nei pronto soccorso affollati «dimostrano che la tenuta del Servizio sanitario nazionale è prossima al punto di non ritorno». La drammatica fotografia è scattata dal 7° rapporto Gimbe sul Servizio sanitario nazionale.

SALASSO PER LE FAMIGLIE

Rispetto al 2022, l'anno scorso i dati Istat hanno documentato che l'aumento della spesa sanitaria totale (+4.286 milioni di euro) è stato sostenuto esclusivamente dalle famiglie come spesa diretta (3.806 milioni) o tramite fondi sanitari e assicurazioni (553 milioni), vista la sostanziale stabilità della spesa pubblica. La spesa diretta dei cittadini, che nel 2021-2022 ha registrato un incremento medio annuo dell'1,6% (+5.326 di euro in 10 anni), nel 2023 si è impennata del 10,3% (+3.806 milioni).

ITALIA SPACCATA IN DUE

Rispetto ai Livelli essenziali di assistenza (Lea) – le prestazioni e i servizi che il Ssn è tenuto a fornire a tutti i cittadini gratuitamente o con un ticket – nel 2022 solo 13 Regioni hanno rispettato gli standard essenziali di cura, con un ulteriore aumento del divario nord-sud: Puglia e Basilicata sono le uniche Regioni promosse al sud, ma in posizioni di coda. «Siamo di fronte – commenta Nino Cartabellotta (foto), presidente Gimbe – a una frattura strutturale nord-sud nell'esigibilità del diritto alla tutela della salute. A questo quadro si aggiunge la legge sull'autonomia differenziata, che affonderà definitivamente la sanità del Mezzogiorno, assestando il colpo di grazia al Ssn e innescando un disastro sanitario, economico e sociale senza precedenti che avrà conseguenze devastanti per milioni di persone».

MIGRAZIONE SANITARIA

Anche la mobilità sanitaria evidenzia la forte capacità attrattiva del nord, coi residenti del centro-sud spesso costretti a spostarsi in cerca di cure migliori. Nel decennio 2012-2021 le Regioni del Mezzogiorno hanno accumulato un saldo negativo di 10,96 miliardi di euro.

RINUNCIA ALLE CURE

Secondo l'Istat nel 2023 4,48 milioni di persone hanno rinunciato a visite specialistiche o esami diagnostici (di cui 2,5 milioni per mo-



tivi economici), quasi 600mila in più dell'anno precedente. Crolla poi la spesa per la prevenzione: nel 2023 si riduce di 1.933 milioni (-18,6%).

FUGA DEI MEDICI

I sindacati documentano il progressivo abbandono del Servizio sanitario nazionale: secondo la Fondazione Onaosi, tra il 2019 e il 2022 il Ssn ha perso oltre 11mila medici per licenziamenti o conclusione di contratti a tempo determinato e Anaao-assomedi stima ulteriori 2.564 abbandoni nel primo semestre 2023.

CARENZA DI INFERMIERI

«Ma la vera crisi – conclude Car-tabellotta – riguarda il personale infermieristico: nonostante i crescenti bisogni, anche per la riforma dell'assistenza territoriale, il numero di infermieri è insufficiente e le iscrizioni al corso di laurea sono in calo». Con 6,5 infermieri ogni mille abitanti, l'Italia è ben al di sotto della media Ocse (9,8), collocandosi tra i Paesi Ue col più basso rapporto infermieri/medici (1,5 a fronte di una media europea di 2,4). Nel 2022 i laureati in Scienze infermieristiche sono stati 16,4 per 100mila abitanti, rispetto a una media Ocse di 44,9, lasciando l'Italia in coda alla classifica prima solo di Lussemburgo e Colombia.

Alessandro Belardetti

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'appello del Colle

«ORA MISURE SINERGICHE»



Sergio Mattarella
Presidente della Repubblica

«Il Servizio sanitario nazionale costituisce una risorsa preziosa ed è pilastro essenziale per la tutela del diritto alla salute. La sua efficienza è frutto delle risorse dedicate e dei modelli organizzativi applicati, responsabilità, quest'ultima, delle Regioni. Per garantire livelli sempre più elevati di qualità nella prevenzione, nella cura e nell'assistenza, è necessaria la costante adozione di misure sinergiche di tutti gli attori coinvolti».

La previsione di bilancio

«NESSUN TAGLIO AL SETTORE»



Orazio Schillaci
Ministro della Salute

«Nella legge di bilancio ci saranno risorse adeguate per la sanità, il governo non vuole tagliare la sanità pubblica. Il Sistema sanitario nazionale è un fiore all'occhiello del Paese, ma dopo 45 anni c'è bisogno di un ammodernamento, di guardare a una medicina del futuro centrata sul paziente, in cui le risorse devono essere ben impiegate. La percentuale rispetto al Pil sufficiente per la sanità pubblica? Dobbiamo avvicinarci al 7%».

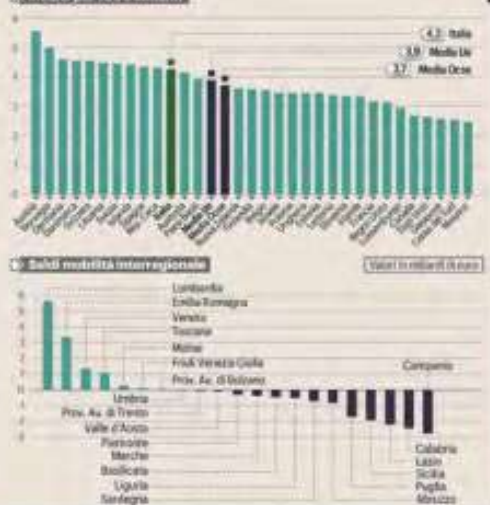
Costi e disuguaglianze



Spesa sanitaria pubblica



Medici per 1000 abitanti



Soldi mobilità interregionale



MATTARELLA

Altolà del Colle «La sanità pubblica è un pilastro del Paese»

MAURO BAZZUCCHI

A PAGINA 5

«Il Servizio sanitario nazionale costituisce, infatti, una risorsa preziosa ed è pilastro essenziale per la tutela del diritto alla salute», ha ricordato il capo dello Stato, Sergio Mattarella.

IL MONITO DEL CAPO DELLO STATO

Mattarella: «Ssn risorsa preziosa Tutelare il diritto alla Salute»

«Il Servizio Sanitario Nazionale costituisce una risorsa preziosa ed è pilastro essenziale per la tutela del diritto alla salute, nella sua duplice accezione di fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività». Il presidente della Repubblica Sergio Mattarella, approfittando della pubblicazione del 7° Rapporto della Fondazione Gimbe sullo stato della sanità pubblica, ha inviato un messaggio istituzionale ai promotori dell'iniziativa, un messaggio naturalmente pacato ma allo stesso univoco - anche in vista della composizione della Legge di Bilancio - sulla necessità di impiegare risorse, da parte dei vari livelli di governo, per sostenere un comparto che soffre una crisi conclamata di efficienza nei servizi, soprattutto per ciò che riguarda le liste d'attesa. «La sua efficienza», ha

infatti osservato il Capo dello Stato, «è frutto, naturalmente, delle risorse dedicate e dei modelli organizzativi applicati, responsabilità, quest'ultima, affidata alle Regioni. Per garantire livelli sempre più elevati di qualità nella prevenzione, nella cura e nell'assistenza», ha proseguito, «è necessaria la costante adozione di misure sinergiche da parte di tutti gli attori coinvolti». Mattarella ha parlato anche della necessità di non dimenticare «l'applicazione dei principi di universalità e

uguaglianza sanciti dalla Costituzione». In effetti, quanto emerge dal Rapporto è allarmante: il gap della spesa pubblica per la sanità, rispetto alla media Ue, è di



IL DUBBIO

52,4 miliardi, mentre la spesa per le famiglie nell'ultimo anno è aumentata del 10 per cento. Questo ha fatto sì che 4,3 milioni di italiani abbiano rinunciato alle cure, in gran parte per motivi economici. Negli ultimi 15 anni, infine, si è assistito a un definanziamento progressivo della sanità pubblica, operato da tutti i governi, che ha

portato il sistema dell'orlo del collasso, con disparità territoriali e una sempre maggiore tendenza all'abbandono da parte del personale sanitario. **MAU. BAZ.**





Dir. Resp. Marco Girardo

QUALE WELFARE

Osiamo puntare a una sanità per i più fragili

ROCCO BELLANTONE

La prima istanza di ogni politica sanitaria deve essere posta sulle condizioni di svantaggio, la sanità pubblica ha diritto di essere difesa

nell'interesse di tutti senza distinzioni di censo o locazione geografica: è stata questa, forse, la più grande lezione che la pandemia ci ha lasciato.

A pagina 15

ANALISI "Nessuno si salva da solo": dalla pandemia la lezione sulla strada da non perdere. Ma un'istituzione a troppe velocità rischia di deragliare

Più accessibile, meno discriminante: un Sistema sanitario per i più fragili



ROCCO BELLANTONE

Quattro anni fa la salute è stata al centro dell'agenda politica di tutti i governi. Quattro anni fa abbiamo imparato che un Servizio sanitario nazionale forte, in caso di emergenza, è un argine importante di fronte a una minaccia sconosciuta. Abbiamo imparato che "nessuno si salva da solo" e che il benessere dell'individuo può essere inscindibilmente legato al benessere dell'intera comunità, senza distinzioni di censo o locazione geografica. Ed è stata questa, forse, la più grande lezione che la pandemia ci ha lasciato.

Ciò significa, necessariamente, che la prima istanza di ogni politica sanitaria deve essere posta sulle condizioni di svantaggio, che la sanità pubblica ha diritto di essere difesa nell'interesse di tutti e che i tagli in sanità, per quanto sartoriali, finiscono, quasi sempre, per infliggere una ferita che rischia di sanguinare sulla pelle dei più fragili.

Ogni programmazione e ogni azione di politica sanitaria ha bisogno di conoscere lo stato di salute della popolazione. I dati "Passi", quelli che il nostro Istituto periodicamente pubblica in collaborazione con le Aziende sanitarie di tutto il Paese, contribuiscono a fare questo e, a leggerli con attenzione, ci raccontano molte delle fragilità di un Paese ancora profondamente diviso. Tra Nord e Sud. Tra chi ha difficoltà economiche e chi non ne ha. Tra chi è istruito e chi non lo è.

Sono forbici antiche, che conosciamo, ma sulle quali oggi serve riflettere se vogliamo assicurare il diritto alla cura per tutti perché oggi queste forbici stanno diventando molto più larghe.

Anticipo solo qualche dato tra quelli che usciranno a breve: tra gli anziani che hanno difficoltà economiche, oltre la metà non riesce ad avere accesso alle cure,

mentre solo il 2% di chi è benestante trova le stesse difficoltà. Dati, questi, che confrontati con l'ultimo report, dello scorso dicembre, destano ancora maggiore preoccupazione. E non va meglio sul versante della prevenzione perché anche in quel caso sono le fasce più deboli ad avere la peggio: allo screening per tumore della mammella, per esempio, accedono solo cinque donne su dieci tra quelle che hanno la licenza elementare, mentre l'adesione tra quelle laureate è di otto donne su dieci. Vale la pena sottolineare inoltre che se in Emilia Romagna il tasso di adesione allo screening è di oltre l'80% in Calabria è appena del 9,7%.

Sono numeri, certo, ma sono numeri che pesano. Ci restituiscono l'urgenza del cambiamento, non possono dirci "come" cambiare ma possono senz'altro suggerirci "dove" e "cosa" cambiare. Osservandoli, questi dati, viene in mente la complessità di ciò che li ha determinati. La fotografia della sanità di un Paese, infatti, è frutto di tante variabili, anche socio-economiche. Per incidere sul futuro sanitario di una popolazione, infatti, è cruciale decidere quali siano gli interventi prioritari, e questa è un'operazione in un certo senso chirurgica, che necessita di visione e di precisione. Nel disegnare il futuro è centrale, innanzitutto, una riflessione sulla sostenibilità delle scelte da intraprendere per garantire l'equità, e questa va fatta a partire dall'accessibilità anche per i più fragili in modo da facilitare la sincro-



nizzazione delle tante velocità a cui viaggia questo Paese.

Ognuno di questi dati, se osserviamo i diversi rapporti Passi, mostra una cronicizzazione di vecchie problematiche per l'assistenza sanitaria a cui si aggiungono nuovi fattori come, per esempio, l'aumento dei costi delle cure o il progressivo isolamento sociale degli anziani. Gli anziani, che nel 2050 costituiranno il 35% della nostra popolazione, non solo accedono con difficoltà alle cure ma uno di loro su tre è a rischio di isolamento sociale con la possibilità di incorrere in sinto-

mi depressivi, perdita di autonomia e maggiore frequenza di ospedalizzazioni.

È stato, infatti, proprio riflettendo su questi numeri, prodotti dalle nostre strutture, che ho voluto creare un gruppo di lavoro specifico, interdipartimentale, sulle disuguaglianze in salute nel nostro Paese, in modo che i nostri ricercatori potessero condividerli e inquadrarli in una visione più ampia e sinergica in grado di essere una vera e propria lente che guarda nell'ottica della sanità pubblica.

La sanità non è solo prescrivere farmaci, eseguire esami diagnostici, dispensare prestazioni ambulatoriali, ma è una rete, una rete che previene e cura.

Lo scenario che abbiamo di fronte è sicuramente tra i più complessi degli ultimi decenni, soprattutto sul piano economico, ma resta il fatto che la salute non si può trattare solo come un bilancio aziendale.

Serve, innanzitutto, una continua azione di riequilibrio, conciliare strategie sostenibili a lungo termine con obiettivi più vicini, dettati dall'urgenza.

Con l'aumento delle malattie cardiovascolari e quelle oncologiche, che sono oggi tra le prime cause di mortalità, tra le più onerose per il Ssn, è necessario pensare alla ricaduta che queste hanno anche sui nuclei familiari. Non è ammissibile, come ci spiegano i dati della Federazione italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia (Favo), che le famiglie in cui c'è un malato oncologico debbano spendere mediamente circa duemila euro per esami, visite diagnostiche e altro, né che debbano attraversare la penisola per avere un'assistenza migliore. Non è, d'altra parte, accettabile che 65.000 morti l'anno di queste stesse patologie potrebbero essere evitate modificando gli stili di vita. Due facce diverse di un problema che richiedono due diverse strategie, una a breve e una a lungo termine.

La parola "solidarietà" oggi nel Sistema sanitario nazionale ha bisogno di essere nuovamente af-

fermata e nuovamente riscritta. Servono investimenti importanti su tutto il sistema, ma serve anche la contribuzione delle fasce più forti a garantire per i più fragili l'accesso alle cure, altrimenti rischia di saltare la sostenibilità del sistema.

Serve motivare economicamente i medici perché si concentrino sulla sanità pubblica. Il Servizio sanitario deve assicurare retribuzioni adeguate e ben differenziate per il proprio personale divise a seconda del grado di professionalità, esperienza, perizia e condizioni lavorative, con stipendi differenziati anche per stesse professionalità. Serve difendere i medici, come ha fatto la recente legge voluta dal mi-

nistro Schillaci, perché - ricordiamolo - i medici lavorano anche in una trincea emotiva e non sempre controllabile. È necessario costruire un Ssn con direttori generali e primari meglio remunerati ma rigidamente valutati sia nei curricula che nel raggiungimento degli obiettivi.

A lungo termine, poi, serve investire in cultura. L'istruzione - lo dicono tutti gli studi - è un determinante della salute, e ogni azione che rende consapevole le persone sui fattori di rischio si traduce in meno morti per cancro, per diabete, per incidenti cardiovascolari.

È necessario, inoltre, rimettere al centro l'idea di una sanità territoriale, di centri di prossimità che supportino le famiglie nelle quali vivono persone, sempre più numerose, con demenza senile, disagio psichico e dove ci sono quelle che hanno un'autonomia fisica ridotta, soprattutto se vivono in condizioni di solitudine. Una rete così permetterebbe agli ospedali di occuparsi dei casi acuti, di quelli più gravi, favorendo, inevitabilmente, la qualità delle cure. Ciò significa ridisegnare i livelli di assistenza, usare la telemedicina e tutte le opportunità offerte dalla tecnologia per alleggerire il Sistema sanitario, incluse quelle offerte dall'Intelligenza artificiale, studiata, compresa, e sempre guidata dall'uomo, a suo servizio.

In questo disegno l'Istituto superiore di sanità, può fare la sua parte, grazie al patrimonio di dati e alle sue competenze sviluppate e cresciute in oltre 90 anni di esperienza. Può essere una bussola in grado di orientare chi deve riformare il sistema per navigare in direzione dell'equità di un sistema di cure che possa assicurare la salute di tutti e per tutti.

Presidente Istituto superiore di Sanità (Iss)

Le soluzioni: contributi solidali dalle fasce più forti, difesa dei medici, educazione tempestiva su corretti stili di vita, medicina di prossimità, intelligenza artificiale per servire le persone

I dati mostrano una tendenza preoccupante a escludere di fatto i più anziani, i meno abbienti, chi abita in aree svantaggiate. Occorre puntare a un recupero di equità prima che sia troppo tardi



IL RICONOSCIMENTO

Nobel per la fisica ai due padri dell'IA “Una rivoluzione nelle nostre vite”

Il premio a Hopfield
e Hinton per aver posto
le basi dell'intelligenza
artificiale. Negli anni
'80 i primi sistemi
capaci di imitare
i neuroni

di Elena Dusi

Come vincitori del Nobel per la Fisica, John Hopfield e Geoffrey Hinton sono piuttosto atipici. Il primo negli anni '80 rimase estasiato dai progressi delle neuroscienze, si mise a studiare le connessioni fra i neuroni e insegnò chimica e biologia nelle università americane Caltech e Princeton. Il secondo si laureò a Cambridge in psicologia sperimentale, prima di appassionarsi al mondo dei computer.

Per due scienziati così, tracciare un ponte fra cervello e macchine è stata un'operazione naturale. Il Nobel per la Fisica gli è stato assegnato ieri proprio per aver assemblato i primi mattoni dell'intelligenza artificiale. I loro studi risalgono agli anni '80, quando nessuno poteva immaginare i risultati di oggi. «John Hopfield e Geoffrey Hinton – ha spiegato l'Accademia reale delle scienze svedese che ha scelto i vincitori – hanno posto le fondamenta del potente machine learning di oggi, che è basato sulle reti neurali artificiali e sta rivoluzionando la scienza, l'ingegneria e la nostra vita quotidiana».

Costruendo modelli informatici in cui un neurone è chiamato nodo e la connessione fra due nodi rappresenta una sinapsi, Hopfield e Hinton hanno simulato i processi di apprendimento della mente umana. A quell'epoca il campo accumulava fallimenti su fallimenti, e non poteva essere altrimenti, senza computer potenti né dati sufficienti per addestrarli. La cosiddetta “rete di Hopfield”, messa a punto nel 1982, usava 30 nodi, uniti da 435 connessioni. Quando lo scienziato portò i nodi a 100 si trovò di fronte a un sistema ingestibile. Oggi i sistemi di intelligenza artificiale capaci di elaborare linguaggio hanno un numero di con-



nessioni misurabile nei triloni.

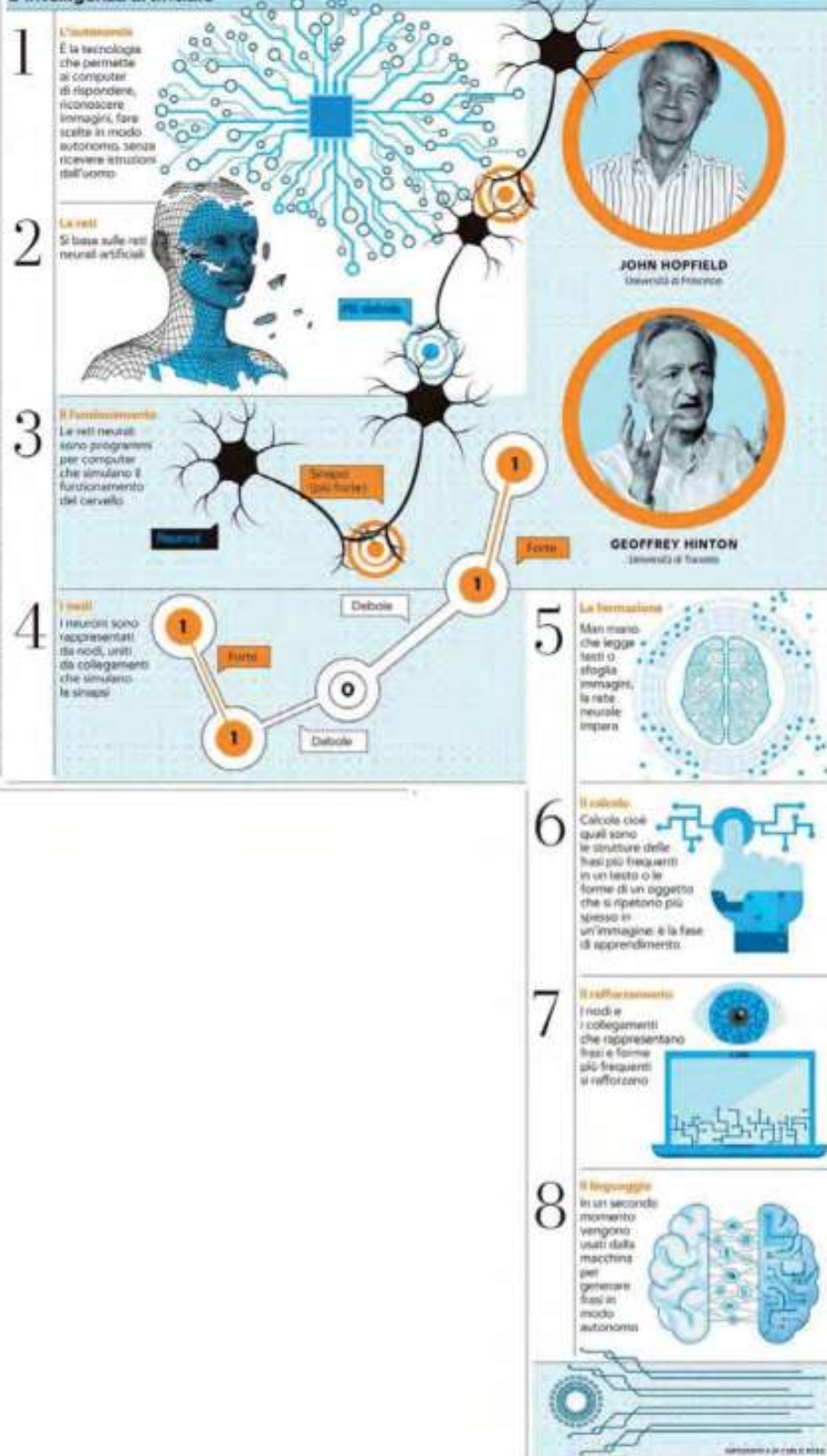
Nonostante questo la rete creata da Hopfield (che oggi ha 91 anni) riusciva a riconoscere e riprodurre immagini semplici. Hinton nel frattempo programmava le sue reti per nutrirsi di dati, riconoscere le combinazioni che si presentavano con maggiore frequenza e trarne insegnamenti, creando un sistema capace di imparare senza bisogno di istruzioni umane. Sono gli studi di Hinton a permettere oggi a telefoni e televisioni di suggerirci cosa vedere e ascoltare. Da quel grossolano trampolino realizzato dai due Nobel, l'intelligenza artificiale era a quel punto capace di lanciarsi da sola. Ha imparato in fretta, proiettandoci in un futuro che faticiamo a discernere.

Non solo noi, ci sentiamo avvolti dalla nebbia. Anche Hinton, oggi 76enne, ha cominciato presto a sentirsi a disagio. Londinese di nascita, socialista di idee, negli anni '80 tagliò i ponti con gli Stati Uniti per andare a insegnare all'università di Toronto, in Canada, perché era disgustato dalla presidenza Reagan e non riusciva a ottenere finanziamenti per il suo settore che non fossero erogati dal Pentagono. Approdato nel 2013 a Google, ha lasciato anche quell'azienda dopo 10 anni per essere libero di parlare dei rischi dell'intelligenza artificiale.

L'ha ripetuto ieri, quando l'Accademia delle scienze gli ha telefonato per la conferenza stampa del Premio: l'intelligenza artificiale può essere un rischio. Il caveat era arrivato anche dall'Accademia che assegna il Nobel. Nella motivazione ha avvertito: «La nuova tecnologia porterà enormi benefici, ma suscita inquietudini per il futuro. L'umanità ha la responsabilità di usarla in modo etico e sicuro». Nel 2023, dopo aver abbandonato Google, aver perso due mogli per tumore e affrontato una strisciante depressione, Hinton ha confessato di essersi in parte pentito del lavoro fatto. Cosa ci porterà il futuro, anche gli scienziati da Nobel soprannominati "i padrini dell'intelligenza artificiale", ammettono oggi di non saperlo.

ESPRESSO/DOSSIER RISERVATA

L'intelligenza artificiale



La rivoluzione delle reti neurali

di Paolo Benanti

Nella vita di tutti si sono diffusi dei sistemi software, le cosiddette reti neurali, capaci di dare alle macchine funzioni fino a qualche anno fa impensabili. Le reti neurali artificiali sono modelli computazionali ispirati al funzionamento del cervello umano: costituiti da nodi interconnessi, simili ai neuroni biologici, elaborano e trasmettono informazioni attraverso vari livelli della rete. Le reti neurali artificiali hanno rivoluzionato la vita quotidiana in molti modi, grazie alla loro capacità di apprendere e adattarsi a diverse situazioni. Dispositivi come Siri, Alexa e Google Assistant utilizzano reti neurali per comprendere e rispondere a comandi vocali, migliorando l'interazione uomo-macchina e facilitando la gestione delle attività domestiche. Sono reti neurali convoluzionali (Cnn) alla base del riconoscimento di immagini e suoni e permettono a dispositivi come smartphone, sistemi di sicurezza e applicazioni di fotografia di identificare e classificare persone e oggetti. Sarebbe impossibile pensare di poter sviluppare e commercializzare auto a guida autonoma, come quelle sviluppate da Tesla, senza reti neurali specifiche per analizzare dati provenienti da sensori e videocamere, permettendo ai veicoli di navigare in sicurezza senza intervento umano. Inoltre, sono sempre reti neurali quelle che promettono una medicina migliore: impiegate nella diagnostica medica per analizzare immagini radiologiche e identificare patologie con maggiore precisione rispetto ai metodi tradizionali migliorano in parecchi casi la tempestività delle diagnosi e l'efficacia dei trattamenti. Infine sono sempre algoritmi basati su reti neurali che analizzano i nostri dati per offrirci raccomandazioni personalizzate su prodotti e servizi cambiando per sempre il commercio online. Non dovrebbe quindi stupire il fatto che il Premio Nobel per la Fisica 2024 è stato assegnato a John J. Hopfield e Geoffrey E. Hinton per le loro scoperte e invenzioni fondamentali nel campo delle reti neurali artificiali, che hanno gettato le basi per l'apprendimento automatico e l'intelligenza artificiale (IA). John J. Hopfield, professore alla Princeton University, è noto per aver sviluppato il modello di rete neurale di Hopfield negli anni '80, che ha avuto un impatto significativo nel campo dell'intelligenza artificiale e del *machine learning*: il suo modello ha dimostrato come le reti neurali possano immagazzinare e recuperare informazioni in modo simile alla memoria associativa del cervello umano. Geoffrey E. Hinton, professore all'Università di Toronto, è considerato uno dei pionieri del *deep learning* e ha contribuito allo sviluppo dell'algoritmo di *backpropagation*, essenziale per l'addestramento delle reti neurali. Hinton ha anche lavorato sull'apprendimento delle *word embeddings*, migliorando la comprensione del linguaggio naturale da parte delle macchine. È indubbio che le loro ricerche hanno rivoluzionato sia la ricerca scientifica che la vita quotidiana, consentendo lo sviluppo di

tecnologie avanzate come il riconoscimento facciale e la traduzione linguistica automatica. Tuttavia, un premio Nobel non è solo un riconoscimento all'eccellenza accademica e spesso viene ricordato per il suo significato sociale e politico. È in questa direzione che la questione mostra un lato interessante e, forse, anche in grado di permetterci di guardare ad alcune contraddizioni del tempo che viviamo. Dal 2013, Hinton ha iniziato a lavorare per Google dopo che la sua azienda, DNNresearch, è stata acquisita. Durante il suo periodo in Google, ha contribuito significativamente allo sviluppo pratico dell'intelligenza artificiale, mantenendo comunque un forte legame con la ricerca accademica. In altri termini le reti neurali sono un qualcosa che riguarda forse più l'industria e i grandi successi di Google che non la pura ricerca scientifica. Questo elemento è forse la cosa più caratteristica della stagione attuale dello sviluppo delle intelligenze artificiali: il termine AI usato al singolare indica una disciplina scientifica che studia la capacità di creare sistemi in grado di simulare l'intelligenza umana, usato al plurale indica tutta una serie di tecnologie avanzate che vengono implementate in vari settori per risolvere problemi complessi e migliorare l'efficienza operativa. Le reti neurali, nella loro pervasività quotidiana, rappresentano questo secondo aspetto e ricordano la storia stessa di Nobel che per salvare i minatori in miniera dalla pericolosa nitroglicerina ha inventato la dinamite, divenuto poi un ottimo strumento bellico. Hopfield e Hinton hanno anche loro dato il via a una sorte di addomesticazione del potere della computazione ma l'esito ultimo della loro invenzione potrebbe essere una bomba che non distrugge edifici o città, ma nella versione linguistica dei GPT e delle altre AI generative potrebbe essere una dinamite culturale che fonde quel legame culturale che ci fa coesistere se usata per creare divisioni e fake news. Forse anche per questo Geoffrey Hinton ha lasciato Google nel 2023 dopo dieci anni di lavoro presso l'azienda per poter parlare liberamente dei pericoli associati all'intelligenza artificiale senza dover preoccuparsi dell'impatto delle sue dichiarazioni su Google. Al momento dell'annuncio del suo ritiro ha espresso preoccupazioni riguardo al modo in cui l'IA potrebbe essere utilizzata da attori malintenzionati per scopi dannosi, come manipolare elettorati o vincere guerre e ha paragonato la sua situazione a quella di Robert Oppenheimer, lo scienziato che contribuì allo sviluppo della bomba atomica, esprimendo il timore che l'IA possa diventare un'arma capace di danneggiare l'umanità. Se il premio Nobel è stato per la fisica, serve ora qualcuno che lavori per disinnescare questa atomica linguistica meritando magari quello per la pace.

L'autore è padre francescano, consigliere di Papa Francesco sui temi dell'intelligenza artificiale e dell'etica della tecnologia



Comincia oggi ad Ancona il G7 della Salute, che avrà i fari puntati sull'invecchiamento della popolazione. Il ministro Schillaci: «L'Italia è tornata il secondo Paese per aspettativa di vita, dobbiamo prepararci»



La sfida degli over 65 e la sanità del futuro

L'ALLARME

Proposta a Netflix per una serie tv: in una società distopica un cittadino su tre ha più di 65 anni, anzi una buona parte ne ha più di ottanta. I giovani per strada sono una rarità. Il fiume di anziani assedia pronto soccorso e ospedali, ha necessità di assistenza a casa, ma non trova nessuno, perché i medici, infermieri o badanti sono sempre introvabili e quelli che ci sono stanno per andare in pensione. Questa società rischia di esplodere perché la piramide rovesciata - gli anziani in cima e i giovani alla base - è sempre più deforme. Ecco, in realtà questo non è il plot per una nuova serie, ma la realtà che attende l'Italia tra nemmeno tanti anni. Quando il sistema sanitario rischierà di sfaldarsi e non solo in Italia.

LA PIRAMIDE

Oggi ad Ancona comincia il vertice del G7 della Salute e il nostro Paese, rappresentato dal ministro Orazio Schillaci, proverà a ragionare su una serie di mosse per affrontare gli scenari demografici dell'immediato futuro. Schillaci: «Per prepararci a una popolazione sempre più anziana, dobbiamo puntare sulla prevenzione, con un maggiore ricorso agli screening e agli esami, ma anche convincere la popolazione ad adottare stili di vita corretti. In parallelo stiamo rafforzando

sia gli ospedali, con nuove assunzione, sia l'offerta della sanità sul territorio». Ripartiamo dai numeri snocciolati dal Ministero della Salute: in Europa gli over 65 saranno il 16 per cento della popolazione nel 2050, il 24 nel 2100. Ma se queste statistiche vengono concentrate sull'Italia, uno dei Paesi al mondo con l'età media più alta insieme al Giappone (la longevità di per sé è ovviamente una bella cosa, lo è meno una scarsa natalità), il responso è ancora più foriero di incognite: nel 2050 gli over 65 saranno

il 34 per cento della popolazione (un cittadino su tre, appunto), ma già oggi siamo al 24 (uno su quattro). Schillaci: «Al vertice del G7 della salute ci saranno i fari puntati anche sull'invecchiamento in sa-

lute, considerando che l'Italia post-Covid è tornata ad essere il secondo Paese al mondo per aspettativa di vita. Ma è importante insegnare sin da bambini un corretto stile di vita. Perché vogliamo che i cittadini italiani, non solo vivano di più, ma anche meglio. Questo serve anche per ridurre il numero di malati e continuare ad avere un sistema sanitario per chi ha biso-



gno». L'anno scorso, in Italia, è stata approvata una legge, la 33, sulle politiche in favore della popolazione anziana per valorizzare il raccordo tra il piano sanitario e quello sociale. Oggi una persona anziana, con malattie croniche, di fatto pesa completamente sui familiari. E il sistema ancora regge, sia pure a

fatiga, perché gli over 80 di oggi avevano spesso 2, 3 o 4 figli. Ma cosa succederà quando, nel 2050, la stessa età e le stesse necessità le avranno coloro che oggi hanno un solo figlio o non di rado nessuno? «L'invecchiamento sano e attivo - spiegano al Ministero della Salute - attraverso la prevenzione lungo tutto l'arco della vita è una delle

priorità del G7 della Salute e una via obbligata per garantire il benessere di ogni persona e la sostenibilità dei servizi sanitari. Per questo abbiamo intensificato le attività di promozione sullo stile di vita a partire da una corretta alimentazione e attività di promozione sugli stili di vita, a partire da una corretta alimentazione e attività fisica, e sui programmi di screening oncologici».

Detto in modo molto brutale: i quarantenni e i cinquantenni di oggi siano attenti a ciò che mangiano e bevono, non si impigriscano in una vita sedentaria che non prevede sport o anche lunghe passeggiate. E soprattutto aderiscano puntualmente ai programmi di screening di vario tipo, in modo da pre-

venire e curare per tempo eventuali patologie. Lo devono fare per se stessi, ovviamente, ma anche perché in quel futuro non distopico ma ormai certo, troveranno studi medici, pronto soccorso e ospedali sempre più ingolfati e in affanno per la famigerata piramide rovesciata: pochi giovani con i camici bianchi, molti anziani con acciacchi. E questo non succederà solo in Italia, ma in tutto il mondo occidentale, perché i progressi della medicina e l'innalzamento della vita media sono straordinari risultati, però hanno anche degli effetti collaterali.

IL PARADIGMA

Analisi di Schillaci: «Dobbiamo promuovere un cambio di paradigma: oggi abbiamo un servizio sanitario prevalentemente fondato sulla cura. Solo il 5 per cento delle risorse del Fondo sanitario è destinato alle attività di prevenzione, ma occorre potenziare le politiche di prevenzione. Se non interveniamo, questo invecchiamento determinerà una maggiore incidenza di malattie non trasmissibili con evidenti ricadute sullo stato di salute e sui costi sanitari e sociali. Ecco perché dobbiamo fare in modo che questa longevità sia accompagnata da politiche che favoriscano più anni in buona salute. Il 60 per cento del carico di malattia in Italia, come in Europa, è riconducibile infatti a fattori di rischio modificabili con stili di vita corretti».

Mauro Evangelisti

**SI PUNTA A UN MAGGIORE
RICORSO AGLI SCREENING
MA ANCHE A CONVINCERE
LE PERSONE
AD ADOTTARE STILI
DI VITA CORRETTI**

**IL TIMORE È CHE I
QUARANTENNI DI OGGI
INGOLFINO IL SISTEMA
SANITARIO DI DOMANI,
DOVE TROVERANNO
POCHI MEDICI GIOVANI**

I NUMERI

6 milioni

Il numero degli ultraottantenni nel 2041 nel nostro Paese secondo quanto è previsto dagli scenari demografici

1,4 milioni

Questa cifra invece riguarda la previsione di over 90, sempre nel 2041: saranno quasi il 70 per cento in più rispetto a oggi

34 %

La percentuale di italiani che nel 2050 avranno più di 65 anni: questo farà aumentare inevitabilmente le richieste agli ospedali

24%

Questa percentuale ci dice invece quanti sono oggi in Italia gli over 65. L'incremento nei prossimi 25 anni sarà significativo

5%

La percentuale delle risorse del Fondo sanitario nazionale destinata alla prevenzione che invece andrà potenziata

60%

La percentuale del carico di malattia in Italia riconducibile a fattori di rischio modificabili con stili di vita corretti

12.630

Secondo una rilevazione Istat è il numero delle Residenze sanitarie assistenziali in Italia (dato del 2020)



Tumore al polmone, l'arma è il test molecolare

LA PATOLOGIA

Il tumore del polmone è considerato un "big killer" perché ha un'incidenza tra le più alte a livello globale. Nel 2023 l'Italia ha registrato 44 mila nuove diagnosi. Se la ricerca oggi consente di prolungare la sopravvivenza dei pazienti, i clinici e le istituzioni sono al lavoro per semplificare i percorsi di cura e consentire ai pazienti di assumere i trattamenti a casa, specialmente le terapie orali. Come è stato ricordato alla tavola rotonda "Il valore dell'innovazione nei percorsi di cura dei pazienti con Nsclc Oncogene Addicted" realizzata con il contributo non con-

dizionante di Amgen Italia. Perché oggi, per le terapie oncologiche orali, i percorsi di cura stanno diventando sempre più a misura di paziente.

LE FARMACIE

«Nel Lazio, per esempio, la distribuzione dei farmaci orali avviene attraverso le farmacie ospedaliere - spiega Federico Cappuzzo Direttore di Oncologia medica 2 presso all'Istituto Nazionale dei Tumori Regina Elena di Roma - per i pazienti oncologici assumere la terapia a casa rappresenta un miglioramento della qualità di vita. E questo dovrebbe valere

anche per molti altri farmaci orali dispensati in ospedale. Non dimentichiamo, inoltre, che il primo passo nel tumore del polmone è la diagnosi precoce: effettuare il test molecolare a tutti i pazienti, significa evitare di perdere pazienti che possono avere la mutazione e porre le basi per una prognosi favorevole».



DDL *Dall'IA aiuto sulle disabilità*

Migliorare le condizioni di vita delle persone con disabilità; supportare i processi di prevenzione, diagnosi, cura e scelta terapeutica; istituire una piattaforma di intelligenza artificiale; promuovere attività di ricerca e sperimentazione scientifica nella realizzazione di sistemi di intelligenza artificiale in ambito sanitario. Sono questi alcuni degli obiettivi del disegno di legge in materia di intelligenza artificiale approvato, lo scorso 23 aprile, dal Consiglio dei ministri e ora all'esame della Commissione Ambiente e Innovazione tecnologica del Senato. In linea generale il provvedimento intende promuovere un utilizzo corretto, trasparente e responsabile, in una dimensione antropocentrica, dell'intelligenza artificiale.

Nello specifico, per quan-

to riguarda il settore sanitario, il documento chiarisce che i sistemi IA dovranno essere orientati all'inclusione e a migliorare le condizioni di vita delle persone con disabilità lasciando impregiudicata la spettanza della decisione alla professione medica.

Inoltre il legislatore riconosce al paziente il diritto di essere informato circa l'utilizzo di tecnologie di intelligenza artificiale e sui vantaggi, in termini diagnostici e terapeutici, derivanti dall'utilizzo delle nuove tecniche, nonché di ricevere informazioni sulla logica decisionale utilizzata. Inoltre, al fine di migliorare l'assistenza territoriale, viene istituita presso Agenas una piattaforma di intelligenza artificiale che erogherà servizi di supporto ai professionisti sanitari per la presa in carico della popola-

zione assistita; ai medici per quanto riguarda la pratica clinica quotidiana con suggerimenti non vincolanti; agli utenti per l'accesso ai servizi sanitari delle Case della comunità.

Infine, il disegno di legge individua come di rilevante interesse pubblico i trattamenti di dati, anche personali, eseguiti da soggetti pubblici e privati senza scopo di lucro per la ricerca e la sperimentazione scientifica nella realizzazione di sistemi di intelligenza artificiale per finalità di prevenzione, diagnosi e cura di malattie, creazione di farmaci, sviluppo di terapie e tecnologie riabilitative, realizzazione di apparati medicali e di salute pubblica.

Pasquale Quaranta





Fuoriluogo L'Italia apra alle terapie psichedeliche

MARCO PERDUCA

Il 10 ottobre è la Giornata mondiale della salute mentale, dedicata quest'anno dall'Organizzazione Mondiale della Sanità al legame vitale tra salute mentale e lavoro. Per l'Oms ambienti di lavoro sicuri e sani possono «agire come un fattore protettivo per la salute mentale», mentre «condizioni malsane, tra cui stigma, discriminazione ed esposizione a rischi come molestie e altre cattive condizioni di lavoro, possono comportare rischi significativi, influenzando la salute mentale, la qualità della vita complessiva e di conseguenza la partecipazione o la produttività sul lavoro».

La salute mentale resta una delle condizioni più neglette quando si affrontano questioni legate alla salute personale dal punto di vista delle politiche pubbliche e della ricerca scientifica e produzione farmaceutica. Per motivi ideologici ed economici si continua a piegare il principio di precauzione alle necessità del complesso chi-

mico-farmaceutico esistente, creando irragionevoli ostacoli alle innovazioni che emergono corredate da sempre più incoraggiante efficacia terapeutica. Un esempio su tutti è quello delle psicoterapie accompagnate dall'assunzione controllata di molecole o composti psichedelici.

Negli Usa, in Canada e in Svizzera, psilocibina, LSD e MDMA fanno parte di offerte terapeutiche che hanno dimostrato di assolvere quasi al 70% il compito palliativo assegnatogli da chi negli ultimi 15 anni ha investito risorse, spesso private, nello sviluppo di rimedi alternativi, cioè integrativi o complementari, alla farmacopea ufficiale nazionale o internazionale.

Solo la morfina, tra le sostanze tabellate dalle Convenzioni Onu sulle sostanze psicotrope, è presente nella lista delle medicine essenziali stilata dall'Oms oltre 50 anni fa. Il resto, come per esempio la cannabis, può essere prescritto a seguito di strutturate farmacoresistenze.

Eppure, l'Oms auspica che le azioni per affrontare la sa-

lute mentale sul lavoro vengano intraprese non solo «con il coinvolgimento significativo dei lavoratori, dei loro rappresentanti e delle persone con esperienza vissuta di condizioni di salute mentale» ma anche «investendo sforzi e risorse in approcci e interventi basati sulle evidenze scientifiche». Un'immane, quanto generico, riferimento al fatto che quanto funziona deve esser tenuto in considerazione.

Se, forse sbrigativamente, come un'effimera tendenza culturale qualsiasi, c'è chi inizia a chiedersi se il cosiddetto «rinascimento psichedelico» sia arrivato al capolinea, chi si occupa di politiche pubbliche insiste e anzi rilancia. In occasione del XII Congresso internazionale sui funghi medicinali, l'Associazione Luca Coscioni in collaborazione con l'Università di Bari e l'*Italian Society for Medicinal Mushrooms* ha organizzato una giornata interamente dedicata a quelli psichedelici con una sessione scientifica e una più «politica». A conclusione della seconda è stata presentata una lettera ai

Ministri della Salute e Difesa, sottoscritta da oltre 170 rappresentanti delle professioni medico-scientifiche interessate che, senza auspicare la modifica di norme vigenti, chiede un'apertura agli psichedelici. In particolare si chiede al Ministro Schillaci di prevederli tra le terapie prescrittibili nell'ambito delle cure palliative e quelle prescrittibili come cure compassionevoli, specie nel «fine-vita». Al Ministro Crosetto si chiede invece di prevedere un progetto pilota, con il Ministero della Salute, per un piano psicoterapeutico sui disordini da stress post-traumatico del personale militare impiegato nelle missioni internazionali e con una condizione «svilupata» sul posto di lavoro. Né Schillaci né Crosetto hanno risposto.

Per questi motivi l'Associazione Luca Coscioni ha lanciato un appello pubblico in sostegno alla lettera che è sottoscrivibile sul sito dell'associazione.

