



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Due italiani nei 100 di Time

Giovanna Caprara

Adriana Bazzi

Due italiani sono stati inseriti nella lista delle cento persone più influenti del pianeta compilata dalla rivista americana «Time». Sono la scienziata delle onde gravitazionali Marica Branchesi, ricercatrice dell'Istituto nazionale di fisica nucleare, e il chirurgo Giuliano Testa, che lavora a Dallas, in Texas. L'iniziativa di «Time» è nata nel 1999

e da allora, ogni anno, la rivista segnala i personaggi che lasciano un segno nei rispettivi campi di attività. Tutti sono convocati martedì prossimo al Lincoln Center di New York per ricevere il riconoscimento. Quest'anno ci sono, tra gli altri, Elon Musk, il fondatore di Tesla e Space X, e Jeff Bezos, numero uno di Amazon. Tra i politici figurano il

presidente americano Donald Trump, il nordcoreano Kim Jong-un, il cinese Xi Jinping e il francese Emmanuel Macron. Poi il sindaco londinese di origini musulmane Sadiq Khan, noto anche per le sue polemiche con Trump, e la coppia dell'anno: il principe Harry e la futura sposa Meghan Markle.

© RIFUGIATIONS RESEARCH

Marica Branchesi

L'astrofisica che rileva le onde gravitazionali «Non ci credevo»

Sempre più alto. Marica Branchesi, la scienziata delle onde gravitazionali, è la prima ricercatrice italiana ad entrare nella lista di *Time*. «Quando una settimana fa ho ricevuto la mail della selezione la sorpresa è stata enorme — racconta —. Mai avrei immaginato di entrare in una classifica del genere. Ma l'ho considerato un altro premio alla scienza italiana». Infatti nel dicembre scorso la rivista scientifica britannica *Nature* aveva inserito Marica nella prestigiosa top ten dei ricercatori più influenti dell'anno, un riconoscimento al suo lavoro di coordinatrice di tutti gli scienziati impegnati nelle indagini sulle onde gravitazionali nel mondo.

Marica, 41 anni, è nata a Urbino. Trascinata dalla passione delle stelle ha studiato radioastronomia all'università di Bologna e poi è volata al Caltech, il politecnico della California, alla conquista di un futuro più brillante. Ma quando nel 2013 ha vinto un milione di euro per un progetto di ricerca Frib bandito dal nostro ministero della Ricerca ha deciso di rientrare, spiccando poi dall'Italia il salto sul podio mondiale. «Le sei onde gravitazionali generate dalla fusione di buchi neri, e l'ultima, nell'agosto scorso, dalla fusione di due stelle a neutroni, hanno rivoluzionato molti aspetti dell'astrofisica e della fisica fondamentale — spiega l'astrofisica —. La ragione è che, con l'ultimo caso, abbiamo studiato il fenomeno non solo con le antenne Virgo (a Pisa) e Ligo (negli Usa), ma anche con altri osservatori terrestri registrando insieme le onde elettromagnetiche nel cosmo. Così è nata la nuova astronomia multimessaggera».

Dal Gran Sasso Science Institute dell'Istituto Nazionale di Fisica Nucleare oggi Branchesi

coordina migliaia di scienziati impegnati intorno al mondo con differenti strumenti in scoperte altrimenti impossibili. «Dai primi eventi nel 2015 sono cambiate molte cose — aggiunge —. Ora segnaliamo a tutti e non solo agli astronomi ciò che sta succedendo. Persino gli astrofili con i loro piccoli telescopi possono cogliere dei segnali». Qualcosa è però mutato anche nella vita di Marica. «Ora mi impegno pure a comunicare emozioni e valori delle scoperte partecipando a festival o incontri nelle scuole. Il poco tempo che mi rimane lo dedico ai miei due bambini e al mio caro marito, ricercatore sulla mia stessa frontiera».

Giuliano Testa

Il chirurgo e la donna che ha partorito con l'utero trapiantato

Giuliano Testa è stato intercettato dai radar della rivista americana *Time* che l'ha inserito nella lista delle cento persone più influenti al mondo per il 2018. Il motivo? È stato a capo del team che ha realizzato il primo trapianto di utero negli Stati Uniti riuscendo a offrire alla donna trapiantata la possibilità di dare alla luce un figlio.

Testa lavora attualmente al Baylor University Medical Center di Dallas, ma si è laureato all'ateneo di Padova. Poi ha deciso di emigrare negli Stati Uniti, prima a Chicago, poi in Texas. Lo conosce Giovanni Battista Nardelli, attualmente direttore della Clinica ostetrico-ginecologica dell'Università di Padova: «Entrambi, dopo la laurea, siamo andati negli Stati Uniti, io a San Antonio, lui a Chicago, poi a Dallas. Io sono rientrato. Lui è rimasto». Ed è lì che Testa ha ottenuto il suo grande successo, testimoniato da una delle sue pazienti su *Time*, che ha voluto rimanere anonima.

Ecco le parole della donna: «Da teenager ho saputo che non potevo avere figli perché affetta dalla sindrome di Mayer-Rokitnasky-Kuster-Hauser: un nome complicato che sta a indicare il fatto che sono nata senza utero». La paziente, nel 2016, ha incontrato Giuliano Testa, esperto di trapianti di rene e fegato che a Dallas stava mettendo a punto

uno studio per verificare la possibilità di trapiantare l'utero. La ricerca prevedeva il coinvolgimento di dieci pazienti: la testimone anonima di *Time* era una di queste.

Dice ancora la donna: «Sono stata trapiantata nel 2016 e nel novembre 2017 ho dato alla luce un bel bambino. Il dottor Testa mi ha dato forza e rassicurazioni. È stato un punto di riferimento per me».

Il trapianto americano di utero non è stato il primo: gli svedesi dell'Università di Göteborg avevano già percorso questa strada, con alcuni risultati positivi.

Il riconoscimento arrivato a Giuliano Testa rappresenta un orgoglio per l'Italia, ma anche un rammarico: Testa fa parte della ormai lunghissima schiera di persone che lasciano il nostro Paese per trovare all'estero spazi per lavorare. Ma, in un'ottica globale, testimonia che la possibilità di sostituire organi, non solo quelli più classici come il rene o il fegato o il cuore, può davvero offrire nuove opportunità di cura per i pazienti.

Scheda/1

● La scoperta delle onde gravitazionali, previste un secolo prima da Einstein, è stata annunciata l'11 febbraio 2016

● Si tratta di oscillazioni dello spazio-tempo originate da eventi che producono grandissime quantità di energia

● I tre autori della scoperta (Weiss, Barish e Kip) hanno avuto il premio Nobel per la fisica nel 2017

Scheda/2

● Giuliano Testa era a capo della squadra che ha eseguito un trapianto di utero al quale è seguito il primo parto da ricevente mai avvenuto negli Stati Uniti

● Il primo bambino nato da una donna che aveva ricevuto un trapianto di utero venne alla luce in Svezia nel 2014 grazie all'équipe di Mats Brännström dell'Università di Göteborg

Non riesce a guarire dal cancro al polmone il 59% della popolazione, record negativo anche per la mammella

Tumori, in Campania si muore di più

Indietro per le risposte lente del comparto: screening e prevenzione all'anno zero

di **Ilaria Ragozzino**

NAPOLI - Campania maglia nera per mortalità causata dal cancro. Nel resto d'Italia, dove il sistema sanitario dà risposte più soddisfacenti, il tasso si abbassa e di molto. E' quanto emerge dai dati del rapporto Osservasalute 2017. Lo Stivale è diviso in due, con il Sud che arranca rispetto alle risposte efficienti del Settentrione. La sopravvivenza è fortemente influenzata da due fattori: prevenzione secondaria e terapia. La diagnosi precoce per le malattie oncologiche è in grado di aumentare le probabilità di essere curati in modo efficace e, conseguentemente, ridurre la mortalità. Ed è proprio su questo punto che la Campania, e il Sud in generale, fanno fatica. Gli interventi

dovrebbero realizzarsi tramite programmi di screening organizzato, ma su questo punto, e sui tempi dell'assistenza siamo ancora molto indietro. In Campania l'incidenza della mortalità per tumore del polmone è del 59%, la più alta d'Italia. Non va meglio per il tumore della cervice uterina con una mortalità dell'1,7%, seconda solo al Friuli Vene-

zia Giulia che raggiunge quota 1,9%. Altro record negativo per il cancro alla mammella, con il 21,6% di mortalità (la media italiana è del 17%). Dati negativi anche per le malattie cardiovascolari. Nel 2016, i tassi più elevati di ospedalizzazione per le malattie ischemiche del cuore si registrano in Campania, sia per gli uomini che per le donne (1.094,4 e 380,9 per 100mila, rispettivamente). A livello regionale, i tassi più elevati di mortalità per le malattie ischemiche del cuore si riscontrano in Molise per gli uomini (15,89 per 10mila) ed in Campania per le donne (9,41 per 10mila). Per gli uomini si registrano tassi di mortalità per le malattie ischemiche del cuore particolarmente elevati in Campania (15,68 per 10mila) ed in Abruzzo (14,01 per 10mila). In generale Campania, Abruzzo e Molise sono le regioni che presentano i maggiori tassi di mortalità per malattie ischemiche del cuore, sia per gli uomini che per le donne. La Campania presenta dati molto negativi anche per le malattie metaboliche (diabete, obesità, e patologie legate alla tiroide). In generale le regioni meridionali hanno una prevalenza più alta di diabete (Calabria 7,7% e Campania 6,9%) rispetto a quelle settentrionali (a Bolzano 2,7% e

Liguria 3,1%). I tassi di mortalità per il diabete mellito in Italia, sono più alti negli uomini (3,13 per 10mila) rispetto alle donne (2,38 per 10mila). Quelli più elevati si evidenziano in Campania, sia per il genere maschile (5,04 per 10mila) che per quello femminile (4,68 per 10mila). Il rapporto cerca di stimare anche la prevalenza delle persone affette da diabete per titolo di studio, e per questo valore la Campania presenta i dati peggiori. In Italia, nel 2016, le persone di 25 anni ed oltre che dichiarano di essere affette da diabete sono pari al 6,8%

(3 milioni 148 mila persone). Le persone affette da tale patologia sono, soprattutto, le persone con livello di istruzione più basso: a livello territoriale, lo svantaggio maggiore si riscontra soprattutto nel Meridione e nel Centro, dove le distanze tra chi possiede titoli di studio più alti e titoli di studio più bassi sono particolarmente elevate, e anche in questo caso tra le regioni peggiori spicca la Campania. Inoltre è la Regione dove la speranza di vita alla nascita è più bassa (78,9 anni per gli uomini e 83,3 anni per le donne). Il valore nazionale è di 80,6 anni per gli uomini e di 85 per le donne. Un bilancio davvero sconcertante che getta nello sconforto un sistema sanitario che non riesce a rispondere ai problemi dei pazienti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Lo Stivale è diviso
in due per la capacità
di garantire la salute
ai propri cittadini**

**Il Meridione
è molto indietro
rispetto alle eccellenze
del Nord Italia**

OSSERVASALUTE 2017

Emergenza Sud, si vive quattro anni di meno

■ ■ Emergenza sanità al Sud. Se è vero che in Italia si muore meno per tumori e malattie croniche, ciò vale solo nelle regioni dove la prevenzione funziona, ovvero principalmente al Nord. Nel Mezzogiorno, invece, il tasso di mortalità per queste malattie è maggiore di una percentuale che va dal 5 al 28 per cento. Ed è la Campania la regione con i dati peggiori.

È questa l'istantanea dell'Italia della salute: un paese «a due velocità» e con un profondo divario tra Nord e Sud. A dirlo sono i dati del Rapporto Osservasalute 2017, pubblicato dall'Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane che ha sede all'Università Cattolica di Roma, frutto del lavoro di 197 ricercatori distribuiti su tutto il territorio. Il divario Nord-Sud è «dive-

nuto ormai insopportabile e contrario alla nostra stessa Costituzione, a tutela della salute di tutti i cittadini», ha affermato il direttore dell'Osservatorio e presidente dell'Istituto superiore di Sanità, Walter Ricciardi, che per questo lancia un appello al futuro governo perché si pensi ad «una sorta di Piano Marshall per il Sud».

L'aspettativa di vita nel Paese, ha sottolineato, «è diseguale e nel Mezzogiorno si vive in media fino a 4 anni in meno». Ed i dati sono chiari: in Campania, ad esempio, si registra un più 28 per cento di mortalità per tumori e malattie croniche rispetto alla media nazionale del 2,3 per cento, in Sicilia la mortalità è del più 10 per cento, in Sardegna è del più 7 per cento ed in Calabria è del più 4,7 per cento.

Nel sud Italia, inoltre, una persona su 5 dichiara di non aver soldi per pagarsi le cure, quattro volte la percentuale delle regioni settentrionali.

Il Rapporto lancia anche un allarme relativo agli anziani non autosufficienti: in soli 10 anni supereranno i 6 milioni. «Ci troveremo di fronte a seri problemi per garantire un'adeguata assistenza agli anziani - avverte il direttore scientifico dell'Osservatorio, Alessandro Solipaca - perché la rete degli aiuti familiari si va assottigliando a causa della bassissima natalità e per la precarietà di tutele per i familiari che accudiscono».

Il rapporto porta i sindacati dei medici e degli infermieri a veri allarmi. «Chiediamo di cambiare i criteri di ripartizione del Fondo in modo da non perseve-

rare nella penalizzazione delle Regioni del Sud», chiede Filippo Anelli, presidente della Federazione degli ordini medici (Fnomceo). «La carenza di infermieri mette a rischio l'organizzazione dei servizi territoriali e agli anziani», sottolinea Barbara Mangiacavalli, presidente Federazione ordini infermieri (Fnoipi). Il rapporto «conferma che la nostra spesa sanitaria resta tra le più basse in Europa, mentre il sistema pubblico arretra e i cittadini sono costretti a pagare di più o a rinunciare alle cure», denuncia Rossana Dettori, segretaria confederale Cgil. **ni. va.**

Mortalità e assistenza Campania maglia nera

I dati su cure e prevenzione
Ricciardi (Iss): da rivedere
il riparto dei finanziamenti

Ettore Mautone

Per la Campania la diagnosi è sempre la stessa: l'efficienza della Sanità e lo stato di salute dei suoi cittadini restano critici. Lo dice la XV edizione del Rapporto Osservasalute (2017). La Campania resta ultima tra le Regioni per speranza di vita alla nascita (da 2 a 4 anni in meno) ma è prima per consu-

mo di antidepressivi e antibiotici. In vetta anche per incidenza di obesità e diabete, soprattutto tra i giovani. Mentre nei parametri dove sembrerebbe virtuosa (la più bassa spesa sanitaria pubblica procapite) paga peggio con bassi Lea (Livelli di assistenza). Dice Walter Ricciardi, presidente dell'Istituto: «Da riformare il riparto dei fondi».

>A pag. 8

I primati delle regioni

Dati contenuti nel 15° Rapporto Osservasalute 2017



Al Sud più facile ammalarsi E per le aspettative di vita Campania sempre ultima

Ettore Mautone

Per la Campania la diagnosi è sempre la stessa: l'efficienza della Sanità e lo stato di salute dei suoi cittadini restano critici. In un Sud altrettanto malmesso. I mali? Sono noti: ingranaggi inceppati sul fronte della prevenzione, strade in salita per la diagnosi corretta e precoce, tempi eccessivi per ricevere cure, difficoltà di accesso alle migliori terapie.

E poi il contorno di diffuse incapacità gestionali e amministrative a cui si è aggiunta, con i tagli di 10 anni di commissariamenti, la carenza di uomini (medici e infermieri) e mezzi. La radiografia è della XV edizione del Rapporto Osservasalute (2017). Si tratta di un'approfondita analisi dello stato di salute della popolazione e della qualità dell'assistenza nelle Regioni. L'organismo di studio ha sede a Roma, presso l'Università Cattolica, ed è coordinato da Walter Ricciardi, presidente dell'Istituto superiore di Sanità, direttore dell'Osservatorio e ordinario di Igiene alla Cattolica, e da Alessandro Solipaca, direttore scientifico dell'Osservatorio.

Il Rapporto (603 pagine) è frutto del lavoro di 197 ricercatori distribuiti su tutto il territorio italiano, che operano presso Università e istituzioni pubbliche nazionali, regionali e aziendali. La Campania, dunque, resta ultima tra le Regioni per speranza di vita alla nascita (lascia per strada da 2 a 4 anni) ma è prima per consumo di antidepressivi e antibiotici. In vetta anche per incidenza di obesità e diabete, soprattutto tra i giovani. Mentre nei parametri dove sembrerebbe virtuosa (la più bassa spesa sanitaria pubblica procapite e la più bassa densità di medici e odontoiatri)

rispetto alla popolazione assistita) paga peggio con bassi Lea (Livelli di assistenza). La velenosa ciliegina sulla torta è il disagio socioeconomico, anch'esso concentrato al Sud. Una povertà relativa che impedisce alle famiglie di mettere mano al portafoglio per acquistare prestazioni sanitarie private (in ambulatorio, Case di cura o farmacie). Laddove invece tali spese extra, rispetto alla copertura del Servizio sanitario, risultano in crescita al Nord dove assorbono una quota consistente del fabbisogno di Salute. Dai dati dello studio, insomma, scaturisce

un vero e proprio allarme per il Meridione. Quil'attenzione, negli ultimi anni, al solo rientro dagli eccessi di spesa e alla copertura dei disavanzi di Asl e ospedali non è stata accompagnata da un'analoga attenzione al superamento delle disuguaglianze in termini di Salute garantita ai cittadini. Anche perché se le risorse pubbliche coprono circa il 95% della spesa ospedaliera solo il 60% della spesa ambulatoriale e di lungo termine (Long term care) è garantita dalle casse dello Stato e delle Regioni. La spesa privata invece, assorbe circa 35 miliardi (il 23% della torta totale) e solo in piccola parte è mediata dai fondi assicurativi e accreditamenti e per gran parte a carico delle tasche delle famiglie.

Nel decennio 2005-2015 si è così osservato un netto incremento della spesa privata (+23,2%, da 477,3 euro pro capite a 588,1), soprattutto nelle Regioni del Nord.

Queste risultano dunque favorite su tutti i fronti: da alti livelli di spesa pubblica pro-capite (attinta dal fondo sanitario nazionale), da buoni livelli di erogazione dei Lea, da quote basse di persone che rinunciano alle cure cui si aggiunge, anche, un'elevata spesa privata procapite. Su quest'ultimo parametro la spesa più alta è in Lombardia (608 euro), Emilia-Romagna (581 euro) e Friuli che vantano anche strutture sanitarie pubbliche con standard più elevati. In coda invece Calabria (274 euro), Campania (263) e Sicilia (245). E se nel Meridione poche famiglie mettono mano al portafoglio per curarsi la quota che dichiara di non aver soldi per pagare le cure è la più elevata. Una persona su cinque, quattro volte quella del Settentrione. Più poveri, meno spesa privata, meno cure, più mortalità. Alla più bassa entità del finanziamento pubblico procapite registrato in Campania, Sicilia e Calabria, corrispondono

tassi di mortalità (standardizzati a parità di cause ed età) più elevati. Dati da cui discende che la mortalità prevenibile (ed evitabile) attraverso adeguati interventi di Sanità pubblica, è molto più elevata al Sud. Un quadro delle performance in Sanità che volge al sereno al Centro-Nord mentre dipinge quadri tinte fosche nel Meridione. La Campania contende con Calabria e Sicilia il profilo peggiore: qui un'ampia fetta di popolazione non ha opportunità di cure.

La prevenzione è il nervo scoperto: dove funziona - sottolinea il rapporto - la salute è più al sicuro, con meno morti per tumori e a causa di malattie croniche. Anche perché gli italiani cominciano timidamente a occuparsi della propria salute, tendono a fare più sport ma scontentano ancora problemi, soprattutto

I giovani
Obesità
e diabete
mali diffusi
e non curati
livelli
assistenza
molti bassi

La sanità

Nuovo Ruggi, accordo firmato stanziati 327 milioni di euro

Intesa Regione-azienda universitaria. Scatta la fase della progettazione

Sabino Russo

Primo passo formale per la progettazione del nuovo Ruggi. Firmato il protocollo d'intesa tra Regione, azienda ospedaliera, Asl Università per velocizzare le procedure e coordinare tutte le informazioni per l'avvio della gara di progettazione dell'ospedale, oltre alla valutazione di tutte le ipotesi di nuova destinazione delle strutture dell'attuale plesso di via San Leonardo.

Si procede dunque spediti, come chiesto anche dallo stesso De Luca durante la visita di lunedì scorso in occasione della presentazione del centro ictus h24, nel corso della quale il governatore ha ribadito che è in via di definizione il gruppo di progettazione, che dovrà essere di respiro architettonico internazionale. L'obiettivo dichiarato è di chiudere la progettazione per fine anno, in modo da poter partire, in tempi relativamente veloci, alla gara.

Per giungere all'obiettivo si è lavorato su diversi capitoli finanziari, che hanno consentito di recuperare 327 milioni di euro previsti nell'ambito del Patto per la Campania. Stando al vecchio progetto, la realizzazione

Il luogo
Opzionati
i terreni
ex Finmatica
la struttura
modellata
su 716
posti letto

del nuovo presidio era prevista dove ora è allocato il Ruggi, ma col Comune si è concordato un piccolo spostamento, a causa di problemi di superficie e di compatibilità con le attività in corso dell'ospedale, facendo cadere la scelta sull'area dove stava nascendo Finmatica. Il nuovo ospedale, come sottolineato più volte dallo stesso manager del Ruggi Longo, dovrà rispondere ai nuovi criteri con cui oggi si programmano i nosocomi, con percorsi ben definiti, il concentramento di tutti i reparti dedicati all'emergenza/urgenza in un'unica piastra, oltre ad avere alti livelli di tecnologia e di informatizzazione. Nel protocollo firmato ieri,

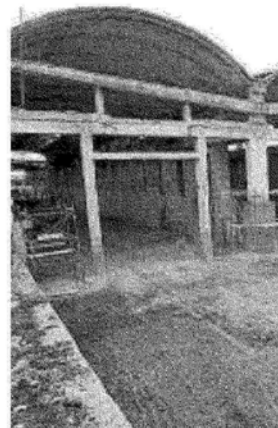
poi, oltre alle informazioni per la nuova progettazione, è prevista anche una valutazione di tutte le ipotesi di nuova destinazione delle strutture dell'attuale plesso di via San Leonardo, parte delle quali, come indicato dallo stesso governatore, dovrebbero essere destinate ad attività di ricerca.

L'azienda ospedaliera universitaria, nel nuovo piano ospedaliero, vede assegnati 716 posti letto, che sono tutti per acuti. Questo perché quelli per la riabilitazione verranno concentrati tutti al Da Procida, che diventa punto di eccellenza nell'ambito pubblico di alto livello, perché oltre all'unità spinale sono presenti posti letto di neuro-riabilitazione e per la riabilitazione intensiva (cardiologica, neurologica, ortopedica e polmonare). Questo permetterà a tutti gli altri plessi di svolgere la loro attività nell'ambito della rete dell'emergenza-urgenza. Il Ruggi funge da hub nella rete ictus, hub di secondo livello nella rete cardiologica, nonché centrale operativa Cts (Centro traumi di alta specializzazione) in quella traumatologica, spoke II nella rete emergenze pediatriche e per la terapia del dolore, hub rete per le emergenze digestive. Viene programmata una dotazione di nuove discipline a corredo del Dea di secondo livello: chirurgia plastica, reumatologia, nonché unità spinale (cod. 28) e neuro-riabilitazione (cod. 75).

Il Da Procida, infine, riveste un ruolo rilevante in area riabilitazione (cod. 56), anche con l'assegnazione di nuovi posti letto di lungodegenza. Il piano prevede la rimodulazione complessiva dei posti letto con una Area funzionale omogenea medica (medicina, cardiologia, pneumologia) per 22 posti letto, 56 posti letto codice 56 di riabilitazione intensiva in costanza di ricovero e 32 posti di lungodegenza codice 60.

Terreni

Un particolare dei suoli ex Finmatica bloccati per la scoperta di reperti archeologici; l'area sarà assegnata al nuovo Ruggi



Poca prevenzione e scarse cure al Sud si muore più che al Nord

►Rapporto Osservasalute: nel Meridione cresce la mortalità per cancro e diabete

►La situazione più grave è in Campania Terapie troppo costose per uno su cinque

**A NAPOLI SI VIVE
CIRCA 6 ANNI MENO
CHE IN EUROPA
IN CRESCITA
IL CONSUMO DI ALCOL
E SIGARETTE**

**RICCIARDI, ISTITUTO
DI SANITÀ: «DOVE
LA RETE DI PROTEZIONE
FUNZIONA BENE
CALANO ANCHE
I DECESSI PER TUMORE»**

L'INDAGINE

ROMA Mettiamo che due bambini nascano lo stesso giorno e lo stesso anno. Tutti e due sani, uno a Torino e uno a Napoli. Chi mai avrà il coraggio di avvertire il piccolo napoletano che, quasi certamente, morirà cinque o sei anni prima del torinese? Nessuno. A sue spese, però, lo scoprirà.

Si renderà conto, leggendo numeri e statistiche, che in Italia continua a scendere la mortalità per tumore e malattie croniche ma, solo al Nord. Da Roma in giù, infatti, dove la prevenzione non è una realtà ben consolidata e dove i protocolli di cura non sono sempre applicati, si vive di meno, a parità di patologia. Stessa malattia, stessa gravità, stessa età: a Napoli, di fatto, si muore mediamente prima che a Torino. Questo il dato allarmante che emerge dal Rapporto Osservasalute: al Sud, il tasso di mortalità per cancro e malattie croniche è più alto della media di una percentuale che varia dal 5 al 28%.

IL CUORE

L'analisi e il confronto sono stati compiuti su una popolazione che va dai 30 ai 69 anni. Persone con cartelle cliniche che riportavano tumori, diabete e problemi cardiovascolari. La situazione più preoccupante è in Campania. «Dove - commenta il direttore scientifico dell'Osservatorio nazionale sulla salute delle regioni italiane Alessandro Solipaca - si registra un più 28% di mortalità per alcune malattie rispetto alla media na-

zionale. In Sicilia registriamo un più 10%, in Sardegna più 7%, in Calabria più 4,7%». Un'eccezione è la Puglia, regione nella media nazionale. «Dove la prevenzione funziona - aggiunge Solipaca - il benessere degli italiani è più tutelato. In tutto il Paese i tassi di mortalità sono diminuiti del venti per cento in dodici anni mentre al Sud la situazione è rimasta pressoché ferma».

Si incrociano e non regalano un quadro rassicurante le statistiche sull'aspettativa di vita, il numero delle guarigioni e lo stato di salute nella tarda età. Il risultato non è confortante. Uomini e donne vivo sempre un po' di più, è vero (siamo i più longevi in Europa, sfioriamo la seconda posizione dopo il Giappone nel mondo) ma cresce il numero dei pazienti, anche giovani, che non riescono ad essere curati nel modo giusto e peggiorano le condizioni sociali e di salute dei nonni. «Oggi nascere nel nostro Meridione - conferma Walter Ricciardi presidente dell'Istituto superiore di sanità - significa venire al mondo in una delle parti del continente europeo più derelitte. Un esempio: una donna del Sud, con un'aspettativa di vita di 84 anni, vive gli ultimi sedici in cattiva salute rispetto ad una del Nord Europa che, vivendo in media 83 anni, ha malattie gravi per un quinquennio. Il Sud si allontana sempre di più. È come se stessimo ad analizzare due Paesi diversi. Con indicatori di salute simili a Serbia o Tunisia». Al 2017, da noi, la speranza di vita alla nascita è pari

a 80,6 anni per lui e 84,9 per lei. Numeri diversi in Campania: 78,9 per gli uomini e 83,3 per le donne.

IL PORTAFOGLIO

Se si mette sotto la lente la questione Nord-Sud si scopre che, oltre alla mancanza di cure e alla non organizzazione della rete preventiva, c'è anche il problema economico ad aggravare la situazione. Nel meridione una persona su cinque dichiara di non avere soldi per pagarsi le terapie. Quattro volte la percentuale osservata nelle regioni settentrionali. Il Rapporto sottolinea che l'esborso da parte del privato cittadino per la salute, negli ultimi anni, è aumentata mediamente dell'8,3%. Ma, ovviamente, in maniera disuguale.

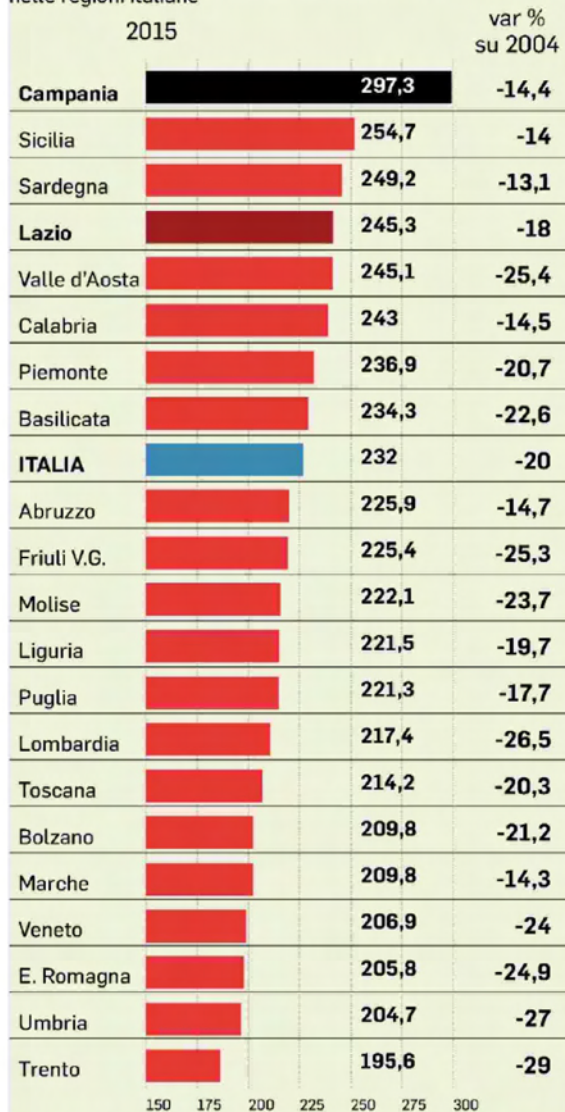
Tra tanti disastri, nel Rapporto, uno spicchio di luce: aumenta il numero di coloro che si dedicano ad un'attività sportiva. A Torino come a Napoli. Ma non scende la quota delle persone obese (10% della popolazione, in particolare al Sud). La curva dei consumatori di alcol e fumo va di nuovo verso l'alto. Il vantaggio degli ultimi anni sembra essere naufragato tra un bicchiere di superalcolici e una sigaretta.

Carla Massi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le differenze

Morti precoci (30-69 anni) ogni 10.000 persone nelle regioni italiane



Fonte: Rapporto Osservasalute 2017

ANSA - centimetri

RAPPORTO MEDICAL DEVICE

Diagnostica, ancora troppe le macchine obsolete

L'Italia è tra i Paesi con più apparecchi diagnostici d'Europa, e purtroppo anche liste d'attesa lunghissime. Pur avendo un numero più che adeguato di mammografi ci vogliono, per esempio, in media 122 giorni per effettuare una mammografia (dagli 89 ai 142 giorni a seconda delle diverse zone della Penisola).

A fotografare questa situazione, che pare paradossale considerando l'elevato numero di strumenti diagnostici a disposizione del Sistema sanitario nazionale (Ssn), è l'autorevole report dell'Osservatorio Eurispes-Enpam pubblicato qualche mese fa che sottolinea come la presenza di apparecchiature tecnico-biomediche risulti in aumento nel settore pubblico, anche se la loro disponibilità è fortemente variabile a livello regionale. «Comprare nuove macchine», osserva **Alberto Baldazzi**, coordinatore del Rapporto Eurispes Enpam 2017, «è una decisione semplice perché costa meno rispetto alla ristrutturazione e alla riorganizzazione delle soluzioni già esistenti. Peraltro, non è detto che il loro acquisto sia la scelta più efficace ed adeguata alla situazione contingente, anche se risulta molto utile nelle campagne di comunicazione, ad esempio in quelle elettorali».

Esistono, per esempio, circa 106,2 mammografi ogni milione di abitanti con valori che superano i 150 in due Regioni (Valle d'Aosta, Umbria). La regione che registra il rapporto minore tra apparecchiature tecnico-biomediche e abitanti è la Campania, mentre si riscontrano percentuali più elevate in regioni più piccole come il Molise e la Valle d'Aosta. Insomma: la dotazione tecnologica della sanità italiana è al top dal punto di vista quantitativo e i cittadini della Penisola, al pari di quelli tedeschi, possono contare su un sistema che non ha «risparmiato» quando si è trattato di investire. L'Italia ha 33,1 Tac per milione di abitanti: il doppio della Francia (14,5) e il quadruplo del Regno Unito (7,89). Analoga situazione si verifica anche osservando il numero di macchinari per Rmn (ri-

sonanza magnetica) e Pet (tomografia a emissione di positroni).

Eppure questa situazione, ritenuta da alcuni paradossale, rischia di nascondere la gravità della situazione, quando osservata nel suo complesso. «Molti strumenti sono obsoleti, non vengono revisionati o sono stati collocati in strutture non aperte e vengono usati in modo non ottimale», continua Baldazzi. Più del 50% delle apparecchiature di diagnostica per immagini e di elettro medicina sono troppo vecchie: nello specifico, destano preoccupazione l'82% dei mammografi convenzionali con più di dieci anni di vita (il 95% hanno più anni di quanto sia ritenuto adeguato), così come il 69% di apparecchiature mobili convenzionali per le radiografie e il 79% dei sistemi radiografici fissi convenzionali. Questi sono alcuni dei dati che emergono dai rapporti sullo stato di obsolescenza del parco installato di diagnostica per immagini e da quello sull'elettromedicina in Italia, entrambi curati dal Centro studi di Assobiomedica. Gli svantaggi di un parco apparecchiature troppo vecchio si riversano sul paziente ma anche sul Servizio sanitario, che deve far fronte a costi di manutenzione elevati con eventuali ritardi e sospensioni nell'utilizzo dei macchinari, che

generano tempi di attesa più lunghi e carichi di utilizzo mal gestiti, oltre a costi.

Come uscire allora da questo circolo vizioso? «Serve una riorganizzazione della diagnostica», spiega Baldazzi, «che preveda strutture territoriali con personale adeguatamente formato per sfruttare al meglio le potenzialità offerte dalle nuove tecnologie per un migliore servizio, sia ai pazienti che al Ssn». Una soluzione – suggerita da Assobiomedica – potrebbe essere quella di introdurre un sistema di rimborsabilità differenziata sul modello francese, arrivando così ad una graduale sostituzione delle apparecchiature più vecchie e a una progressiva introduzione di quelle tecnologicamente più innovative. (riproduzione riservata)

Maddalena Guiotto

19/4/2018

Ogni anno, in Italia, diagnosticati circa 1400 nuovi casi di tumori maligni negli individui di età compresa tra 0 e 14 anni.

PANORAMA DELLA SANITÀ

Panorama della Sanità

Ogni anno, in Italia, diagnosticati circa 1400 nuovi casi di tumori maligni negli individui di età compresa tra 0 e 14 anni.

panoramasanita.it/2018/04/19/ogni-anno-in-italia-diagnosticati-circa-1400-nuovi-casi-di-tumori-maligni-negli-individui-di-eta-compresa-tra-0-e-14-anni/



0
0
0
0
0

Pubblicate le Linee guida nazionali per la gestione della salute orale nei pazienti in età evolutiva da trattare con terapia chemio o radio. Il documento aggiorna le Linee guida pubblicate dal Ministero nel 2010. La collaborazione dell'odontoiatra e dell'igienista dentale con il gruppo oncologico è indispensabile per contribuire alla prevenzione, alla diagnosi precoce e al trattamento delle manifestazioni orali.

Ogni anno, in Italia, vengono diagnosticati circa 1400 nuovi casi di tumori maligni negli individui di età compresa tra 0 e 14 anni. "Il trattamento delle patologie neoplastiche in età pediatrica, nonostante sia divenuto altamente efficace, rimane, purtroppo, associato a vari effetti secondari, quali, ad esempio" spiega il ministero della Salute, "le complicanze orali che possono manifestarsi durante e dopo il trattamento antineoplastico, riducendo in maniera considerevole la qualità di vita dei piccoli pazienti. La collaborazione dell'odontoiatra e dell'igienista dentale con il gruppo oncologico è, quindi, indispensabile per contribuire alla prevenzione, alla diagnosi precoce e al trattamento delle manifestazioni orali. Nell'ambito delle iniziative intraprese dal "Gruppo tecnico sull'odontoiatria" (D.M. 14 aprile 2015 e successive integrazioni), è stato nominato uno specifico Gruppo di lavoro multidisciplinare, al fine di procedere alla revisione del documento "Linee Guida Nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali negli individui in età evolutiva che devono essere sottoposti a terapia chemio e/o radio", edite dal Ministero della salute nel giugno 2010. Il lavoro di revisione" prosegue il ministero "si è reso necessario a seguito della pubblicazione di lavori scientifici internazionali che hanno portato alla riformulazione di nuove raccomandazioni, che vanno a sostituire e/o integrare le precedenti in tema di promozione della salute orale e di prevenzione delle patologie orali nei pazienti oncologici di età compresa tra 0 e 18 anni. Lo scopo di queste Linee guida è quello di fornire raccomandazioni e indicazioni evidence-based per la gestione delle problematiche che coinvolgono il cavo orale dei pazienti in età evolutiva, candidati a trattamenti antineoplastici, in corso di trattamento o che lo hanno terminato. Il documento prodotto è stato sottoposto al vaglio del Consiglio Superiore di Sanità, che ha espresso parere favorevole in merito ai contenuti tecnici e alla qualità metodologica utilizzata per la stesura dello stesso".

PANORAMA DELLA SANITÀ

Panorama della Sanità

L'Istat conferma il divario di sopravvivenza per livello di istruzione

panoramasanita.it/2018/04/18/listat-conferma-il-divario-di-sopravvivenza-per-livello-di-istruzione/



0
0
0
0
0

L'aspettativa di vita media alla nascita varia da 82,3 anni per gli uomini con livello di istruzione alto a 79,2 anni per i meno istruiti (+3,1 anni). Tra le donne da 86,0 a 84,5 anni (+1,5 anni). Il gradiente delle disuguaglianze nella speranza di vita per titolo di studio è presente in tutte le regioni ma si evidenziano interessanti differenze. Marche e Umbria hanno i differenziali tra alto e basso livello di istruzione più contenuti rispetto alle altre regioni sia per gli uomini (1,9 e 2,1 anni) che per le donne (0,7 e 0,5 anni).

Sono questi alcuni dati diffusi oggi dall'Istat che presenta per la prima volta le tavole di mortalità regionali per genere e livello di istruzione. "I risultati si riferiscono" spiega l'Istituto "alla popolazione residente al Censimento 2011 e agli eventi osservati nel triennio successivo 2012-2014. I risultati qui presentati sono stati ottenuti anche grazie alle attività svolte nell'ambito del protocollo di ricerca triennale Istat-Inmp. Lo studio adotta un approccio di tipo longitudinale, ovvero segue nel tempo lo stato in vita o l'eventuale uscita per trasferimento all'estero della popolazione residente in Italia e censita nel 2011. I dati che si presentano fanno riferimento a questa coorte censuaria e si riferiscono al triennio 2012-2014". "Tra i risultati più importanti" evidenzia l'Istat "si conferma il divario di sopravvivenza per livello di istruzione. L'aspettativa di vita media alla nascita varia da 82,3 anni per gli uomini con livello di istruzione alto a 79,2 anni per i meno istruiti (+3,1 anni). Tra le donne da 86,0 a 84,5 anni (+1,5 anni). La forbice si amplia notevolmente quando si prendono in considerazione anche i dati regionali (+6,1 anni negli uomini e +4 anni nelle donne); la maggiore sopravvivenza si osserva a Bolzano mentre è la Campania ad essere la regione più svantaggiata con la più bassa speranza di vita, pari a 77,5 e 82,9 anni per uomini e donne meno istruiti. Il gradiente delle disuguaglianze nella speranza di vita per titolo di studio è presente in tutte le regioni ma si evidenziano interessanti differenze. Marche e Umbria hanno i differenziali tra alto e basso livello di istruzione più contenuti rispetto alle altre regioni sia per gli uomini (1,9 e 2,1 anni) che per le donne (0,7 e 0,5 anni). In queste regioni si osservano anche le più alte speranze di vita per i livelli di istruzione bassi. Anche la Calabria ha differenziali bassi tra gli uomini (2,6 anni), ma ciò è dovuto al fatto che la speranza di vita è più bassa della media nazionale sia tra quanti hanno un livello di istruzione alto sia tra i meno istruiti. Tra le regioni con i gradienti più elevati per gli uomini si osservano il Molise, la Valle d'Aosta, Campania, Lazio, Friuli-Venezia Giulia e Sardegna (valori tra 3,9 e 3,5 anni). La

19/4/2018

L'Istat conferma il divario di sopravvivenza per livello di istruzione

Campania si caratterizza per una forte diseguaglianza nella mortalità per titolo di studio e al contempo per i valori più bassi d'Italia nelle speranze di vita per tutti i livelli di istruzione. Questo risultato si conferma anche per le donne campane".

19/4/2018

Mobilità sanitaria: ancora un rinvio per le tabelle da inserire nel riparto 2018 e per i nuovi criteri di compensazione. Rinvio anche per ...

quotidianos**sanità**.it

Giovedì 19 APRILE 2018

Mobilità sanitaria: ancora un rinvio per le tabelle da inserire nel riparto 2018 e per i nuovi criteri di compensazione. Rinvio anche per la scelta delle Regioni benchmark

Il punto è stato rimandato alla prossima riunione utile della Conferenza dei presidenti dopo che anche oggi è stato chiesto il rinvio della proposta per la compensazione interregionale della "mobilità" in materia di tassa automobilistica che già la volta scorsa ([il 21 marzo](#)) aveva fatto slittare l'intesa. Rinviata anche la scelta delle Regioni benchmark.

Ancora un rinvio per l'approvazione delle matrici di mobilità, utili per il riparto delle risorse per il Servizio sanitario nazionale 2018 e per la proposta di accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria del triennio 2014-2016, aggiornato al 2017.

Il punto è stato rimandato alla prossima riunione utile della Conferenza dei presidenti dopo che anche oggi è stato chiesto il rinvio della proposta per la compensazione interregionale della "mobilità" in materia di tassa automobilistica che già la volta scorsa ([il 21 marzo](#)) aveva fatto slittare l'intesa. La prossima riunione, assicurano i governatori, sarà quella giusta però per raggiungere un accordo anche su questo aspetto vincolante.

L'accordo, lo ricordiamo, era stato accantonato su richiesta dell'allora assessore al Bilancio della Lombardia Garavaglia - oggi sentaore - che, pur condividendo da un punto di vista tecnico le tabelle relative alle matrici di mobilità in sintonia con tutta la Commissione Salute, ha chiesto di sospendere la loro approvazione fino alla risoluzione della questione della compensazione interregionale della mobilità in materia di tassa automobilistica.

I circa 4,6 miliardi di mobilità - nel totale tra entrate e uscite - in ballo dovranno quindi ancora attendere, così come, in loro assenza, la composizione completa delle tabelle del riparto del fondo sanitario nazionale 2018 la cui parte legata alle somme per il finanziamento dei Lea è [già stata concordata](#) dalle Regioni.

Rinviata anche la scelta delle cinque Regioni benchmark tra cui poi scegliere le tre di riferimento per il riparto del Fondo sanitario.

La richiesta di rinvio questa volta è stata della Toscana che utilizzando come parametro di riferimento i dati 2014 sarebbe entrata nella rosa delle cinque Regioni, mentre, utilizzando quelli 2015 come richiesto dal Veneto in quanto la delibera del Consiglio dei Ministri 11 dicembre 2012 per la graduatoria delle Regioni benchmark dà come riferimento l'ultimo anno per il quale sia stato completato il procedimento di verifica, il 2015 appunto, sarebbe stata del tutto esclusa.

Le Regioni tra cui scegliere quindi, senza la Toscana, sarebbero Umbria, Marche, Veneto, Lombardia, Emilia-Romagna, con l'Umbria, prima in classifica, sicuramente compresa nel trio finale.

19/4/2018

Pensionamenti e poche assunzioni, i numeri della carenza dei medici di famiglia Regione per Regione

Pensionamenti e poche assunzioni, i numeri della carenza dei medici di famiglia Regione per Regione

 sanitainformazione.it/speciali/medici-di-medicina-generale/numeri-carenza-medici-famiglia/

April 19, 2018



Studi medici vuoti. O meglio, pieni di pazienti ma senza medico. È quello che rischia la sanità italiana se non si interviene sul grave fenomeno della carenza dei medici di famiglia, un pericolo che nei prossimi anni potrebbe diventare realtà a causa dei numerosi pensionamenti in programma.

L'allarme è stato lanciato a più riprese dal segretario della Fimmg **Silvestro Scotti**, un grido a cui per il momento le istituzioni restano sorde. Un "**no alla sanità senza medici**" è stato ribadito anche dalla Federazione degli Ordini dei Medici e Odontoiatri guidata da **Filippo Anelli** che ha lanciato la campagna social '**centenari**' per sensibilizzare l'opinione pubblica sul tema.

I dati, del resto, parlano chiaro e fotografano una situazione sul fronte dei medici di famiglia davvero allarmante: nei prossimi cinque anni **smetteranno di lavorare 14.908 medici di famiglia** e secondo i calcoli della Fimmg, **14 milioni di italiani potrebbero rimanere senza medico di base**. Un trend destinato anche a peggiorare: al 2028 verranno a mancare **33.392 medici di famiglia**. L'anno 'nero', che registrerà il picco delle uscite, sarà per i medici di famiglia il 2022: solo in quell'anno ne **andranno in pensione 3.902**. Sicilia, Lombardia, Campania e Lazio le regioni che registreranno, sia nel breve sia nel lungo periodo, le maggiori sofferenze.

LEGGI ANCHE: CARENZA MEDICI, ANAAO: «35MILA SPECIALISTI VIA NEI PROSSIMI CINQUE ANNI». BIASCI (FIMP): «PEDIATRI A RISCHIO, SERVONO RISORSE E STRUTTURE»

Il problema maggiore è che alle uscite non corrispondono adeguate entrate di forze giovani: è il famoso '**collo di bottiglia**' che al momento nessuno sembra in grado di evitare, nonostante il pressing dei sindacati per aumentare i posti delle scuole di formazione di medicina generale.

essere 'rimpiazzati', al 2028, saranno non più di 11mila medici, mantenendo un saldo in negativo a quella data di oltre 22mila unità. Il prezzo di tale situazione lo pagheranno innanzitutto i cittadini.

DATI REGIONE PER REGIONE

Saranno soprattutto **Lombardia, Lazio, Campania e Sicilia** le regioni in cui sarà più pesante l'effetto dei pensionamenti da qui a cinque anni nella categoria dei medici di famiglia, con il 2022 che sarà 'l'anno nero' per numero di medici che lasceranno il servizio. Nel 2022, infatti, in Campania andranno in pensione, e dunque verranno a mancare, 1619 medici, nel Lazio 1313, in Lombardia 1802 e in Sicilia 1396. Sempre in queste stesse regioni si registrerà anche il maggior numero di pensionamenti da qui al 2025 per i medici ospedalieri del Servizio sanitario nazionale. Ecco la situazione regione per regione.

LEGGI ANCHE: ROVEGNO, IL PAESE SENZA MEDICO. IL SINDACO ISOLA: «NON SIAMO CITTADINI DI SERIE B, VOGLIAMO UN DOTTORE CHE VIVA IN CITTÀ»

2018 – 2022

In questi cinque anni ecco i pensionamenti dei medici di famiglia nelle varie regioni: Abruzzo 469, Basilicata 228, Calabria 580, Campania 1619, Emilia Romagna 1123, Friuli Venezia Giulia 280, **Lazio 1313**, Liguria 343, **Lombardia 1802**, Marche 453, Molise 141, Piemonte 748, Puglia 1140, Sardegna 522, **Sicilia 1396**, Toscana 1085, Trentino Alto Adige 193, Umbria 308, Valle d'Aosta 30, Veneto 1135. Per un totale nazionale di **14908**.

2018 – 2028

Il totale dei pensionamenti dei medici di famiglia nei prossimi dieci anni vede la cifra record di **33392**. Questo il dettaglio delle regioni: Abruzzo 977, Basilicata 533, Calabria 1579, **Campania 3670**, Emilia Romagna 2217, Friuli Venezia Giulia 650, **Lazio 3049**, Liguria 818, **Lombardia 4167**, Marche 921, Molise 311, Piemonte 1997, Puglia 2593, Sardegna 1207, **Sicilia 3250**, Toscana 2069, Trentino Alto Adige 396, Umbria 578, Valle D'Aosta 69, Veneto 2341.

ANNO DI PICCO 2022

Nell'anno di picco 2022 i medici famiglia che andranno in pensione saranno **3902**. Questo il dettaglio: Abruzzo 116, Basilicata 57, Calabria 160, **Campania 425**, Emilia Romagna 281, Friuli Venezia Giulia 81, Lazio 334, Liguria 87, **Lombardia 448**, Marche 137, Molise 43, Piemonte 219, Puglia 307, Sardegna 136, Sicilia 379, Toscana 271, Trentino Alto Adige 47, Umbria 88, Valle d'Aosta 7, Veneto 279.

SEGUICI ANCHE SU FACEBOOK <— CLICCA QUI

Allarme anziani non autosufficienti Tra 10 anni saranno oltre sei milioni

Lo studio di Osservasalute: si vive più a lungo, ma in condizioni peggiori
Cresce il divario sulla mortalità: in Campania l'aspettativa di vita più bassa

EMERGENZA AL SUD
Gli over 65
e il male
di vivere

FLAVIA AMABILE

Si invecchia di più ma si invecchia peggio. In questa Italia dove la vita dei giovani è tutta in salita, anche quella degli anziani non è affatto semplice. Vivono in uno dei Paesi più longevi al mondo, dove l'aspettativa di vita è di nuovo in aumento dopo il calo di due anni fa ma sono in crescita anche i problemi e le difficoltà di chi ha più di 65 anni, in particolare di chi abita al Sud.

La vita nel Meridione è un'emergenza continua. A Napoli si vive sei anni in meno che a Stoccolma e, se è vero che oggi in Italia si muore meno per tumori e malattie croniche, è anche vero che questo vale solo per le regioni dove la prevenzione funziona, principalmente al Nord. Nel Mezzogiorno, invece, il tasso di mortalità per queste malattie è maggiore di una percentuale che va dal 5 al 28 per cento e la Campania è la regione con i dati peggiori.

I problemi sono numerosi non solo per chi soffre di patologie gravi. Il 30,3 per cento degli ultrasessantacinquenni non è in grado di vivere da solo. Si tratta di persone che hanno molta difficoltà a usare il telefono, oppure non sono proprio in grado di farlo. Non riescono a prendere le medicine e gestire le risorse economiche, preparare i pasti, fare la spesa, svol-

che viene delineato nel rapporto Osservasalute 2017, presentato a Roma al Policlinico universitario Agostino Gemelli. Le difficoltà sono meno presenti fino ai 74 anni (13%), aumentano al 38% negli anziani tra i 75-84 anni e al 69,8% tra gli ultra ottantacinquenni.

La situazione si complica se si scende nel dettaglio dei gesti da compiere. Un ultrasessantacinquenne su 10 ha molta difficoltà o non è in grado di svolgere le attività quotidiane di cura della persona senza un aiuto. Vuol dire non riuscire a mangiare da soli e tagliarsi il cibo, sdraiarsi e alzarsi dal letto o sedersi e alzarsi da una sedia. Si dirà che è l'età ma c'è chi invecchia meglio degli italiani: in Danimarca a non riuscire a compiere questi gesti sono il 3,1% degli ultrasessantacinquenni - valore più basso in Europa - in Svezia il 4,1%. Gli anziani italiani hanno più problemi di quanti non ce ne siano in media in Europa, dove la percentuale è dell'8,8%. «Da ciò si evince una richiesta di aiuto e una difficoltà di gestione della quotidianità», sottolinea il rapporto.

La richiesta sarà sempre maggiore in futuro e nulla lascia pensare che vi sarà un miglioramento dell'assistenza agli anziani. Il rapporto segnala le previsioni fra dieci anni, sottolineando che per il 2028 «tra gli ultrasessantacinquenni le persone non in grado di svolgere le attività

gi), mentre quelle con problemi di autonomia (preparare i pasti, gestire le medicine e le attività domestiche, ecc.) arriveranno a 4,7 milioni (700 mila in più), solo considerando il trend demografico di invecchiamento e gli attuali tassi di disabilità. Ma i dati potrebbero rappresentare una sottostima del problema». Insomma, «Ci troveremo di fronte a seri problemi per garantire un'adeguata assistenza agli anziani, in particolare quelli con limitazioni funzionali (che non sono autonomi), perché la rete degli aiuti familiari si va assottigliando a causa della bassissima natalità che affligge il nostro Paese da anni e della precarietà dell'attuale mondo del lavoro che non offre tutele ai familiari caregiver», avverte il direttore scientifico dell'Osservatorio, Alessandro Solipaca.

Ancora più difficile la situazione di chi è anziano e vive nel Meridione. Il divario della sanità tra nord e Sud è «divenuto ormai insopportabile e contrario alla nostra stessa Costituzione, a tutela della salute di tutti i cittadini», ha affermato il direttore dell'Osservatorio e presidente dell'Istituto superiore di Sanità, Walter Ricciardi che ha deciso di lanciare un ap-

pello al futuro governo perché si pensi ad «una sorta di Piano Marshall per il Sud», una serie di interventi che riducano le differenze.

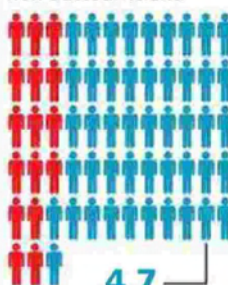
L'aspettativa di vita nel Paese, ha sottolineato Ricciardi, «è diseguale e nel Mezzogiorno si vive in media fino a 4 anni in meno». Ma non solo: in Campania si registra un +28% di mortalità per tumori e malattie croniche rispetto alla media nazionale del 2,8%, in Sicilia la mortalità è del +10%, in Sardegna è del +7% ed in Calabria è del +4,7%.

BY NINO ALICORI DOTTORISSIMO

L'ITALIA NEL 2028

6,3 milioni

di persone non autosufficienti



4,7 milioni
con problemi di autonomia

1,6 milioni
non in grado di prendersi cura di sé stessi

L'ITALIA NEL 2018



1 italiano su 5

ha più di 65 anni

6,6 milioni
65-74 anni

4,8 milioni
75-84 anni

2 milioni
over 85



30%

Degli over 65 non è in grado di usare il telefono, assumere farmaci, cucinare, fare le pulizie, fare la spesa, amministrare la pensione

SPERANZA DI VITA

Uomini

80,6 anni

+0,8 anni dal 2013



Donne

84,9 anni

+0,3 anni dal 2013



LA STAMPA

COSÌ IN EUROPA

Over 65 non autosufficienti

Media Ue

8,8%

Danimarca

3,1%

Svezia

4,1%

Belgio

16,7%

QUANTO SI VIVE IN ITALIA

Speranza di vita (valori in anni)

	MASCHI	FEMMINE
Piemonte	80,5	84,8
Valle d'Aosta	79,6	84,6
Lombardia	81,2	85,5
Bolzano	81,3	86,2
Trento	81,6	86,3
Veneto	81,2	85,7
Friuli V.G.	80,6	85,5
Liguria	80,5	85,0
Emilia Romagna	81,2	85,4
Toscana	81,3	85,4
Umbria	81,3	85,4
Marche	81,1	85,5
Lazio	80,7	84,9
Abruzzo	80,5	85,1
Molise	79,9	84,9
Campania	78,9	83,3
Puglia	80,7	84,8
Basilicata	80,1	84,7
Calabria	80,0	84,5
Sicilia	79,7	83,7
Sardegna	80,4	85,1
Media Italia	80,6	84,9

MORTALITA' PRECOCE

(tra i 30 e i 69 anni ogni 10 mila persone)

195,6

Trento
(tasso più basso)

230

media italiana

297,3

Campania
(tasso più alto)



SORPRESA, C'È UN ORGANO DEL CORPO UMANO CHE NON SI ERA MAI VISTO

di Alex Saragosa

Grazie a nuove tecniche d'indagine si è scoperto l'*interstitium*, sotto la pelle e le mucose, fatto di canali pieni di fluido. Ora resta da capire bene a cosa serva

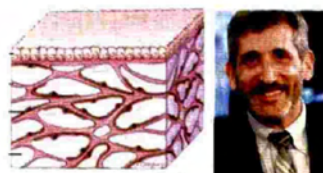
Possibile che, a cinquecento anni dai primi accurati disegni del corpo umano di Leonardo da Vinci, ci siano ancora organi da scoprire? Per il professore di patologia Neil Theise, della New York University, ci era addirittura sfuggito uno degli organi più grandi del nostro corpo. «Lo abbiamo chiamato *interstitium* ed è costituito dal tessuto connettivo, cioè lo strato che fa aderire la pelle ai muscoli o le mucose agli organi interni» dice Theise. «Si pensava che il connettivo fosse costituito da una matrice compatta di collagene e altre proteine fibrose, prodotte da cellule specializzate. Abbiamo scoperto che, in realtà, è percorso da una fitta rete di canali pieni di liquido, la cui funzione è tutta da capire».

Il perché nessuno se ne sia accorto prima si spiega facilmente: per esaminare al microscopio i tessuti i ricercatori li disidratano per conservarli e questo fa collassare i canali del connettivo, larghi circa 20 millesimi di millimetro, rendendoli irrinconoscibili. «Li abbiamo notati solo ora grazie all'endomicroscopia laser confocale, che consente di esaminare tessuti viventi mentre stanno funzionando. Applicando questa tecnica per vedere l'estensione del tumore ai dotti biliari di un paziente, i chirurghi David Carr Locke e Petros Benias, del Beth Israel Medical

Center, hanno notato per primi i canali del connettivo e, in seguito, li abbiamo individuati sotto tutti i tessuti di rivestimento del corpo umano, il che fa dell'*interstitium* uno degli organi più vasti». Così vasto da risolvere anche il mistero di dove fosse un terzo dei circa 40 litri di acqua che costituiscono il nostro peso, visto che le cellule ne contengono circa la metà e sangue e linfa solo un altro 15 per cento: il 35 per cento mancante gonfia l'*interstitium*.

«Questo "cuscino liquido" ha probabilmente come prima funzione quella di ammortizzare gli urti sugli organi interni, ma potrebbe avere anche compiti di trasporto delle sostanze nutritive o di cellule, oppure una parte nelle reazioni immunitarie, visto che l'interno dei condotti è tappezzato di cellule mesenchimali, che formano cicatrici in presenza di infiammazione. Potrebbe persino condurre correnti elettriche, e spiegare così l'efficacia dell'agopuntura» conclude Theise, che ha un forte interesse nelle medicine tradizionali.

«Si tratta in effetti di una scoperta che



SEZIONE DI TESSUTO CONNETTIVO: IL COLLAGENE SOTTO LA MUCOSA (ROSA SCURO), CHE SI CREDEVA COMPATTO, CONTIENE CANALI (ROSA CHIARI) PIENI DI LIQUIDO. A DESTRA, IL PATOLOGO NEIL THEISE

può avere notevoli ricadute mediche» conferma Giorgio Iervasi, direttore dell'Istituto di fisiologia clinica del Cnr di Pisa. «Questa rete di canali, per esempio, può spiegare perché i tumori che invadono l'interstizio risultino molto pericolosi: forse le cellule tumorali si spostano lungo i canali, creando metastasi. E l'interstizio potrebbe avere anche un ruolo in malattie e nell'invecchiamento della pelle. Ma, per capirlo, dovremo individuare le funzioni di questo nuovo organo e capire che cosa circoli nei suoi canali: solo così potremo vedere come si alteri in caso di malattie e se possa servire come mezzo diagnostico e di somministrazione di terapie». ■

