



«Sanità diseguale, la crisi dei diritti»

ENRICO NEGROTTI

«La grande lezione che viene dall'Italia è che la sostenibilità dei sistemi sanitari dipende dalla sostenibilità demografica». Francesco Longo, docente di Management pubblico all'Università Bocconi di Milano, intervorrà domani all'incontro "Universalità e sostenibilità dei Servizi sanitari nazionali in Europa" che si svolgerà alla Pontificia Università Lateranense, promosso dalla Commissione episcopale per il Servizio della carità e la salute e dall'Ufficio nazionale per la Pastorale della salute della Conferenza episcopale italiana in collaborazione con undici Federazioni e consigli nazionali che coprono tutta la gamma delle professioni sanitarie. «Se non si riesce a mantenere in qualche modo l'equilibrio demografico, sarà inevitabile restringere il perimetro dei diritti sanitari o abbassare gli standard».

Quali sono i principali problemi che affliggono il nostro Servizio sanitario nazionale (Ssn)?

Il principale problema di sostenibilità dipende dal nostro squilibrio demografico. Oggi in Italia ci sono 14 milioni di pensionati e 7 milioni di bambini. Siamo il secondo Paese più vecchio al mondo dopo il Giappone con il 24% della popolazione over 65: l'ultimo dato Istat indica che 64 anni è l'età media in cui si va in pensione. Oggi abbiamo 1,6 lavoratori per ogni pensionato: questo rapporto peggiorerà gradualmente e nel 2050 diventerà uno a uno. Il che significa una base imponibile inferiore per pagare la sanità, e più anziani, che sono i grandi portatori di domanda sanitaria. Lo squilibrio demografico dipende anche dal fatto che siamo uno dei Paesi al mondo con la più bassa fertilità, 1,2 figli per donna, e con una delle più alte speranze di vita al mondo, 84 anni. C'è un apparente paradosso: il nostro Ssn è così efficace che fa vivere le persone a lungo, ma poiché vivono a lungo la spesa pensionistica continua a crescere e "spiazza la spesa sanitaria". Nel periodo 2023-2027 la spesa pensionistica crescerà di 50 miliardi.

La quota di spesa sanitaria in rapporto al Pil è insufficiente?

In Europa, tra i grandi Paesi, quello che spende meno in sanità è il Regno Unito: il 9,5% del Pil, mentre Francia e Germania sono all'11%. Noi ci fermiamo al 6,3%. Viceversa spendiamo di più in pensioni: l'Inps, oltre ai contributi dei lavoratori, per essere in equilibrio riceve 165 miliardi dallo Stato. Mentre il Fondo sanitario nazionale ne riceve 136. Fatta 100 la spesa del welfare italiano, il 50% va in pensioni, mentre negli altri Paesi europei siamo al 35%. Questo spiega perché la nostra spesa sanitaria è così bassa.

Quali sono le conseguenze?

L'Italia fa l'errore di dichiarare l'universalismo totale dedicando solo il 6,3% del Pil alla sanità. Dichiariamo per legge - ma anche nelle aspettative e nei discorsi politici, e in maniera bipartisan (Regioni amministrare da destra e da sinistra) - che saranno azzerate le liste d'attesa. Invece dovremmo fare un universalismo sostenibile: dire cosa garantiamo e cosa no, realisticamente. Promettendo tutto a tutti, in realtà solo i soggetti socialmente più forti ottengono le prestazioni.

Questo si ripercuote anche sugli esiti di salute: secondo i dati Istat chi ha una patologia cronica (ipertensione, scompenso, nefropatia, diabete) se ha la quinta elementare è in buona salute nel 30% dei casi, se ha la laurea nel 65%. Un altro dato: oggi su 100 ricette prescritte, trenta non trovano la prestazione. Cioè prescriviamo il 30% in più di quello che sappiamo produrre.

Cosa significa nel concreto l'universalismo sostenibile?

Oggi vengono garantite le visite specialistiche pagando il ticket a metà degli italiani che ne hanno bisogno, l'altra metà sono a pagamento. Ma tra le due grandi categorie, i malati cronici e gli utenti occasionali, non c'è una vera distinzione: accesso al Ssn o a pagamento privato è casuale. Ci sono utenti occasionali che pagano, altri che ricevono gratis; alcuni malati cronici che pagano e altri no. Se la coperta è corta, cioè se ho la capacità di coprire solo metà delle visite, dovrei garantirle ai cronici, che sono già palesemente malati, e far pagare gli occasionali. **Occorre ridefinire i Livelli essenziali di assistenza (Lea)?**

Se metà delle visite ambulatoriali finiscono con essere pagate significa che i Lea sono un po' finti, una narrazione. Dovremmo defini-

re Lea veri, che ci possiamo permettere. E poi ridefinire gli standard assistenziali, stabili oltre 20 anni fa quando le tecnologie e le competenze erano altre. Per esempio: per fare una radiografia la legge prescrive che debba essere presente un medico radiologo. Ma a lavorare sono la macchina e il tecnico di radiologia. Per fare una colonscopia è obbligatoria la presenza di un anestesista, ma il gastroenterologo è in grado di effettuarla da solo. Sarebbe meglio riservare l'anestesista alla sala operatoria e accorciare le liste d'attesa chirurgiche. C'è un po' di rischio? Certo, però la coperta è corta e bisogna decidere da che parte si rischia di più: forse a non operare le persone.

Per garantire più prestazioni serve un miglior equilibrio demografico?

Esatto. È un problema di tutta l'Europa, ma noi abbiamo la situazione peggiore. Credo

che ci siano solo tre strade: fare più figli, ma i giovani europei non sembrano disponibili. Portare più immigrati, come hanno fatto Germania, Francia e Regno Unito, ma regolando bene i flussi migratori. Il che significa far venire giovani coppie, come ha fatto la Germania con un milione di immigrati siriani giovani in coppia. Invece noi facciamo venire singoli di etnie diverse: maschi africani e donne dell'Est europeo, pur avendo una cultura avversa alle coppie miste. La terza via è riequilibrare le persone che lavorano e i pensionati: cioè andare in pensione molto più tardi. Altrimenti si deve incidere sulle prestazioni.

In che modo?

Se non si aggiusta l'equilibrio demografico, occorre ridefinire un perimetro più stretto di diritti sanitari, oppure abbassare gli standard assistenziali delle prestazioni. O una combinazione delle due soluzioni. E con il nostro andamento demografico bisogna affrontare anche la questione dell'assistenza agli anziani.

A che cosa si riferisce?

Molti Paesi europei hanno separato le cure a lungo termine o assistenza ai non autosufficienti dall'assistenza

sanitaria. Il caso più nitido è quello tedesco: è stato creato un nuovo pilastro, come l'Inail per gli infortuni sul lavoro. Ogni lavoratore paga il 2,5% del suo reddito lordo per finanziare la mutua della terza età, che poi lo assisterà per i suoi bisogni sociosanitari, con altre strutture, altri dipendenti, altre fonti di finanziamento. In Italia abbiamo 4 milioni di non autosufficienti e solo 280mila posti in Rsa, il 7% di quanto serve. Se calcoliamo due caregiver per ogni persona non autosufficiente, vediamo che il problema riguarda 12 milioni di persone, un quinto della popolazione. Scarichiamo tutto il peso assistenziale sulle famiglie, e ogni tanto ricoveriamo i non autosufficienti in ospedale, una risposta sbagliata: costano 400 euro al giorno, mentre sarebbero 100 in una Rsa. Un altro problema enorme e crescente, che va affrontato in maniera distinta dalla sanità.

*«Lo squilibrio demografico costringe a rivedere l'universalità del sistema»
La Chiesa italiana e le professioni della salute a confronto su un trend globale*



Sopra, Francesco Longo, studioso di sanità pubblica alla Università Bocconi

IL DIRETTORE DELL'UFFICIO NAZIONALE PER LA PASTORALE DELLA SALUTE ANGELELLI

«Negli ospedali è tempo di équipe di assistenza spirituale, con laici capaci di ascolto»

«La Chiesa italiana difende strenuamente il Sistema sanitario nazionale e il principio che lo sostiene». E proprio per questo chiede di guardare in faccia «i suoi problemi oggettivi», che mostrano «la necessità di un tagliando a 46 anni dalla riforma». È la convinzione di don Massimo Angelelli, direttore dell'Ufficio Cei per la Pastorale della salute, che al corso per nuovi cappellani ospedalieri (da lunedì e fino a domani ad Assisi) ha ricordato i «fenomeni patologici» dei 4 milioni e mezzo di italiani che rinunciano a curarsi per ragioni economiche e i 40 miliardi di spesa «out of pocket» pagando di tasca propria per potersi curare. Più finanziamenti al Ssn? «Finché è un secchio buco, come oggi, se si mettono altri soldi si rischia di disperderli. Prima occorre mettere ordine nella spesa, che vede ancora troppi sprechi in voci inutili o evitabili con atti amministrativi: ogni anno si

potrebbero risparmiare così circa 20 miliardi». Angelelli ha integrato le numerose lezioni di questi giorni - dal magistero alla spiritualità, dall'organizzazione sanitaria all'organizzazione delle istituzioni sanitarie cattoliche, dalla tutela dei vulnerabili al sistema dell'informazione - con dialoghi e riflessioni sul modello delle cappellanerie ospedaliere e dell'assistenza religiosa e spirituale, una presenza che sta rapidamente cambiando sotto la spinta dei mutamenti nella società e nelle strutture sanitarie, tanto da suggerire un nuovo documento pastorale in fase di elaborazione. «Non è più pensabile che il sacerdote faccia tutto - ha spiegato il direttore dell'Ufficio Cei -. È il momento di équipe pastorali formate da tutte le figure oggi necessarie accanto al prete: il diacono permanente, gli assistenti spirituali laici, i ministri straordinari dell'Eucaristia, i volontari». Un profilo che sta prendendo

corpo in esperienze locali: è il caso dei laici, «capaci di ascolto e formati per l'accompagnamento spirituale dei malati, con le donne sempre più presenti e apprezzate in un compito che è di conoscenza dei pazienti e di "antenna" nell'ospedale per segnalare al cappellano le situazioni in cui è necessario un accompagnamento religioso e sacramentale». Uno schema che può funzionare anche con la domiciliazione crescente delle cure, chiamando in causa «un ruolo attivo della comunità cristiana che si prende cura dei malati del suo territorio attraverso una rete di ministri dell'Eucaristia». In questo modo la pastorale della salute e la cappellania «allargano la loro azione», non lasciando disperdere «il desiderio di relazione col divino che non è eradicabile e che dalla dimensione spirituale può prendere la forma di una domanda religiosa e dell'incontro con Cristo». (F.O.)

L'INCONTRO DELLE ISTITUZIONI UE CON GLI "AMICI DI LUCA" PER PERSONE CON ESITI DI COMA

Una rete europea per i "risvegli". Ispirata dall'Italia

FULVIO DE NIGRIS

Una delegazione della Fondazione "Gli Amici di Luca - Casa dei Risvegli Luca De Nigris" è rientrata da Bruxelles dopo un evento al Parlamento Europeo, organizzato dall'eurodeputata Elisabetta Gualmini. Con la partecipazione di operatori, volontari, istituzioni e partner, assieme al testimonial Alessandro Bergonzoni è stato presentato il modello innovativo della Casa dei Risvegli, da 20 anni eccellenza bolognese nella riabilitazione di persone con gravi cerebrolazioni acquisite. L'incontro ha coinvolto tra gli altri Fabio La Porta dell'Ircs Istituto delle Scienze neurologiche di Bologna, Roberto Piperno, direttore scientifico della "Casa dei Risvegli", rappresentanti di Commissione Europea, Regione Emilia-Romagna, Comune di Bologna, Croce Rossa Italiana, Centro Sportivo Italiano. Elisabetta Gualmini ha

definito la Casa dei Risvegli un esempio capace di unire istituzioni, famiglie e associazioni per creare un approccio integrato alla cura. Tra gli eurodeputati, Stefano Bonaccini ha posto l'accento sull'incontro prezioso tra sanità pubblica e mondo del Terzo Settore, e Marco Tarquinio ha sottolineato come questa realtà dimostri che «gli inguaribili non sono incurabili», offrendo prospettive di vita di-



Il gruppo della casa dei Risvegli a Bruxelles

gnitose anche nelle situazioni più difficili. Al centro del dibattito la necessità di esportare il modello della Casa dei Risvegli, considerata una "buona pratica" europea, grazie al suo approccio che combina terapie mediche avanzate, attività espressive (come teatro e musica) e le famiglie: non solo centro di cura, dunque, ma anche luogo dove le frontiere tra medicina, umanità e cultura si dissolvono, promuovendo l'inclusione sociale. Tra le prospettive esaminate, la creazione di una rete europea per supportare le persone con esiti di coma, collaborando con istituti come il "Coma Science Group" di Liegi e puntando a rafforzare progetti di ricerca condivisi. L'incontro con l'ambasciatore italiano in Belgio, Federica Favi, ha gettato le basi per l'avvio di nuove reti internazionali e promuovere la compagnia teatrale Gli Amici di Luca, composta da persone con esiti di coma.

IN DIRETTA SU YOUTUBE

Sport e spettacolo per la ricerca
Contro la Sla l'impegno di tutti

Una serata sul legame tra ricerca, malattia e vita dei pazienti e delle loro famiglie. Con «Una promessa per la ricerca» Aisla - l'Associazione italiana Sclerosi laterale amiotrofica - propone stasera dalle 19 alle 22 sul suo canale YouTube un talk show con numerosi ospiti tra sport, spettacolo, scienza, medicina e giornalismo per «promuovere responsabilità e impegno nella lotta alla Sla» dando il via alla campagna natalizia a sostegno della ricerca. Tra gli ospiti Giovanni Malagò, Luca Pancalli, Giuseppe Gravina, Gigi Buffon, Giorgio Chiellini, Massimo Mauro, Mara Navarria, Ilaria D'Amico, Benedetta Signorini, Luca Leoni, Ron, Neri Marcorè, Fabrizio Renga, il professor Mario Sabatelli, il viceministro alle Politiche sociali Maria Teresa Bellucci e il presidente di SlaFood Davide Rafanelli. L'intervento della presidente di Aisla - Fondazione per la ricerca sulla Sla - lancia il convegno internazionale su risultati e prospettive della ricerca domani e sabato a Milano con l'annuncio dei nuovi progetti selezionati col bando Aisla 2024.

Humanity 2.0

Il motore di TrialGpt spinge l'efficacia degli studi clinici



PAOLO BENANTI

In uno studio pubblicato la scorsa settimana su *Nature Communications* si dettaglia la creazione di un algoritmo di intelligenza artificiale (IA) chiamato TrialGpt. TrialGpt è stato sviluppato dai ricercatori del National Institutes of Health (Nih) degli Stati Uniti per semplificare il processo di abbinamento di potenziali volontari a una serie di studi clinici ritenuti appropriati ed elencati su ClinicalTrials.gov.

TrialGpt funziona elaborando una sintesi del paziente che include le informazioni mediche e demografiche ritenute pertinenti. L'algoritmo identifica quindi gli studi clinici pertinenti su ClinicalTrials.gov per i quali un paziente è idoneo ed esclude gli studi per i quali non lo è. TrialGpt spiega quindi in che modo la persona soddisfa i criteri di iscrizione allo studio. Il risultato finale è un elenco annotato di studi clinici, classificati per pertinenza e idoneità, che i medici possono utilizzare per discutere le opportunità di studi clinici con i loro pazienti.

Per valutare l'efficacia di TrialGpt nel prevedere se un paziente soddisfaceva un requisito specifico per uno studio clinico i ricercatori hanno confrontato i risultati di TrialGpt con quelli di tre medici umani che hanno valutato oltre 1.000 coppie di criteri del paziente. Hanno scoperto che TrialGpt ha raggiunto quasi lo stesso livello di accuratezza dei medici.

Inoltre, i ricercatori hanno condotto uno studio pilota con l'utente in cui hanno chiesto a due medici umani di esaminare sei riepiloghi anonimi dei pazienti e di abbinarli a sei studi clinici. Per ogni coppia paziente-studio, a un medico è stato chiesto di esaminare manualmente i riepiloghi dei pazienti, verificare se la persona era idonea e decidere se il paziente poteva qualificarsi per lo studio. Per la stessa coppia paziente-studio un altro medico ha utilizzato TrialGpt per valutare l'idoneità del paziente. I ricercatori hanno scoperto che quando i medici usano TrialGpt trascorrono il 40% in meno di tempo a selezionare i pazienti ma mantengono lo stesso livello di accuratezza.

Trovare lo studio clinico giusto per i partecipanti interessati è un processo che richiede tempo e risorse, il che può rallentare importanti ricerche mediche. TrialGpt potrebbe aiutare i medici a collegare i loro pazienti alle opportunità di studi clinici in modo più efficiente e far risparmiare tempo prezioso che può essere meglio speso per compiti più difficili che richiedono competenze umane.

In forza dei promettenti risultati di benchmarking il team di ricerca è stato recentemente selezionato per il Director's Challenge Innovation Award per valutare ulteriormente le prestazioni e l'equità del modello in contesti clinici reali. I ricercatori prevedono che questo lavoro potrebbe rendere più efficace il reclutamento per gli studi clinici e contribuire a ridurre le barriere alla partecipazione per le popolazioni sottorappresentate nella ricerca clinica.

Ci sembra che questo esempio di utilizzo delle intelligenze artificiali sia interessante almeno sotto tre punti di vista. Avere la possibilità di selezionare partecipanti idonei può ridurre significativamente il tempo necessario per trovare candidati e aumenta la probabilità di successo dello studio. Inoltre, gli algoritmi di IA possono prevedere quali pazienti hanno maggiori probabilità di abbandonare uno studio clinico, consentendo agli organizzatori di adottare misure preventive, come un migliore supporto o comunicazioni personalizzate. Ciò migliora la partecipazione e riduce il rischio di interruzione che potrebbero compromettere i risultati dello studio. Infine, l'AI potrà analizzare dati storici e attuali per ottimizzare i protocolli degli studi clinici, suggerendo dosaggi ottimali, durate dei trattamenti e popolazioni di pazienti più adatte.