



ASL Taranto

PugliaSalute

Rassegna Stampa

Domenica

5 maggio

2024

ROBERTA MARINELLI

In un articolo pubblicato su Nature, una squadra internazionale di scienziati dell'Università degli Studi di Bari Aldo Moro, del Lieber Institute for Brain Development di Baltimora e di collaboratori dell'Nih in USA e di Londra nel Regno Unito descrive un nuovo tipo di punteggi genetici che non solo sono associati al rischio di malattia, ma sono anche biologicamente interpretabili e potenzialmente significativi a livello individuale.

Utilizzando misure di espressione genica in cervelli post mortem, è stato identificato un gruppo di geni arricchito per la neurotrasmissione della dopamina, un processo neurochimico da tempo ritenuto importante nella psicosi e nell'attuale trattamento dei sintomi psicotici. I ricercatori hanno dimostrato che questo punteggio genetico della dopamina predice le misure di neuroimmagine della dopamina in vivo in ben cinque campioni indipen-

LA RICERCA IL PAPER PUBBLICATO DAL TEAM BARESE SULLA PRESTIGIOSA RIVISTA INTERNAZIONALE "NATURE"

Schizofrenia e differenze di genere Ecco lo studio degli scienziati Uniba



denti. Al contrario, gli altri geni ritenuti geni di rischio per la schizofrenia non hanno mostrato associazioni significative con queste misure di dopamina. I risultati suggeriscono che alcuni pazienti hanno una componente dopaminergica prominente nella loro malattia che altri non presentano. Questo approccio potrebbe costituire la prima divisione di questa malattia in sottotipi con meccanismi specifici che possono essere presi di mira per un trattamento personalizzato.

Gli studi futuri esamineranno altri gruppi di geni non correlati alla dopamina che potrebbero aiutare a spiegare altre misure cerebrali e cliniche nei pazienti con schizofrenia e a diradare

ulteriormente la nebbia dell'eterogeneità.

Lo studio si inserisce nel più ampio contesto della cosiddetta "medicina personalizzata". Le diagnosi psichiatriche sono notoriamente sfumate. I pazienti con la stessa diagnosi di norma differiscono tra loro per molti aspetti, compresi i sintomi specifici e le misurazioni effettuate con approcci di neuroimmagine come la risonanza magnetica. Questa variabilità rappresenta una sfida molto dura per gli scienziati che cercano di sviluppare trattamenti nuovi e più personalizzati. Nella schizofrenia, i risultati degli studi genetici hanno nutrito la speranza di spiegare alcune di queste differenze in termini di predispo-

sizioni genetiche. Tuttavia, anche i fattori di rischio genetico differiscono tra gli individui affetti da schizofrenia. Un approccio per caratterizzare le differenze individuali nel rischio genetico è rappresentato dai cosiddetti punteggi di rischio poligenico, che sommano molte varianti genetiche per generare un numero che quantifica il rischio individuale di sviluppare la schizofrenia. Sebbene questa misura sia in grado di differenziare i pazienti dagli individui non affetti a livello di popolazione, non è utile per determinare lo stato di malattia degli individui e non mostra forti associazioni con le misure cerebrali che si pensa siano alla base del disturbo.

Ambulatorio solidale Patto per l'assistenza

► Siglata l'intesa con l'associazione artigiana di mutuo soccorso

► Il progetto prevede la possibilità di accedere a visite mediche gratuite

MARTINA

Eugenio CALIANDRO

Una stretta di mano per tenderla insieme ai più bisognosi di un aiuto concreto. Nasce la collaborazione tra l'Ambulatorio Solidale di Martina Franca, realtà che va sempre più affermandosi in città nello scenario dell'assistenza sanitaria e l'antica e prestigiosa associazione artigiana di Mutuo Soccorso.

Nella sede dell'associazione, è stata siglata infatti una specifica convenzione, sottoscritta dai due presidenti, l'avvocato Luca Conserva per la società artigiana e il dottor Mario Motolesse per l'ambulatorio, che ora permetterà di allargare la fascia di utenza delle prestazioni erogate dall'ambulatorio anche alla vasta platea degli iscritti al sodalizio di mutuo soccorso.

L'ambulatorio solidale è un progetto nato per offrire un aiuto concreto a chi ha bisogno di cure mediche specialistiche, ma non può permetterselo per motivi economici o per le lunghe attese del servizio sanitario. Il laboratorio, infatti, è un'iniziativa a scopo benefico nata grazie alla generosità e disponibilità di medici che erogano gratuitamente visite mediche



Nelle foto la firma della convenzione

specialistiche a persone in particolari condizioni di disagio economico, per lo più anziani, separati, famiglie numerose o monoreddito, disoccupati e senza dimora.

Le prestazioni sanitarie riguardano diverse branche della medicina specialistica tra cui chirurgia, oculistica, cardiologia, ginecologia e molte altre grazie alla generosità e alla bontà d'animo dei medici che si sono resi disponibili al progetto. Nello specifico, la convenzione siglata con l'associazione artigiana, che metterà a disposizione due vani della

propria sede per l'attività dell'ambulatorio, prevede l'erogazione dei seguenti servizi: visite cardiologiche: aritmia cardiaca, scompenso cardiaco, cardiopatia ischemica, esiti di infarto del miocardio, ipertensione; visite pneumologiche: Bco, asma bronchiale; visite endocrinologiche: diabete, ipo o ipertiroidismo; visite oculistiche: retinopatia, glaucoma, fundus; visite ortopediche: artrosi, sospetto di frattura; visite psicologiche: per un massimo di 10 incontri.

Potranno usufruire delle prestazioni sanitarie erogate

dall'ambulatorio tutti gli iscritti (in regola con la cassa sociale associativa) il cui valore Isee non superi 15mila euro annui; siano in possesso del documento di identità corrispondente al titolare Isee che chiede la prestazione; siano in possesso della richiesta del medico curante con la indicazione chiara del sospetto di diagnosi.

«Con la sottoscrizione della convenzione fra l'Associazione Artigiana di mutuo soccorso Aps Martina Franca e l'Ambulatorio Solidale Ets è stato siglato un patto importante in termini di fraternità, fratellanza e solidarietà fra donne, uomini e fra Enti del Terzo Settore» - evidenzia il riconfermato presidente dell'Associazione Artigiana, l'avvocato Conserva. «In un mondo - aggiunge - in cui la società sembra essere, talvolta anche inconsapevolmente, dominata dalla competizione, dal profitto, dalla politica neoliberista viene lanciato un concreto segnale in controtendenza. Un ringraziamento va ai soci di entrambi gli Enti che hanno saputo cogliere l'importanza cruciale del momento in cui viviamo. Insieme abbiamo piantato un seme che inizia a germogliare. Insieme a coloro che vorranno aggregarsi faremo crescere una pianta forte e rigogliosa».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

UNIVERSITÀ DI BARI

LO STUDIO

IL TEAM INTERNAZIONALE

Insieme gli scienziati di Uniba, Lieber Institute for Brain Development di Baltimora e collaboratori del Nih in Usa e nel Regno Unito

NEUROTRASMISSIONE DOPAMINA

Un gruppo di geni arricchito decisivo nel processo neurochimico importante nella psicosi e nel trattamento dei sintomi psicotici

BARBARA MINAFRA

● **BARI.** La medicina personalizzata, considerata il futuro della ricerca medica, fa un passo in avanti nella cura della schizofrenia. Il merito è di uno studio internazionale a cui ha partecipato attivamente l'Università degli studi di Bari e i cui risultati sono stati appena pubblicati sulla prestigiosa rivista «Nature Communications».

La ricerca rappresenta uno dei primi frutti del progetto «Mnesys» finanziato dal Pnrr e diretto a Bari dal prof. Alessandro Bertolino, direttore della Clinica psichiatrica al Policlinico di Bari e del Dipartimento universitario di Biomedicina Traslazionale e Neuroscienze, ed è il risultato del periodo trascorso dal prof. Giulio Pergola, associato a questo Dipartimento di Uniba, al «Lieber Institute for Brain Development» di Baltimora, nel corso della sua borsa Marie Curie Global Fellowship, insieme al primo autore dello studio, il dott. Leonardo Sportelli, che ha svolto la sua tesi di laurea nell'istituto americano per poi continuare gli studi nel dottorato di ricerca da poco concluso all'Università di Bari.

LA RICERCA - Lo studio internazionale di scienziati dell'Università di Bari, dell'Istituto di Baltimora, di collaboratori del Nih in Usa e nel Regno Unito, ha riscontrato differenze genetiche e fisiologiche tra pazienti con schizofrenia e quindi individuato una prima possibile divisione della schizofrenia in sottotipi, con meccanismi specifici che possono essere presi di mira per un trattamento personalizzato.

In particolare, è stato identificato un gruppo di geni arricchito per la neurotrasmissione della dopamina, un processo neurochimico da tempo ritenuto importante nella psicosi e nell'attuale trattamento dei sintomi psicotici. In pra-



Schizofrenia, la chiave nelle varianti genetiche

Da una ricerca passi avanti per farmaci personalizzati

tica, livelli diversi di dopamina caratterizzerebbero i geni e questo suggerirebbe la possibilità di fare distinzioni.

«La cosiddetta ipotesi dopaminergica della schizofrenia è in auge da decenni, principalmente perché i farmaci antipsicotici agiscono soprattutto sulla dopamina, tra gli altri neurotrasmettitori. La novità - spiega il prof. Giulio Pergola, che ha coordinato lo studio - è che abbiamo riscontrato nei cervelli post mortem indizi di questa famosa ipotesi e che questi indizi si possano utilizzare per costruire profili biologici dei pazienti, che noi ab-

biamo confermato mediante le neuroimmagini, in vista di futuri trattamenti personalizzati».

UNA MEDICINA PERSONALIZZATA - Le diagnosi psichiatriche sono notoriamente «sfumate». Nel senso che i pazienti con la stessa diagnosi di norma differiscono tra loro per molti aspetti, compresi i sintomi specifici e le misurazioni effettuate con approcci di neuroimmagine come la risonanza magnetica.

Questa variabilità rappresenta una sfida ardua per gli scienziati che cercano di svi-

luppare trattamenti nuovi e sempre più personalizzati. Riuscire a «individualizzare» le cure, progresso reso possibile grazie alle fondamentali innovazioni sviluppate nel campo della biologia molecolare, delle biotecnologie, della genomica e dell'informatica, consentirebbe di offrire cure mirate, adatte alle caratteristiche genetiche di ogni singolo paziente.

LA SCHIZOFRENIA - Nella schizofrenia, i risultati degli studi genetici hanno nutrito la speranza di spiegare alcune differenze in termini di predisposizioni genetiche. Tuttavia, an-



GLI EFFETTI
La schizofrenia devasta i pazienti

che i fattori di rischio genetico differiscono tra gli individui affetti dal disturbo psicotico caratterizzato da alterazione del pensiero, della percezione, del comportamento, dell'affettività e che si manifesta anche con deliri e allucinazioni.

Attualmente, l'approccio in uso per caratterizzare le differenze individuali nel rischio genetico è rappresentato dai cosiddetti punteggi di rischio poligenico, che sommano molte varianti genetiche per generare un numero che quantifica il rischio individuale di sviluppare la schizofrenia. Sebbene questa misura sia in grado di differenziare i pazienti dagli individui non affetti a livello di popolazione, non è utile per determinare lo stato di malattia degli individui e non mostra forti associazioni con le misure cerebrali che si pensa siano alla base del disturbo.

IL PROGETTO «MNESYS»
Finanziato dal Pnrr e diretto a Bari dal prof. Alessandro Bertolino direttore della Clinica psichiatrica al Policlinico e del Dipartimento universitario di Biomedicina Traslazionale e Neuroscienze. E' anche il risultato del periodo trascorso dal prof. Giulio Pergola di Uniba al «Lieber Institute for Brain Development» di Baltimora

A CASTELLANETA

Spirometrie gratuite per i bambini

DARIO BENEDETTO

● **CASTELLANETA.** L'ospedale San Pio di Castellaneta spalanca le sue porte in occasione della "Giornata mondiale dell'asma" in programma il prossimo 7 maggio.

Grazie all'impulso della struttura semplice dipartimentale di Pediatria, infatti, per l'intera mattinata verranno eseguite 40 spirometrie gratuite a pazienti in età scolare, dagli 8 ai 16 anni. Per sottoporsi all'esame sarà sufficiente recarsi nel nosocomio castellanetano, dalle 9 alle 13, senza alcuna prenotazione. L'evento, aperto a tutta la cittadinanza, è organizzato con il supporto dell'ente comunale e punta a coinvolgere gli istituti scolastici cittadini. L'ospedale San Pio di Castellaneta, quindi, risponderà presente alla "Giornata mondiale dell'asma" rappresentando uno dei 53 centri in Italia affiliati alla "Società italiana di malattie respiratorie infantili." Lo farà grazie al supporto concreto della sua Pediatria, diretta dalla dottoressa Iolanda Chinellato: «ci onoriamo di far parte di questo circuito e credendo nella prevenzione in età scolare delle malattie pneumologiche e allergologiche punteremo a replicare l'iniziativa portandola presto in piazza» ha dichiarato. «Questa giornata rappresenta un'occasione importante per sensibilizzare la collettività sul tema» ha invece affermato il direttore generale della Asl di Taranto Vito Gregorio Colacicco. «Offrire spirometrie gratuite - ha aggiunto il dg - è un'opportunità concreta per la diagnosi precoce e il trattamento intensivo dell'asma infantile». L'asma è una patologia respiratoria cronica che colpisce milioni di persone in tutto il mondo, con una particolare incidenza nella fascia d'età infantile e adolescenziale, interessando circa un soggetto su 10 da 0 a 18 anni. Nonostante la sua diffusione, spesso l'asma è sottovalutata o non diagnosticata correttamente, compromettendo così la qualità di vita dei bambini.

LA VERTENZA

INCONTRO IN PREFETTURA

«Centro Geriatrico Matera tutela per lavoratori e ospiti»

Appello di Bollettino, segretario Cisl FP: nessuno stop al servizio, l'attività deve essere sempre garantita

IL PROBLEMA

Il sindacalista: «Rivedere il sistema di accreditamento. Così come è disincentiva i privati ad investire»



MATERA
Incontro in Prefettura sulla vertenza che riguarda 25 lavoratori del Centro Geriatrico. Hanno ricevuto i preavvisi di licenziamento

●**MATERA.** Si è tenuto un incontro in Prefettura sulla vertenza che interessa 25 lavoratori del Centro Geriatrico Matera: nei giorni scorsi hanno ricevuto i preavvisi di licenziamento. Nel corso della riunione con i rappresentanti dell'Asm e del CGM, fortemente sollecitata dalla Cisl Fp, il segretario generale Pino Bollettino ha chiesto la revoca

del preavviso di licenziamento a tutti i lavoratori e la continuità del servizio alle famiglie.

«La priorità è tutela dei posti di lavoro e la continuità dell'assistenza agli ospiti di una struttura di primo livello che cura Alzheimer e demenza senile», ha detto Bollettino nel corso della riunione evidenziando che «non si comprendono le

motivazioni che inducono l'Azienda sanitaria materana a non sottoscrivere l'accordo per il riconoscimento dell'accreditamento alla struttura in questione. Allo stesso non è accettabile il rimpallo di responsabilità tra Asm e Regione Basilicata. Sarebbe pertanto opportuno convocare un tavolo tecnico per affrontare nel dettaglio la situazione e

trovare un punto d'intesa affinché questo servizio non venga cessato, ipotesi che va scongiurata in ogni modo perché determinerebbe gravi ripercussioni sui livelli occupazionali e sulle famiglie degli ospiti. Solleciteremo la futura Giunta regionale a rivedere il sistema di accreditamento che così come è organizzato oggi crea incertezza e

disincentiva i privati ad investire», ha concluso il segretario della Cisl Fp.

Nei giorni scorsi anche il sindaco di Matera, Bennardi, era intervenuto sulla difficile vertenza del Centro geriatrico (sia per i dipendenti sia per le famiglie dei pazienti) sollecitando l'apertura di un tavolo di concertazione presso la Regione.

Primo piano | La sanità

L'esodo di 20 mila medici

Il 90% ha meno di 40 anni

La stima degli Ordini su quanti lasceranno l'Italia nel 2024. Le mete: Israele e Usa in testa. Il record post Covid

ROMA «L'ultimo l'ho firmato due giorni fa», si duole Domenico Crisarà, presidente dell'Ordine dei medici di Padova. Si riferisce ai certificati «di buona condotta» (termine improprio ma che rende l'idea) con il quale un professionista può richiedere al ministero della Salute il *good standing*, cioè la carta di onorabilità professionale per andare all'estero.

Crisarà di moduli così ne rilascia tre o quattro a settimana e ogni volta prova una fitta nell'assistere impotente all'emorragia di giovani colleghi che lasciano l'Italia dopo

causa anziché correre ai ripari con misure tampone».

Le mete

Perché, è il ragionamento di Anelli, se le condizioni di lavoro fossero migliori non ci sarebbe bisogno di lasciare i reparti ospedalieri: Israele, Stati Uniti, Germania, Francia, Regno Unito, Svizzera, Belgio, Svezia, Canada e Irlanda le dieci nazioni in cima alla lista delle mete preferite dai nostri dottori migranti. Secondo i dati riportati dal sindacato Sumai in una pubblicazione uscita a inizio 2024, dal 2019 al 2021 sono andati all'estero

La federazione

FNOMCEO

È l'acronimo di Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri. Conta complessivamente 429 mila iscritti agli albi, 102 mila dei quali dirigenti di Aziende sanitarie ospedaliere e anche di aziende ospedaliere

in 21.397, fra i quali 14.341 specialisti (esclusi quelli partiti per motivi di studio). La fuga, dopo la pausa legata al Covid, sta di nuovo accelerando. Dal 2022 i medici emigrati stabilmente all'estero «sono nuovamente aumentati, forse anche delusi per non aver visto concretizzarsi la stabilizzazione del loro rapporto di lavoro legato all'emergenza pandemica». Attualmente fuori sarebbero in almeno 38 mila, stima Anelli. A portarli altrove è anche, ma non solo, la prospettiva di stipendi migliori e di contratti a tempo indeterminato. La remunerazione

media degli specialisti in Italia è al terzo ultimo posto di una graduatoria elaborata, sulla base di dati del ministero della Salute, dall'Ocse. Alle colonnine più basse del grafico sono abbinati Portogallo e Grecia. In testa Lussemburgo, con sensibile distacco, Islanda, Olanda, Danimarca, Finlandia, poi Germania e Regno Unito. Il Belgio è nono, al dodicesimo la Svizzera seguita dalla Francia, tra le mete più ambite dai nostri grazie alla vicinanza geografica. Roberto Carlo Rossi, presidente dell'Ordine di Milano, reputa che la corsa verso l'estero sia ri-

presa a ritmi «impressionanti, il 30% in più dei nostri giovani se ne vanno rispetto agli anni precedenti la pandemia».

I Paesi arabi

Poi c'è l'esodo più ristretto dei pensionati. Quel 10% di migranti che si stanno attrezzando, o lo hanno già fatto, per raggiungere i Paesi del Golfo, programmando di restarci per un breve periodo per arrotondare le entrate. Qui gli stipendi sono doppi o tripli rispetto all'Italia. La retribuzione dei medici in Arabia è tra 14 mila e 20 mila euro al mese

Le remunerazioni

Sono già 38 mila quelli all'estero. L'Italia è al terzo ultimo posto per le retribuzioni

la laurea o la specializzazione. Un fenomeno in rapido aumento.

I numeri dell'esodo

Lo ha fotografato andando a spulciare i numeri Antonio Magi, presidente del maggiore ordine dei medici d'Europa, quello di Roma, 145 mila iscritti. «Nei primi tre mesi dell'anno i nostri sportelli hanno rilasciato la documentazione di via a 500 richiedenti. Per il 90% giovani tra i 35 e i 40 anni. Se va avanti così nel 2024 ne perderemo quasi 20 mila a livello nazionale».

Annunisce Filippo Anelli, il presidente della federazione nazionale che riunisce tutti gli ordini provinciali, la Fnomceo, in rappresentanza di oltre 428 mila iscritti agli albi, 102 mila dei quali dirigenti di Asl e aziende ospedaliere: «Spererei che queste previsioni fossero errate. Purtroppo è la realtà. Ormai i giovani medici non protestano più. Se ne vanno e chiudono. Serve un intervento straordinario sulla professione, altro che lavorare sulle liste di attesa. Meglio intervenire sulla

La corsa all'estero

20.000
La stima dei medici che lasceranno l'Italia nel 2024

90% tra i 35-40 anni
10% pensionati (soprattutto verso i Paesi arabi)



38.000
Gli specialisti italiani che lavorano già all'estero



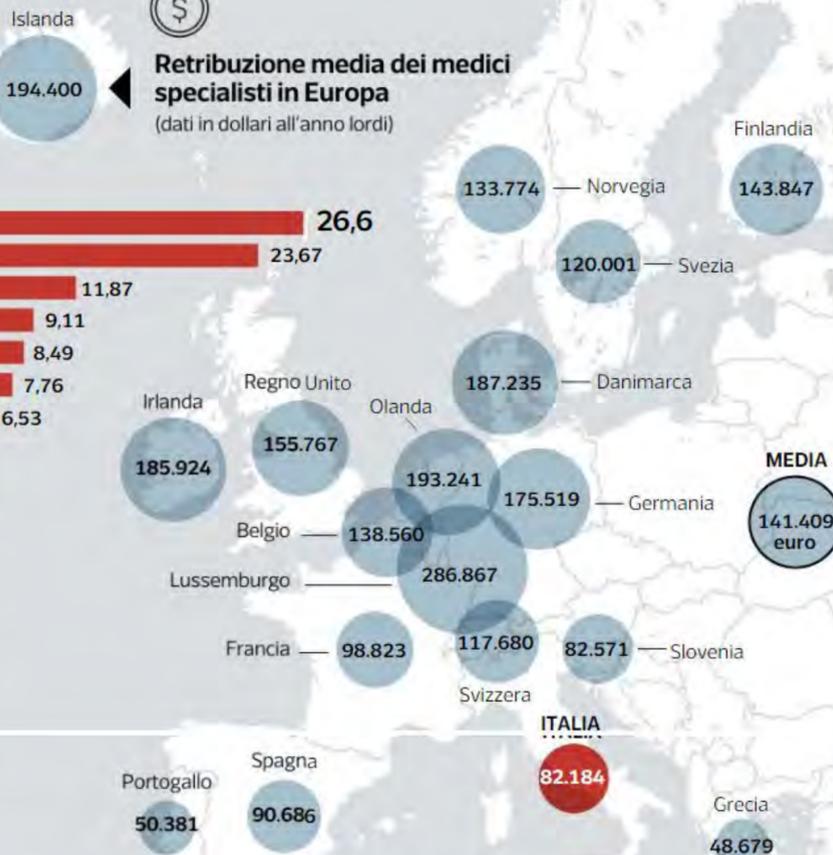
La percentuale dei medici italiani tentati dalla fuga all'estero

Fonte: Fnomceo.

Destinazione dei medici italiani all'estero
(dati in % nel 2024)

Israele	26,6
Stati Uniti	23,67
Germania	11,87
Francia	9,11
Regno Unito	8,49
Svizzera	7,76
Belgio	6,53
Svezia	2,08
Canada	1,89
Irlanda	0,61
Olanda	0,56
Austria	0,46
Finlandia	0,44
Slovenia	0,3
Norvegia	0,25
Nuova Zelanda	0,21
Polonia	0,07
Ungheria	0,07
Cile	0,05
Estonia	0,02
Repubblica Ceca	0,02

Retribuzione media dei medici specialisti in Europa
(dati in dollari all'anno lordi)



Daniele Borsetto, 38 anni

«A Padova non avevo i soldi per la bici. Qui a Cambridge? Puntano su di me»



Chirurgo
Daniele Borsetto, 38 anni

A 38 anni Daniele Borsetto, da Albignasego (Padova), è *consultant* all'ospedale universitario di Cambridge, massimo grado della carriera. Chirurgo esperto in impianti cocleari all'orecchio e interventi alla base cranica. «Non volevo aspettare. Sono stato trascinato dall'ansia di farmi e qui in Inghilterra ho trovato le condizioni ideali. Non rinnego l'Italia, ho ricevuto una preparazione ottima».

Perché la scelta di andare via?

«Se fossi rimasto avrei dovuto armarmi di molta pazienza per raggiungere i miei obiettivi. Smaniavo per crescere e diventare un chirurgo maturo. A pedalare si impara da giovani. Sono orgoglioso di essermi costruito da solo».

Una questione di stipendio?

«Mi sono specializzato a Padova, prendevo una miseria. Non avevo i soldi per comprare la bici. Era già nato il primo dei miei tre figli. Sono partito convinto di tornare. Lo stipendio però non è l'unica molla, all'estero devi fare i conti con il costo della vita».

E allora?

«Cambridge è un posto accogliente, mi sento apprezzato, puntano su di me. Lavorare per tante ore in un ambiente dove raccogli fiducia e considerazione è il massimo. Però dentro sono rimasto il ragazzo di Albignasego».

M.D.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Paola Giammanco, 27 anni

«In Italia ignoravo come fare i prelievi. A Colonia mi hanno responsabilizzato»



Otorino
Paola Giammanco, 27 anni

«Sì sono fuggita. La scuola di specializzazione all'italiana non faceva per me. E allora nel 2020 mi sono trasferita a Colonia, dove avevo trascorso un periodo come studente in Erasmus. Lo stipendio è alto, ti responsabilizzano da subito. Molto pratica. Il sistema tedesco funziona ed è flessibile», si presenta Paola Giammanco 27 anni, otorinolaringoiatra.

Flessibile?

«Se decidi di spostarti in un'altra struttura, il passaggio è semplice. Ho appena ricevuto due offerte di lavoro, in un ospedale privato e in un centro universitario. Le sto valutando».

Lei è nata, cresciuta e ha studiato a Palermo. Non le manca?

«Il taglio è stato doloroso. Prima di lasciare mi sono assicurata che Colonia fosse ben collegata con la Sicilia. Ci sono tre voli diretti al giorno».

Tanti giovani lasciano l'Italia.

«La nostra formazione universitaria è basata sulla teoria. La biblioteca della mia università chiudeva alle 5 e non c'è stato verso di far cambiare orario. All'estero si impara bene e più in fretta. Dopo la laurea non sapevo fare neppure un prelievo di sangue».

Sposata?

«Sì, con un tedesco, medico, che ama la mia famiglia a tal punto da voler prendere il nostro cognome».

M.D.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

oltre ai benefit quali casa, inserimento scolastico per i figli, agevolazioni fiscali, burocrazia snella. Non è un caso che in questi lidi il 90% dei sanitari siano stranieri.

Specialisti cercasi

A Palermo la situazione è particolarmente critica, riferisce il presidente locale Salvatore Amato. Alla migrazione verso l'estero («firmo 10-12 trasferimenti al mese e ogni autorizzazione suona come una sconfitta») si aggiunge la mobilità passiva. Molti laureati si spostano dalla Sicilia diretti verso le scuole di specializzazione del Nord e, una volta conclusa la formazione, ci restano. Lo stesso non avviene in senso contrario. Chi «scende», perché magari non ha trovato di meglio, appena ottiene la borsa in altre università va via e lascia il posto libero. Amato piange: «Aiuto, mancano specialisti».

Margherita De Bac
mdebac@rcs.it
© RIPRODUZIONE RISERVATA



Sul web
Leggi le notizie di cronaca e gli aggiornamenti in tempo reale, guarda i video e le fotogallery sul sito www.corriere.it

L'intervista

di **Luigi Ripamonti**

La fuga dei medici all'estero quanto deve allarmarci? Rimarremo senza nessuno che ci curi?

«Il problema va considerato nel suo insieme — commenta il professor Giuseppe Remuzzi, direttore dell'Istituto Mario Negri di Milano —. In base ai dati più recenti a preoccupare non è la carenza complessiva di medici bensì di specialisti, specie in medicina d'urgenza, microbiologia e patologia clinica. Invece il numero di laureati in Medicina rispetto alla popolazione per 100 mila abitanti ha un va-

«Motiviamo i giovani e investiamo nella ricerca Dove si può crescere i professionisti restano»

Remuzzi: il vero problema riguarda alcune specializzazioni

lore tra i più alti in Europa: 18,7 per 100 mila abitanti, rispetto a 9,9 in Francia e 12 in Germania. E anche l'aumento del numero dei dottori negli ultimi quattro anni non ha eguali come trend negli altri Paesi europei. Nell'ultimo decennio abbiamo una corrispondenza tra numero di neolaureati (circa 136 mila) e posti programmati per accesso a corsi di formazione post laurea (circa 146 mila). Il numero di medici attivi è di quattro ogni mille abitanti, in linea con la media europea. La carenza di specialisti in alcune aree è vera. E si deve alla scarsa attrattività di alcune scuole di specializzazione e alla mobilità estera, appunto. Del resto, se in altri Paesi si guadagna molto di più, è difficile trattenere gli specialisti che ci servono».

È quindi soltanto una questione di remunerazione non adeguata?

«Non solo. Anche e soprattutto una questione di motivazione e di organizzazione. È fondamentale lavorare da subito con gli specializzandi, che sono dottori a tutti gli effetti, e fare in modo che partecipino a concorsi per contratti a tempo determinato con la possibilità che diventino a tempo indeterminato dopo il diploma specialistico: ci sono emendamenti nel Pnrr approvato alla Camera che lo consentono subito. Lavorare insieme agli specializzandi, fra l'altro, comporta un vantaggio formativo anche per i loro tutor, perché l'entusiasmo dei giovani e la loro propensione alle attività digitali li rende

una risorsa preziosa per i colleghi più anziani. Naturalmente va operata un'adeguata suddivisione del numero di borse tra le varie specialità mediche per evitare che continui a esserci un eccesso di specialisti dove non servono e carenze in altri. Altra cosa

fondamentale è far diventare tutti gli ospedale poli di ricerca. La ricerca è un forte fattore di attrazione, anche per medici che arrivano dall'estero. In un reparto con queste caratteristiche di recente per un posto si sono presentati 35 candidati. È un tema culturale, bisogna essere capaci di creare una squadra».

Rimane comunque il problema del reperimento delle risorse necessarie.



I fondi da reperire
Le risorse si trovano se si riducono gli sprechi, come quelli da esami inutili oppure da ricorso a farmaci più costosi di altri senza vantaggi significativi

«Le risorse si trovano se riducono gli sprechi, come quelli da esami inutili oppure da ricorso a farmaci più costosi di altri senza vantaggi significativi. Il problema è che se non si entra davvero nell'ordine di idee che la prosperità di un Paese dipende dal benessere dei suoi cittadini non si riuscirà mai a salvare il Servizio sanitario nazionale, che non è una cosa come un'altra, ma da esso dipende la crescita di tutto il resto. Bisogna passare dal dirlo soltanto al mettere in atto soluzioni concrete. Trovando così i soldi anche per pagare di più medici e infermieri, specie quelli che fanno una vita più difficile, come quelli dei reparti di emergenza-urgenza, altro settore in sofferenza».

Ai vertici
Giuseppe Remuzzi, 75 anni, direttore dell'Istituto di ricerche farmacologiche

Ircs Mario Negri di Milano, docente di Nefrologia in varie università anche estere

Siamo arrivati al tasto dolente del Pronto Soccorso.

«Questo è un problema che si risolve con una riforma profonda della medicina territoriale, che di per sé farebbe diminuire drasticamente gli accessi impropri al Pronto soccorso e quindi garantirebbe una qualità di vita migliore per chi ci lavora, medici e infermieri, con ricadute positive per i pazienti che ne hanno davvero bisogno».

Come è possibile risolvere il nodo della medicina territoriale?

«Bisogna avere il coraggio di chiudere i piccoli ospedali e sostituirli con le case di comunità, o come si vogliono chiamare, e con gli ospedali di prossimità. Delle prime ci sono moltissimi esempi che funzionano benissimo. Posso citarne due, visitate di recente, a Ferrara e a Mantova. A proposito di quest'ultima la direttrice generale mi ha detto "Qui si trova di tutto tranne la rianimazione". Quanto agli ospedali di prossimità possono essere affidati benissimo dagli infermieri che, se formati e motivati adeguatamente, sono perfettamente in grado di gestirli, assistiti da una telemedicina che sia davvero tale e non solo teorica».

Abbiamo lasciato indietro i medici di medicina generale.

«I medici "di famiglia" restano l'ossatura del nostro Servizio sanitario. Bisognerebbe aumentare la durata dei loro corsi di formazione da tre a quattro anni ed equiparare il titolo a quello delle altre scuole di specialità. Inoltre va incrementata la programmazione e la gestione della rete di formazione, che dovrebbe essere universitaria. In ogni caso non si possono risolvere i problemi affrontandoli di volta in volta quando le emergenze arrivano. Ci vogliono pensieri e azioni strategici».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Numero di richieste di trasferimento all'estero (anno 2023)



Domande & risposte

Stipendi migliori e carriere Come bloccare la grande fuga

I sindacati: gli ospedalieri temono aggressioni e azioni legali

1 Perché i giovani medici lasciano l'Italia?

Gli stipendi inferiori alla media europea (gli stranieri guadagnano dai 40 ai 200 mila euro in più all'anno) non sono l'unica ragione. Adeguare alla media europea le remunerazioni sarebbe comunque un passo avanti. Alla base del malcontento, secondo i sindacati, c'è la perdita di considerazione sociale nei confronti della categoria, risultato anche del deterioramento del rapporto con i pazienti.

Il piano lombardo

Dagli Usa a Milano

Il 20 maggio a Washington l'assessore al Welfare della Regione Lombardia Guido Bertolaso, col Presidente Attilio Fontana, incontrerà medici e ricercatori italiani al lavoro in Usa. Scopo: convincerli a tornare in Italia. «Con le direzioni degli Ircs e dei principali ospedali lombardi — dice — ci incontreremo per capire quali prospettive di carriera possiamo offrire».

2 Quali possono essere le altre cause?

Il senso di insicurezza del lavoro svolto nelle strutture pubbliche. Nel 2023 sono state segnalate oltre 16 mila aggressioni contro medici, infermieri e più in generale nei confronti di tutti i lavoratori del mondo sanitario e ospedaliero. Si tratta di aggressioni fisiche, verbali e contro le proprietà degli operatori. Il 70% non sporge denuncia e gestisce le violenze da solo o con l'aiuto dei colleghi.

3 Il fenomeno delle richieste di risarcimento per presunta colpa medica può avere un peso?

Come ricorda l'Anaa, il sindacato degli ospedalieri, ogni anno in Italia vengono intentate 35.600 nuove azioni legali. Circa 350 mila giaccono nei tribunali contro medici e strutture sanitarie pubbliche. Oltre la metà riguarda Lombardia e Lazio, il 95% si risolve con un'assoluzione. Uno dei costi maggiori che il medico deve sostenere è rappre-

sentato dalle polizze assicurative che per ostetricia e ginecologia arrivano fino a 35 mila euro l'anno. Viene chiesta la depenalizzazione dell'atto medico. Anche questo sarebbe un modo per incentivare i professionisti a restare in Italia.

4 E il sistema delle carriere?

È uno dei punti cruciali, come denuncia Piero Di Silverio, segretario Anaa. In Italia fare carriera è un processo lungo e difficile, pochi arrivano (gli apicali sono l'8%). Chi viene assunto a tempo indeterminato in ospedale per i primi 5 anni non può scattare di livello: «Un iter che non lascia spazio alla meritocrazia».

M. D. B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CORRIERE SALUTE

L'editoriale

Dottori che usano i social

di **Luigi Ripamonti**

In una delle pagine che seguono Alberto Giannini sottolinea la presa di posizione della Società Italiana di Anestesia e Rianimazione a proposito dell'utilizzo dei social network da parte dei medici. Un richiamo alla responsabilità che potrebbe quasi sembrare stridente a prima lettura, perché invece d'invocare, come ormai è consuetudine, un maggior ricorso da parte dei dottori ai nuovi mezzi d'informazione per poter dialogare in modo più efficace con i pazienti o a scopo di seria divulgazione scientifica (cosa che molti di loro fanno parecchio bene), ne stigmatizza il possibile abuso, cioè il ricorso ad essi a scopo di raccolta di consenso, con toni talora più o meno palesemente autopromozionali. Detto che la pubblicità sanitaria deve rispondere a precise norme, ci si trova comunque a ragionare su un confine labile, e quasi paradossale, data la delicatezza della materia. Il paradosso nasce dal fatto che da quando esistono questi strumenti di comunicazione ci trova a dover sottolineare di continuo l'inconsistenza dell'assioma «uno vale uno», richiamando la differenza che nasce dalla competenza. Ma se chi ha competenza, o perlomeno dovrebbe averla per titolo, se ne avvale per diffondere per scopi personali, idee, soluzioni e trattamenti

non validati scientificamente il problema diventa notevole. Se una Società scientifica come quella degli anestesisti e rianimatori avverte il bisogno di prendere posizione in questo senso persino per un campo come il loro, altamente specialistico e relativamente poco commerciale rispetto ad altri, significa che l'allarme è suonato da un pezzo e non è stato sentito. Si dia pure per scontato che gli Ordini dei Medici effettuino una opportuna sorveglianza in merito, ma rimane comunque preoccupante, e sconcertante, prendere atto che ci sono casi in cui magari «uno» davvero «non vale uno», ma gioca una partita con un vantaggio competitivo in termini di persuasione di cui non si avvale secondo le regole che rimandano alla classica triade: competenza, scienza e, in questo caso, soprattutto coscienza.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



ILLUSTRAZIONE DI ALBERTO RUGGERI

Riabilitazione psichiatrica Che cos'è e dove si fa

Dopo un ricovero in ospedale in seguito a un disturbo grave, il paziente ha la possibilità di seguire un percorso di recupero in comunità residenziali. Con l'obiettivo di riacquistare autonomia e qualità di vita. Come si accede

di **Chiara Daina**

Una persona che finisce in ospedale per disturbo psichiatrico grave (come ad esempio un primo episodio psicotico con distacco dalla realtà) al termine del ricovero può essere affidata temporaneamente a una struttura residenziale riabilitativa. Ma solo in determinate circostanze.

«La prima domanda che l'equipe del centro di salute mentale deve porsi è se la persona possa recuperare le sue abilità e suoi obiettivi di vita stando al proprio domicilio, con il supporto familiare e dei servizi territoriali. Se que-

sto non è possibile, allora si prende in considerazione il trattamento in comunità residenziale» chiarisce Gian Maria Galeazzi, professore di psichiatria all'università di Modena e Reggio Emilia e direttore del dipartimento di salute mentale dell'Ausl di Reggio Emilia. «Il percorso deve essere orientato alla "recovery" della persona, ovvero al miglior recupero possibile della sua autonomia e qualità di vita, senza che questo preveda per forza il raggiungimento della guarigione clinica dalla patologia. È prioritario, dunque, consentire alla persona di riprendere in mano i progetti e il suo

futuro, di tornare ad avere relazioni affettive, di integrarsi nella comunità e di avere diritto a una casa. Anche chi soffre di un disturbo mentale deve poter scegliere dove e con chi vivere e non essere segregato in ambienti iperprotettivi che lo rendono passivo», sottolinea lo psichiatra Roberto Mezzina, vicepresidente della Federazione mondiale per la salute mentale e dell'International mental health collaborating network e da qualche mese consulente del servizio sanitario del Regno Unito per la riforma della salute mentale.

continua alla pagina seguente

Dossier

Sicilia

Nella terapia coinvolti parenti e amici

Il dipartimento di salute mentale di Caltagirone e Palagonia (Catania) ha quasi azzerato i ricoveri nelle strutture residenziali. «Dal 2015 abbiamo adottato un metodo che aiuta il nucleo familiare a costruire un senso alla crisi e a trovare le risorse interiori per affrontarlo», dice il direttore, Raffaele Barone. Il primo approccio è il *dialogo aperto*. «In caso di psicosi, autolesionismo, dipendenze, si organizza un ciclo di incontri con la persona, la famiglia ed eventuali amici per fare emergere

preoccupazioni, emozioni e pensieri, e valorizzare aspetti positivi e capacità utili a gestire la relazione con la persona in crisi». Il secondo strumento sono i *gruppi di psicoanalisi multifamiliare* finalizzati a evidenziare l'interdipendenza tra patologia ed episodi traumatici del passato. Infine, la *comunità terapeutica democratica*: incontri settimanali a scopo risocializzante per chi ha gravi disturbi di personalità.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il percorso di recupero si può snodare lungo tre tipi di strutture, in base ai bisogni del malato

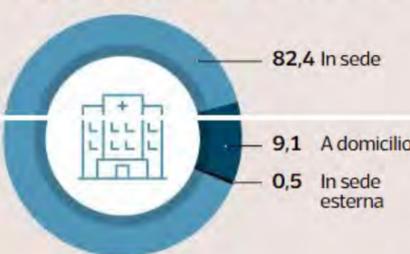
I numeri della salute mentale in Italia



Le strutture



Dove si effettuano le attività (in %)



La tipologia (in %)



di Chiara Daina

SEGUE DALLA PAGINA PRECEDENTE

Le strutture psichiatriche si distinguono in tre categorie. Le prime, ad alta intensità riabilitativa, descrive Galeazzi, «servono a stabilizzare le condizioni psicopatologiche attraverso terapia farmacologica, colloqui con lo psichiatra, psicoterapia e gruppi psicoeducativi per imparare ad affrontare le ricadute, ad assumere correttamente i farmaci, a mangiare sano, a non usare droghe».

La durata, indica un Accordo Stato-Regioni-enti locali del 2013, non deve superare i 3 mesi nella fase post critica e i 18 mesi nelle cronicità.

Primo livello

«Il trattamento intensivo è indicato quando persistono sintomi rilevanti, quali allucinazioni, deliri e comportamenti inadeguati, quando il paziente non riesce a prendersi cura

Alle autorità sanitarie viene raccomandato un potenziamento delle soluzioni abitative assistite

di sé, cioè non si alza dal letto, non si veste, lava, né si fa da mangiare, smette di lavorare, non ha più un tetto dove stare o una rete di parenti e amici a cui appoggiarsi e nel territorio in cui vive i servizi di assistenza sociosanitaria e di volontariato sono insufficienti rispetto ai suoi bisogni» spiega Galeazzi.

Secondo livello

La seconda tipologia residenziale è quella estensiva (per massimo di tre anni). «È rivolta a chi continua ad avere difficoltà ad autogestirsi e nei rapporti sociali. L'utente è coinvolto in attività di risocializzazione e laboratori terapeutici di arte, scrittura, teatro, sport, musica, ortocultura e altri — continua Galeazzi —. Per facilitare l'inserimento lavorativo la struttura è tenuta a proporre borse di lavoro o tirocini formativi fuori o in sede. Appena possibile è

Disturbi psichiatrici gravi

Che cosa c'è dopo l'ospedale

importante favorire il passaggio della persona verso piccoli nuclei di convivenza, come gruppi appartamento e cohousing, con la presenza di infermieri, educatori e operatori sociosanitari, per 24 ore, 12 ore o 6 ore oppure su richiesta, dove la persona possa avere privacy, decidere quando mangiare e ricevere visite e possa prepararsi a una vita indipendente».

Terzo livello

Le forme di «abitare assistito» costituiscono il terzo livello riabilitativo e in oltre la metà delle regioni si sta sperimentando attraverso il «budget di salute», l'insieme delle risorse economiche e professionali messe dall'individuo (e dalla famiglia), dall'azienda sanitaria, dai servizi sociali del Comune e dal terzo settore, per sviluppare un piano terapeutico personalizzato (che determina la durata del soggiorno) sottoscritto dal paziente.

«Uno strumento che supera il sistema delle rette e del pacchetto di servizi standardizzati predefiniti e risponde ai bisogni individuali dell'utente, che verrà coinvolto nelle scelte che lo riguardano, aumentando fiducia in sé e senso di autoefficacia. Vuol dire, anche, che potrà essere aiutato al reintegro nel mercato "normale" del lavoro» evidenzia Mezzina.

La durata media nazionale di permanenza nelle residenze psichiatriche nel 2022 era di 1.086 giorni (3 anni), in netto aumento rispetto al 2015 (756). Con valori molto diversi tra le regioni: da 140 giorni in Molise a 2646 in Toscana.

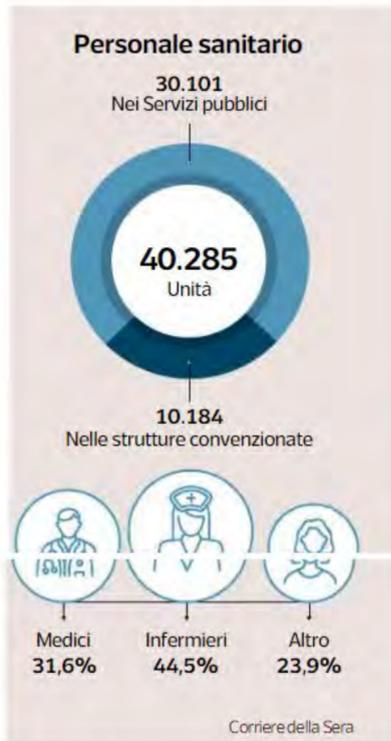
«Questa forte variabilità suggerisce l'uso differente che le Regioni fanno di queste strutture e le molteplici declinazioni che hanno assunto in

Asl Napoli 2 Comunità «diffusa» Partecipano anche le parrocchie

L'Asl Napoli 2 dal 2019 ha chiuso 11 residenze di riabilitazione psichiatrica di livello intensivo ed estensivo. «Al momento ne abbiamo mantenute 3 e abbiamo deciso di aprirle al territorio: gli ospiti sviluppano il loro progetto terapeutico partecipando ad attività non dentro alla comunità residenziale ma fuori, grazie alla costruzione di una rete di enti pubblici e privati, parrocchie incluse, che offrono laboratori e posti di lavoro» spiega Carmen Cimmino, responsabile della

residenzialità e dei centri diurni dell'Asl. «C'è chi, dopo aver seguito un corso di biblioterapia, si occupa dell'accoglienza in biblioteca, chi è impegnato nella redazione di un giornale, in falegnameria, in attività di teatro. La media di permanenza nelle comunità intensive è di 14 mesi, in quelle estensive di 8. Quando si fa un inserimento, bisogna subito programmare l'uscita dalla residenza con gli obiettivi da raggiungere».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



funzione dell'autonomia organizzativa regionale. In Emilia Romagna, ad esempio, il livello intensivo è di massimo 60 giorni. Quanto più è lunga la permanenza tanto più è alto il rischio di una regressione della malattia e dipendenza dell'utente dalla struttura» dice Fabrizio Starace, presidente della Società italiana di epidemiologia psichiatrica.

Le criticità

Starace ha coordinato un Rapporto sulla residenzialità psichiatrica - prodotto da un gruppo di lavoro nato in seno al Consiglio superiore di sanità (di cui fa parte lo stesso Mezzina) e pubblicato dall'Istituto superiore di sanità nel 2023 - che solleva le principali criticità legate alle strutture riabilitative: permanenze eccessive, basso tasso di occupazione lavorativa degli utenti, isolamento sociale e scarsità di attività mirate all'autonomia. Nel rapporto si raccomanda alle autorità sanitarie di puntare alla pro-

La durata media di permanenza nelle residenze psichiatriche nel 2022 è stata di 1.086 giorni (3 anni)

gressiva emancipazione delle persone con problemi di salute mentale attraverso un potenziamento delle soluzioni abitative assistite, in contesti scelti dalla persona, con disponibilità, quando necessario, di un sostegno per pulizie, pasti, spesa e coinvolgimento attivo sul territorio.

«L'obiettivo non è solo assistere, ma abilitare la persona al reintegro in comunità» rimarca Mezzina. Questo modello, suggerisce il documento, dovrebbe gradualmente sostituire le residenze «estensive» (da limitare a target specifici: disturbi alimentari, dipendenze in comorbidità con disturbi psichiatrici gravi, disturbi della personalità).

«L'accesso alla casa è un diritto fondamentale anche per le persone con disabilità, che va assicurato in sinergia con i servizi sociali e il terzo settore», ricorda Mezzina.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Da Torino a Caserta

Pazienti ospiti di famiglie «formate» in nove città

Trascorrere un periodo di tempo all'interno di una famiglia diversa da quella di origine per recuperare il proprio benessere: l'inserimento eterofamiliare supportato di adulti (Iesa), così si chiama, è una forma di ospitalità a scopo terapeutico e riabilitativo per pazienti psichiatrici, alternativa al ricovero in comunità residenziale. Nel 2023 è stata inserita nella lista delle buone pratiche Unesco per la salvaguardia del patrimonio immateriale dell'umanità.

In Italia l'inserimento eterofamiliare è stato introdotto nell'Asl Torino 3 nel 1997. «Da allora abbiamo abilitato circa 500 famiglie. In questo momento 80 sono quelle disposte ad accogliere, di cui 50 già impegnate» dice Gianfranco Aluffi, direttore scientifico

del servizio dell'Asl Torino 3, centro esperto della regione Piemonte. «Il metodo Iesa oggi è stato adottato dall'Asl Torino 4 e da altre 9 aziende sanitarie: di Oristano, Caserta, Modena, Bologna, Firenze, Barletta, Treviso, Bergamo e Monza» aggiunge Aluffi. Le famiglie ospitanti vengono selezionate (i requisiti fondamentali sono avere una stanza in più e un po' di tempo libero) e formate su come gestire gli aspetti critici. «Gli ospiti firmano un contratto e versano alla famiglia una quota di mille euro circa al mese.

Si firma un contratto e la persona in cura può restare da chi l'accoglie part time o a tempo pieno

L'ospitalità può essere part-time, nel fine settimana o qualche ora al giorno, oppure a tempo pieno» spiega il direttore. Con benefici straordinari: «Dopo un anno la persona riduce di quasi il 20% l'uso di ansiolitici; il numero medio di ricoveri si dimezza, da 2,5 a 1,3, e la durata scende da 120 giorni a 22. Si assiste a un buon recupero delle funzioni sociali e personali, tanto che molti di loro poi vanno a vivere da soli, c'è chi si diploma e chi riesce a prendere la patente per il camion. L'inserimento eterofamiliare, inoltre, contrasta i pregiudizi sulla malattia mentale e al Servizio sanitario costa un terzo rispetto all'inserimento in struttura. Se la persona non ha soldi, paga l'Asl o il Comune» conclude Aluffi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'obiettivo non è solo assistere, ma abilitare la persona al reintegro nella comunità e nel normale mercato del lavoro



Dopo un anno ridotti di quasi il 20% gli ansiolitici. Il numero medio di ricoveri sceso da 2,5 a 1,3. La durata da 120 giorni a 22.

Friuli Venezia Giulia

Mini alloggi a schiera con giardino e assistenza

In tutto il Friuli Venezia Giulia non esistono comunità residenziali psichiatriche. Un'eredità del modello Basaglia. «Le persone in crisi acuta vengono accolte nei centri di salute mentale, aperti h24, 7 giorni su 7, ad accesso diretto e dotati di

6-8 posti letto. Il tempo medio di permanenza è di 10-14 giorni — spiega Roberto Mezzina, ex direttore del Dipartimento di salute mentale triestino, che ha fatto parte dell'equipe di Basaglia —. Per evitare l'istituzionalizzazione, i gruppi appartamento sono massimo di cinque persone. Un'esperienza innovativa sono i "cluster housing", mini alloggi a schiera con giardino rivolti a coppie e a chi vuole abitare da solo, con assistenza a domicilio flessibile, calibrata sui bisogni di ciascuno. La persona è titolare del proprio contratto e di un budget di salute». Pietro Pellegrini, direttore del Dipartimento di salute mentale dell'Ausl di Parma, è al lavoro per riconvertire le residenze in «servizi di comunità e prossimità» con disponibilità di alloggi privati: «Si tratta di punti di riferimento attivi nelle 24 ore per organizzare insieme alla persona e alla famiglia gli interventi di assistenza domiciliare più adatti, a casa propria, in altri alloggi indipendenti o in cohousing, attivando tutti gli strumenti di

welfare e abbandonando il modello alberghiero. Già oggi — sottolinea — il 97% dei nostri utenti vive in una casa. Tutti, volendo, possono essere gestiti al domicilio. Se la persona viene resa protagonista della sua vita, con dei diritti e dei doveri, fa ciò che gli piace, ha delle prospettive, delle buone relazioni e un reddito autonomo, migliora i sintomi e riduce i comportamenti disfunzionali. La convivenza diventa difficile quando la persona resta su una poltrona a non fare niente. Le pillole da sole non curano la malattia mentale». Nel distretto Valli Taro e Ceno a ottobre è nato il primo «servizio di comunità e prossimità» nel centro del paese di Fornovo, in cogestione con il consorzio di cooperative Fantasia: c'è un hub di assistenza e vicino un immobile trasformato in bar e mensa, aperti al pubblico con adiacenti 4 alloggi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Idee e opinioni

Crad Friuli Venezia Giulia

«Diabete a ruota libera»: aperte le iscrizioni

Sono aperte le iscrizioni per partecipare a «Diabete a ruota libera 2024», tre giorni di pedalata non agonistica ideata ed organizzata da Crad (Coordinamento Regionale Associazioni Diabetiche; informazioni: cradfv.gi.it) Friuli Venezia Giulia Odv, in collaborazione con i professionisti della Rete diabetologica regionale e con il patrocinio della Regione. Dal 10 al 12 maggio, la pedalata amatoriale toccherà 9 località tra Udine (con Sappada), Pordenone, Gorizia e Trieste per sensibilizzare sul tema. Iscrizioni: forms.gle/wYPuWwVwVnVHqnf6.

Federfarma e Mete Onlus

Farmacie «sentinelle» contro i casi di violenza

Fornire consapevolezza e aiuto nel contrasto alla violenza di genere; attuare percorsi formativi e di sensibilizzazione; approfondire aspetti sociali e normativi di fenomeni quali il sexting e il revenge porn. È l'obiettivo del progetto «Interveniamo nella cura della società», ideato da Mete onlus (Multiculturalism, Earth, Territory, Education) con il patrocinio di Federfarma. Con la loro larga diffusione sul territorio, le farmacie possono fare da «sentinelle» e raccogliere le segnalazioni di casi di violenza di genere o, di revenge porn.

Aumenta il numero delle donne colpite, e sempre più spesso in giovane età

LA SFIDA (URGENTE) DELLA LOTTA AI TUMORI FEMMINILI

di Federico Caligaris Cappio*



In Italia nel solo 2023 sono state calcolate oltre 187 mila nuove diagnosi nel genere femminile, 1.300 mila in più rispetto all'anno precedente (Fonte: Aiom, Airtum, I numeri del cancro in Italia 2023).

Negli ultimi 40 anni, Airc (Associazione Nazionale Ricerca sul Cancro) ha contribuito a molti importanti risultati per migliorare la diagnosi precoce e la terapia del cancro nelle donne grazie a iniziative come l'Azalea della Ricerca. Tra questi l'introduzione di un nuovo farmaco, la trabectedina, per la cura del cancro ovarico avanzato e l'utilizzo della biopsia liquida per individuare la recidiva del cancro del colon e (insieme con la Tac spirale) il tumore del polmone nei fumatori in anticipo rispetto ai soli esami radiologici.

Tuttavia, la ricerca sul cancro si trova a fronteggiare un problema emergente: l'incremento e l'aggressività dei tumori solidi nei giovani.

Secondo le ultime stime, 11 mila casi all'anno di tumore al seno sono diagnosticati in donne con meno di 50 anni.

L'aumento riguarda anche le nuove diagnosi di tumori della tiroide e di melanomi.

Anche nei tumori dell'intestino dal 1990 al 2019, i casi sono più che raddoppiati nella fascia più giovane, passando da 95.737 a 226.782 casi, di cui oltre 89 mila nelle donne.

Perché questi tumori sono particolarmente aggressivi?

Oggi gli screening oncologici per tumore mammario e tumore colorettoleale sono raccomandati in Italia solo dai 50 anni in su.

I giovani pensano erroneamente che la diagnosi precoce con gli screening non li riguarda. Il tumore purtroppo in questi casi è clinicamente aggressivo e la risposta al trattamento è modesta perché la malattia viene diagnosticata quando ormai è in fase avanzata, e dunque particolarmente difficile da trattare.

Anche il tumore dell'ovaio rappresenta una sfida aperta per la ricerca perché colpisce circa 6 mila donne in Italia ogni anno, il 3 per cento circa di tutte le diagnosi di cancro.

Un recente risultato, molto incoraggiante, del gruppo di studio coordinato da Maurizio D'Incalci - responsabile del laboratorio di Farmacologia Antitumorale, Irccs Istituto Clinico Humanitas - dimo-



Non si tratta soltanto di seno e ovaio, l'incremento riguarda anche le nuove diagnosi di neoplasie della tiroide e di melanomi

stra che con l'analisi dell'instabilità genomica si potrebbero identificare, nei tamponi utilizzati per il Pap test, alterazioni molecolari specifiche del tumore ovarico anni in anticipo rispetto ai primi sintomi. Se i risultati saranno confermati, l'esame non invasivo potrà essere implementato su larga scala, con screening di popolazione per la diagnosi precoce del tumore dell'ovaio.

La ricerca è l'unica arma per accelerare la cura del cancro. Ecco perché è importante continuare a sostenere i ricercatori impegnati a rendere i tumori che colpiscono le donne sempre più curabili. Insieme possiamo dare nuova forza alla ricerca.

* Direttore Scientifico Fondazione AIRC

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il documento della Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva

L'USO PERICOLOSO DEI SOCIAL DA PARTE DEI MEDICI

di Alberto Giannini*



Social media e, più in generale, l'aumento vertiginoso avvenuto in questi anni del numero dei canali di comunicazione hanno offerto una tribuna e un pubblico pressoché a tutti. Chiunque oggi può affacciarsi sul mondo e intervenire esprimendo opinioni o fornendo informazioni di qualsivoglia genere. Un primo e fondamentale problema è però la correttezza e l'affidabilità dei contenuti di questa comunicazione. Ciò riguarda anche il mondo della salute. L'offerta



Vengono talora adottati toni seduttivi e linguaggio parziale e iperbolico, tipici della comunicazione pubblicitaria, per attrarre «clienti»

di informazioni, infatti, si è moltiplicata a dismisura, ma qualità e verificabilità delle stesse e delle loro fonti sono un problema rilevante. In alcune circostanze social e Internet hanno generato un far West dell'informazione sanitaria in grado di produrre danni alle persone. Per tale motivo, constatata anche la pubblicizzazione di pratiche (come, ad esempio, l'impiego di particolari farmaci nell'ambito dell'anestesia e della terapia del dolore) non sottoposte a verifica e validazione da parte della comunità scientifica, la Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva (Siaart) di recente è intervenuta a riguardo con uno specifico documento. Questo testo richiama i principi cardine che regolano la divulgazione medica anche attraverso i social. Tra essi ci sono riferimenti di carattere non solo normativo ma anche deontologico ed etico, che vanno a definire il perimetro di una corretta metodologia della divulgazione scientifica e delle responsabilità che ne derivano. In particolare, è da sottolineare che i principi etici che guidano la divulgazione non si discostano da quelli più generali che governano tutti gli aspetti della professione medica. L'agire del medico, infatti, deve essere volto al bene della persona malata, non deve arrecare intenzionalmente danno, deve favorire scelte personali con-

sapevoli e autonome, garantendo un'equa allocazione delle risorse disponibili. La piena adesione a tali principi presuppone lo studio, l'aggiornamento e una grande prudenza nel discutere o promuovere nuovi trattamenti o scoperte in contesti pubblici non professionali. Il documento della Siaart ricorda, tra le altre cose, come il Codice italiano di Deontologia Medica dia centralità al tema del consenso informato, prescrive di non sottrarre la persona malata a trattamenti scientificamente fondati e di comprovata efficacia, e vincoli i medici a diffondere solo pratiche validate dalla comunità scientifica. Nei social la divulgazione medica assume spesso le caratteristiche del mondo pubblicitario e utilizza dunque un linguaggio seduttivo, parziale e iperbolico, così da attrarre «clienti» e generare profitto. Tuttavia la medicina e la cura dell'altro, proprio per il rispetto dovuto alle persone, esigono invece una comunicazione competente, veritiera e trasparente.

*Direttore UO Anestesia e Rianimazione Pediatrica Spedali Civili, Brescia

© RIPRODUZIONE RISERVATA