

FOCUS



Inserito di Bartolina ED - Allegato al n. 4/2023 di Dedizioni

In questo numero:

**La Calabria invecchia
facciamolo con grazia**

Sanità, Ottobre si colora di Rosa

All'interno un articolo di Sergio Abonante sul caso Senologia

Bartolina
Editoria digitale

La foto di copertina è di FORMAT-ARW. Tutte le foto pubblicate sono
tratte dall'archivio KfP di proprietà dell'editore
Hanno collaborato a questo numero Yassir Abdul Kareem, Mariapia
Giabarri e Sergio Abonante

Distribuzione
StreetLib

Progetto grafico
Sergio Molinari

FOCUS n. 2 del 16 ottobre 2023

In abbinata al n. 4/2023 di Dedizioni periodico di politiche culturali

Inserito di Bartolina ED

Reg. Trib. di Cosenza n. 1/2023 del 11/01/2023

Direttore responsabile: Gianfranco De Franco

Editore: Associazione culturale Bartolina Editoria Digitale

Via Kennedy, 57 87036 Rende (Cosenza)

Codice Fiscale 98140330782 - Partita IVA 03854130782

Registro Imprese CS n. 263111/2023

Sito web: www.editoria-digitale.it

Email ordinaria: bartolina@editoria-digitale.it

Posta certificata: editoria.digitale@pec.it

SOCIETÀ E INVECCHIAMENTO

La Calabria può invecchiare con grazia?

Presto sarà una regione vecchia: è tempo di prepararsi

A CURA DELLA REDAZIONE

La Calabria può ancora considerarsi una regione giovane, ma come società sta invecchiando. La causa è dovuta al calo dei tassi di natalità, all'allungamento dell'aspettativa di vita e all'ingrignimento della coorte dei *baby boomer* (i nati fra il '46 e il '64), la nostra società si sta trasformando. Si tratta di un cambiamento demografico che influenzerà ogni parte della



società. Già, in circa la metà del nostro Paese, ci sono più persone che muoiono di quelle che nascono, anche se sempre più calabresi vivono fino agli 80, 90 anni e oltre. Secondo l'Istat nel 2020 la percentuale di persone di età pari o superiore a 65 anni ha raggiunto il 23,5% . Entro il 2034, ci saranno più calabresi che avranno superato l'età pensionabile che bambini.

La sfida che il Paese deve affrontare transcende l'ideologia, la geografia e la categoria etnica o razziale, e i leader calabresi, indipendentemente dal loro partito, devono affrontarla con la dovuta urgenza.

Sono passati almeno due decenni dall'ultima volta che i legislatori hanno messo mano alle norme su come dovrebbe essere la vecchiaia in Italia.

C'è voluto il PNRR per varare (a marzo 2023) una legge quadro per realizzare un sistema unitario di assistenza agli anziani, specie ai non autosufficienti, che fosse meno frammentato e con procedure più semplificate.

Entro gennaio 2024, grazie ai decreti attuativi, tutte le norme dovrebbero entrare in vigore. Le norme prevedono, fra l'altro, indennità di accompagnamento più alte rispetto alle precedenti, un coordinamento fra Regioni, Comuni e Governo nazionale, un crescente numero di strutture residenziali con personale professionale e ambienti adeguati ai bisogni.

La nostra società si trova ora ad affrontare un altro momento in cui spetta a noi decidere quale sarà il futuro della Calabria.

Questo cambiamento ha importanti implicazioni. Un calo della popolazione in età lavorativa significa tipicamente carenza di manodopera, calo della produttività e crescita economica più lenta. Luoghi come il Giappone, con la più alta percentuale di persone di età pari o superiore a 65 anni nel mondo, offrono un'idea di come potrebbe essere il prossimo futuro per la Calabria. In Giappone, soprattutto nelle zone rurali, le scuole chiudono i battenti perché non ci sono più abbastanza bambini a riempirle; le nascite sono scese sotto le 800.000 nel 2022 e circa 450 scuole chiudono ogni anno. Con un minor numero di giovani che lavorano, le entrate per i programmi pensionistici si stanno riducendo e vi è una carenza cronica di manodopera. I giapponesi lavorano sempre più fino ai 60, 70 anni e oltre, spesso svolgendo lavori fisicamente impegnativi ma poco retribuiti come fare consegne e pulire uffici. Ciò significa che i datori di lavoro devono adeguarsi, aggiungendo aree di sosta, rampe e corrimano nei luoghi di lavoro per soddi-

sfare le esigenze dei lavoratori più anziani.

Le società che invecchiano hanno esigenze diverse da quelle giovani e, sebbene la Calabria non sia l'unica regione ad affrontare questo cambiamento, è lenta a muoversi.

Le tensioni si stanno manifestando in ogni ambito, dall'assistenza sanitaria, agli alloggi, all'occupazione e ai trasporti. Con una media di poco più di 260 *baby boomer* che compiono 65 anni ogni giorno, queste pressioni si stanno costantemente intensificando e continueranno a farlo, soprattutto se le attuali politiche sull'immigrazione non saranno modificate.

Il recente calo dell'aspettativa di vita degli europei negli ultimi anni è particolarmente allarmante. Riflette le morti per Covid e per overdose di droga, nonché tassi di mortalità più elevati tra bambini e adolescenti per violenza e morti accidentali, ma ciò non modifica il cambiamento demografico di fondo. Entro il 2053, più del 40% del bilancio dello Stato andrà verso programmi per gli anziani, principalmente sicurezza sociale e sanità, ma questi programmi non sono progettati o preparati per gestire la nuova realtà demografica.

Anche le sfide dell'invecchiamento della popolazione sono profondamente personali. Tra le domande più elementari ci sono dove e come trascorreremo gli ultimi anni della nostra vita. Migliaia di calabresi sono già alle prese con questi dilemmi per se stessi e per i loro cari. È emersa un'industria artigianale di prodotti e servizi per aiutare le persone ad adattare le loro case e le loro vite all'invecchiamento. Un cambiamento demografico così significativo richiede una risposta ad ampio raggio e più a lungo le sfide rimangono irrisolte, più diventano formidabili.

Ci sono molti pezzi in questo puzzle, tra cui chi si prenderà cura degli anziani, dove vivranno, come saranno progettate le nostre città e come si adatteranno le imprese. Molte persone anziane in Calabria affermano di sentirsi invisibili in una regione che è stata a lungo ossessionata dai giovani, evitando l'inevitabilità - e le possibilità - della vecchiaia. I calabresi di ogni generazione hanno il dovere, nei confronti di se stessi e delle loro famiglie,

di iniziare a porsi la domanda: è questa una sfida che vogliamo affrontare da soli? O è qualcosa che noi come società dovremmo affrontare insieme?

Gli anziani, esattamente gli over 55, sono oramai un settore economico che va assumendo un'importanza sempre più notevole. Qualche giorno fa il TGR della Lombardia ha trasmesso un servizio nel quale si è raccontato che gli anziani "valgono" 185 miliardi di euro di consumi, pari al 28% del Pil. I consumi legati a questa fascia d'età riguardano soprattutto viaggi, cosmetici e cultura. Mariuccia Rossini del "Silver Economy Network" (Confindustria) ha evidenziato un dato molto interessante. Ha, infatti, detto che nei Paesi Occidentali con un alto numero di anziani e che hanno applicato politiche in loro favore, come Stati Uniti d'America e Giappone, il lavoro degli over 65 fa diminuire la disoccupazione giovanile. Sembrerebbe che ogni anziano insegna a uno o più giovani i segreti del mestiere. Un po' una "scuola di formazione" spontanea che causa questo fenomeno che a prima vista potrebbe sembrare alquanto strano. Il servizio, in effetti, sollecita politiche in favore di questa fascia d'età perché, secondo l'Istat, nel 2050, con 48 milioni di abitanti previsti, gli over 55 saranno esattamente la metà.

Gli ostacoli nelle città

Scale, marciapiedi, incroci, ecco le cose da fare

DI YASSIR ABDUL KAREEM

Per molti di noi, lasciare le proprie case e inoltrarsi nel mondo esterno non richiede molto sforzo. Ma per gli anziani, le nostre città sono piene di ostacoli – scale, marciapiedi e incroci non sicuri, illuminazione inadeguata – che diventano sempre più difficili man mano che invecchiano. Oltre a ciò, la maggior parte delle città calabresi non dispone di robusti sistemi di trasporti pubblici. Queste sfide si combinano per mantenere molti calabresi più anziani a casa, isolati da attività sociali e culturali che hanno dimostrato di favorire condizioni come la demenza.

Man mano che la Calabria invecchia, crescerà anche la domanda di infrastrutture a misura di anziano. “FOCUS” ha chiesto alle persone over 65 di condividere alcune delle difficoltà che incontrano nell’orientarsi nelle loro città. Le soluzioni che potrebbero aiutarli – e tanti altri – sono spesso piuttosto semplici ma richiedono di vedere il mondo che ci circonda da un punto di vista diverso.

STRISCE PEDONALI PERICOLOSE

Le linee guida esistenti sui tempi di attraversamento pedonale semplicemente non sono adatte ai camminatori più anziani. Le linee guida nazionali si basano su una velocità di camminata compresa tra 91 e



122 centimetri al secondo, ma i pedoni anziani camminano più lentamente e hanno tempi di reazione più lenti. Per garantire che gli anziani abbiano abbastanza tempo per attraversare la strada, i vigili urbani dovrebbero utilizzare una velocità di 65 centimetri al secondo o inferiori, quando impostano i tempi di attraversamento in aree con molti anziani.

Oltre a prolungare il tempo di attraversamento pedonale, esistono diversi modi per rendere le strade e gli attraversamenti pedonali più sicuri. Sappiamo che questo funziona: ridurre i limiti di velocità nelle aree ad alto traffico pedonale: un approccio che è ancora più efficace se combinato con dossi stradali, strade più strette e rotatorie.

Anche i segnali stradali di svolta a sinistra possono aiutare non facendo attraversare i pedoni nello stesso momento in cui le auto girano a sinistra. Ciò può essere particolarmente importante per gli anziani, che potrebbero avere tempi di reazione più lenti o difficoltà a vedere il traffico in arrivo.

Ma anche un piccolo cambiamento nel sistema stradale esistente può fare una grande differenza nella sicurezza dei pedoni. Alcune grandi città del mondo hanno introdotto una tecnica di temporizzazione dei segnali stradali chiamata intervallo pedonale principale in alcuni incroci. Ciò dà ai pedoni un vantaggio di circa sette secondi per attraversare la strada prima che alle auto venga dato il semaforo verde. Per quanto piccolo possa sembrare il cambiamento, secondo un'analisi del 2016, i decessi di pedoni e ciclisti e i feriti gravi sono diminuiti, nelle città che l'hanno applicata, del 37% dopo l'aggiunta dell'intervallo.

SCARSA VISIBILITÀ DI NOTTE

La Calabria, nella maggior parte dei luoghi, è un paese che guida. Ciò diventa un problema serio quando l'invecchiamento comporta problemi di salute che possono ostacolare la capacità delle persone di guidare. Guidare di notte può essere particolarmente pericoloso se la visione notturna è compromessa.

Alcuni hanno sostenuto che la soluzione per impedire agli an-

ziani non vedenti di guidare è quella di togliergli la patente, sostenendo una esame visivo periodico o un esame fisico. Negli Stati Uniti, ad esempio, il Dipartimento dei trasporti seleziona ogni mese centinaia di conducenti con patente di età superiore ai 45 anni per il suo



programma di riesame dei conducenti maturi. Lo Stato offre anche sconti sull'assicurazione auto per i conducenti più anziani che desiderano seguire un corso sulla sicurezza. Ma l'obiettivo principale dovrebbe essere quello di fornire opzioni di trasporto alternative. Attualmente, molte città italiane offrono qualche forma di abbonamenti e servizi porta a porta. Le società di trasporto pubblico dovrebbero collaborare con i servizi di aiuto agli anziani, insieme ai privati, per consentire loro di prenotare corse con autonoleggi con autista utilizzando, magari, un numero Verde.

Anche la progettazione urbana può svolgere un ruolo nell'affrontare le sfide della guida notturna. Una strategia efficace potrebbe essere il miglioramento della visibilità attraverso la creazione di contrasti cromatici distinti sui segnali stradali, sulla segnaletica orizzontale e sugli attraversamenti pedonali: strisce dipinte a colori vivaci sulle strisce pedonali e segnali riflettenti o lampeggianti che rendono chiari i contorni della strada sia ai pedoni che agli automobilisti. L'aggiunta di lampioni agli incroci e alle strisce pedonali può migliorare significativamente la visibilità durante le ore notturne. Queste soluzioni aiutano tutte le persone con problemi di vista, creando ambienti urbani più inclusivi.

MEZZI PUBBLICI CARENTI

Gli autobus seguono un percorso fisso, quindi devono essere utilizzati da un numero sufficiente di persone per giustificare un servizio regolare: un vero problema nelle zone rurali. In genere, il requisito minimo di densità per il servizio regolare di auto-

bus è compreso tra 10 e 15 unità abitative per acro. Le città rurali semplicemente non hanno la capacità di fornire un servizio di autobus frequente. Poiché non sono molte le persone che utilizzano i trasporti pubblici e le tariffe sono troppo basse, le società di trasporto non possono coprire i costi operativi con le tariffe. Di conseguenza, i loro servizi sono spesso limitati.



Eppure, sempre più anziani necessitano di un tipo di trasporto di alta qualità che possa trasportarli in modo affidabile da un luogo all'altro. Una soluzione per risolvere questo inghippo può essere quella di stanziare fondi e risorse rivenienti dalle tasse per aiutare i comuni a creare i propri sistemi di trasporto. L'iniziativa potrebbe rendere accessibili a molte persone le vaste aree rurali della Calabria, con una costellazione di servizi porta a porta e bus navetta che collegano le abitazioni degli anziani alle fermate degli autobus urbani e interurbani.

MARCIAPIEDI ROTTI

I marciapiedi sono una delle parti più sottovalutate delle infrastrutture pubbliche in Calabria (e non solo). Dagli anni '20, quando le automobili iniziarono a prendere il sopravvento sul nostro sistema di trasporti, i pedoni sono sempre più trattati come un ostacolo sulle strade. Le città più vecchie hanno sacrificato lo spazio sui marciapiedi per accogliere il crescente traffico automobilistico e le città più nuove sono state costruite senza pensare troppo all'accessibilità pedonale. Alcune sono rimaste del tutto senza marciapiedi.



Questa situazione rappresenta una minaccia significativa per gli anziani, che sono particolarmente vulnerabili alle cadute.

Tuttavia, la questione è complessa perché non è sempre chiaro chi si assume la responsabilità dei costi di manutenzione. In alcune città, le autorità si assumono la responsabilità, mentre in altre i proprietari di casa sono lasciati a badare a loro stessi, spesso lasciando le persone a percorrere un mosaico di marciapiedi anche su una singola strada.

I programmi di sovvenzioni statali e regionali non badano molto a questo problema, ma Stato e Regioni dovrebbero migliorare la sicurezza sia dei conducenti, sia dei pedoni. Con l'aiuto di un nuovo stanziamento, potranno apportare i miglioramenti infrastrutturali tanto necessari, come la costruzione di marciapiedi e l'installazione di dispositivi di sicurezza e accessibilità come isole di rifugio pedonale e modifiche alla segnaletica stradale.

PANCHINE INSUFFICIENTI O ASSENTI

Gli anziani che fanno affidamento sui trasporti pubblici devono affrontare una serie di difficoltà durante gli spostamenti quotidiani: lunghi tempi di attesa alle fermate degli autobus non protette, che possono essere scomodi o non sicuri, soprattutto in condizioni climatiche estreme; salire e scendere dagli autobus, soprattutto se si utilizza un deambulatore o una sedia a rotelle; trovare posti sugli autobus affollati.



Ma molti di questi problemi possono essere mitigati con piccole modifiche alle fermate dei trasporti pubblici. Ad esempio, Milano ha introdotto il programma di panchine a misura di anziano, che installa panchine in tutta la città con un occhio alle aree con biblioteche e centri per anziani. Le panchine sono progettate pensando all'accessibilità e al comfort per gli anziani, con brac-

cioli rialzati e schienali di supporto che consentono ai pendolari più anziani di sedersi comodamente mentre aspettano l'autobus. Questa mossa non solo incoraggia l'uso del trasporto pubblico ma migliora anche la pedonabilità della comunità nel suo insieme.

I dati statistici sono stati tratti da Previsioni della popolazione residente e delle famiglie. Base 1/1/21 Istat.

La nota del direttore

Quando gli anziani giocano a fare i bambini

Nei primi mesi dell'inverno 1985, io lavoravo al Banco di Napoli di Cosenza. Ci fu un episodio che mandò in confusione tutti: un'anziana signora, scoprii dopo che era nata nel 1907 e aveva 78 anni, si presentò alla sede di Corso Umberto a Cosenza, con vari mazzi di chiavi per cambiarli in lire.

Agli sportelli c'era molta gente e il direttore di sala mi chiese di occuparmene (io ero addetto alla concessione dei fidi).

La signora, vedova di un infermiere, in realtà voleva vendere le sue case e portò in banca il simbolo della casa, le chiavi.

Chiamai i suoi figli che la riportarono a casa. Continuai, però, a vedere ogni tanto la signora. Voleva lasciare in eredità dei soldi per borse di studio ai ragazzi più meritevoli e aiutare i bambini più sfortunati.

I figli glielo lasciarono fare. Vendette le case e lasciò il ricavato (non era affatto poco) per gli scopi di beneficenza.

Da allora quell'episodio ha suscitato in me, più giovane di quasi 40 anni rispetto a oggi, sentimenti di riconoscenza, di affetto e di rispetto verso le persone più grandi d'età.

Capii che le chiavi rappresentavano non solo le case, ma anche la sua vita, gli oggetti che vi erano custoditi, i ricordi più belli. Pensai che la signora volesse lasciare in eredità non tanto il denaro ricavato dalle vendite, ma anche tutto quello che quei soldi rappresentavano. In definitiva, può sembrare paradossale ma non lo è, quei soldi erano un simbolo, come le chiavi. Apparentemente voleva disfarsi delle case. In realtà voleva perpetuarne il ricordo e lasciare la sua testimonianza alle persone più giovani che avrebbero dovuto affrontare le gioie e le peripezie della vita.

E oggi vedere un gruppo di anziani (con qualche eccezione in verità), quelli dell'Auser di Rende, che stanno realizzando una battaglia corporativa, egoistica, senza pensare agli altri e senza fare un minimo di autocritica, mi fa male al cuore.

La vicenda è nata dalla concessione da parte del sindaco di Rende dell'epoca, di alcuni locali all'associazione. I locali hanno destinazione d'uso a scuola pubblica, ma sia il sindaco, sia i dirigenti dell'Auser, hanno fatto finta di niente.

Sciolto il Consiglio comunale di Rende, sono subentrati tre Commissari prefettizi che si sono visti costretti a chiedere all'Auser di lasciare i locali per far

posto alle esigenze della scuola pubblica cui i locali sono destinati.

Apriti cielo. Le anziane (soprattutto) e gli anziani sono partiti in quarta. Lettere, esposti, dichiarazioni, articoli di giornale, occupazione dei locali, interviste sulle televisioni locali, interviste sul TG Calabria, comizi, cortei con tanto di cartelloni.

I Commissari, probabilmente non molto abituati a questo tipo di azioni, in verità, hanno tentato una mediazione, ma gli anziani dell'Auser non hanno accettato.: «Troppo periferici i locali, vogliamo un posto centralissimo».

E delle esigenze della scuola? Semplicemente se ne stanno infischando.

Vogliono i locali perché non hanno più dove "giocare" a fare i bambini e non gliene importa un fico secco se ci sono ragazze e ragazzi che per colpa di un sindaco incapace e clientelare, sono costretti a disagio in uno dei campi fondamentali per la crescita personale, quello del Sapere.

Sono convinto che gli anziani dovrebbero essere un faro per l'intera società, essere capaci di autocritica, essere autorevoli e trasmettere valori come l'onore, la dignità e il rispetto, alle giovani generazioni.

Ma qui, all'Auser di Rende, abbiamo anziani corporativi (non tutti per fortuna) con un grande senso di appartenenza e una minuscola coscienza civica.

SOCIETÀ E SANITÀ

Ottobre, mese della prevenzione

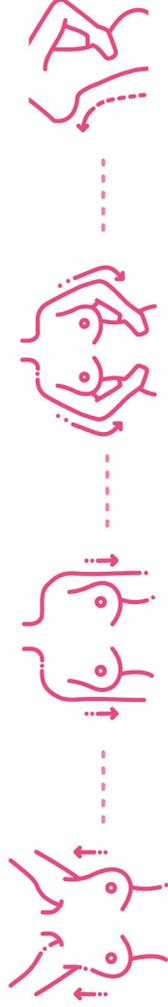
Schillaci: «È la cura più efficace contro il tumore al seno»

Il Ministero della Salute ha lanciato una campagna per spingere tutte le donne e i medici a prendere misure preventive contro l'insorgere del tumore al seno. «È trascorso il primo anno alla guida del Ministero della salute e una delle prime iniziative da ministro è stata proprio la campagna sugli screening oncologici: la pandemia ha rallentato esami e diagnosi ed era necessario un messaggio forte e immediato per incoraggiare le persone a non rimandare controlli che sono essenziali. Non dimentichiamo, infatti, che la prevenzione resta la cura più efficace per prevenire l'insorgenza del cancro». Lo ha ricordato il Ministro della Salute, Orazio Schillaci, alla presentazione della tredicesima edizione di "Frecciarosa: la prevenzione viaggia in treno", iniziativa promossa da Fondazione IncontraDonna e da Ferrovie dello Stato Italiane con il patrocinio del Ministero della Salute e della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Dal canto suo, il Presidente di Trenitalia Stefano Cuzzilla ha detto che «l'impegno di Trenitalia per Frecciarosa sottolinea quanto siano cruciali per noi le iniziative in ambito sanitario. Siamo orgogliosi di essere insieme a Fondazione IncontraDonna e alle istituzioni, in particolare il Ministero della Salute, per poter offrire ai cittadini e ai nostri viaggiatori un servizio a tutela della salute. Anche grazie ai nostri treni prosegue il viaggio verso il benessere della popolazione italiana, in particolare quella femminile. Con il progetto Frecciarosa - ha sottolineato - vogliamo, quindi, consolidare e diffondere una cultura comune a favore della prevenzione oncologica, in particolare di contrasto ai tumori al seno, offrendo un supporto medico capillare e un'attività specialistica al servizio dell'intero Paese».

Per parte nostra, di seguito, pubblichiamo l'autorevole contributo del dottor Sergio Abonante, specialista in chirurgia per l'asportazione del cancro alla mammella.

Autoesame del seno a casa



Guardarsi allo specchio e ispezionare visivamente il seno con le braccia in diverse posizioni



Utilizzare delicatamente i polpastrelli delle dita

Palpare a cuneo

Palpare a strisce verticali

Palpare in senso orario

Il caso Senologia

Evidenze mediche e bioetica clinica, basi della Sanità

DI SERGIO ABONANTE*

Il trattamento del cancro della mammella effettuato oggi è notevolmente cambiato: si è passato a valutare tecniche e terapie sempre più conservative, pur mantenendo il concetto della radicalità oncologica alla luce delle recenti nozioni di biologia cellulare della cellula neoplastica.



Questi significativi progressi verso un trattamento più terapeutico e meno mutilante sono stati possibili soltanto mediante una intensa ricerca sperimentale, traslazionale e clinica nel campo.

Il primo studio clinico prospettico randomizzato di cui si ha notizia in Medicina fu pubblicato nel 1958 per valutare gli effetti di schemi differenti di chemioterapia nella leucemia infantile (Frei e altri).

La Medicina Basata sulle Evidenze (MBE) si fonda sull'analisi critica della letteratura disponibile e sulla valutazione soppesata degli articoli scientifici pubblicati, cercando sempre di conoscere prima possibile ciò che è migliore per la paziente. L'applicazione della MBE riduce i tassi di incertezza rendendo la pratica più sicura e il costo più effettivo.

Il processo di applicazione della MBE è intimamente conseguente ai concetti provenienti dall'Epidemiologia clinica, la Biostatistica e l'Informatica Medica.

La necessità di applicare un metodo sistematico per valutare e classificare la grande quantità di pubblicazioni su un determinato argomento, filtrando e facilitando l'aggiornamento del medico è la base per la strutturazione della MBE, che ovviamente finì con

essere applicata in tutte le specialità mediche e oggi contribuisce ad agevolare l'ottenimento di risposte per le indagini cliniche.

Al primo posto compare l'identificazione di un problema clinico nella pratica del medico e la formulazione precisa di una indagine.

Rientrano in questa considerazione l'evento clinico, la popolazione interessata, la comparazione dei report e infine i risultati finali ottenuti.

La definizione e la strutturazione adeguata dell'indagine sono cruciali per risolvere il problema.

Esempio: Quali sono gli effetti in termini di recidiva tra trattamento conservativo e/o demolitivo della mammella in una popolazione a rischio?

Gli studi clinici possono essere classificati in due grandi categorie: studi sulla base dell'osservazione e studi sperimentali.

Gli studi basati sull'osservazione sono la conseguenza dell'osservazione passiva degli effetti della pratica clinica sulla comunità.

Il prototipo degli studi sperimentali invece è lo studio clinico randomizzato e controllato. La randomizzazione è il modo migliore per evitare vizi poiché distribuisce in modo simile nei gruppi i fattori che interferiscono nello studio (vedi TAB 1).

Tabella 1 Tipi di studi clinici	
OSSERVAZIONALI	SPERIMENTALI
Descrittivi: - Presentazione di serie di casi - Studi di prevalenza	Studi clinici randomizzati controllati
Analitici: - Studi di coorte - Studi casi-controllo	

La principale fonte di base dei dati disponibili nella letteratura biomedica internazionale è MEDLINE che è prodotta dalla "National Library of Medicine" negli USA e include più di 4.000 riviste mediche.

La valutazione finale soppesata delle evidenze scientifiche mira

a ordinare gli studi su un argomento, prioritizzando quelli che hanno più probabilità di offrire le affermazioni maggiormente affidabili. L'informazione più sicura è quella proveniente dalla meta analisi di revisioni sistematiche che includono vari studi clinici randomizzati controllati. Grazie al grande numero di pazienti coinvolti nella meta analisi, i suoi risultati hanno più probabilità di essere generalizzati a tutta la popolazione (vedi TAB 2).

Tabella 2 - Livelli di evidenza e categoria delle evidenze scientifiche	
Metodi di studi scientifici	Risultati
Metanalisi e revisioni sistemiche	A) Evidenze di 1° livello
Studi clinici randomizzati controllati	B) Evidenze di 2°, 3° e 4° con risultati
Studi di coorte	C) Evidenze di 2°, 3° e 4° senza risultati
Studi case-controllo	D) Senza evidenza scientifica
Presentazione serie di casi	
Opinioni di specialisti	

Ma il progresso scientifico che viene delineandosi seguendo la MBE non giustifica da solo lo sviluppo di una branca come la senologia che coniuga diritto individuale di ogni donna a mantenere la integralità totale del suo essere. In effetti la disputa moderna tra scienza e bioetica rappresenta quanto di più attuale è rappresentato. Il neologismo del termine "bioetica" è stato introdotto di recente all'inizio degli anni '70.

Il conflitto all'interno del mondo scientifico e tecnologico rappresenta con l'introduzione della bioetica la possibilità di uno sviluppo umano autentico. Le continue aggressioni che il mondo scientifico realizza nella psiche umana fa riflettere sulla necessità di creare un nuovo campo di conoscenza.

La bioetica e la medicina basata sulle evidenze sono gli strumenti che servono a prendere decisioni nella area della salute in genere e nella senologia in particolare.

La caratteristica della interdisciplinarietà permette una visione

olistica dell'uomo e offre allo stesso tempo un ventaglio molto ampio di prospettive di interazioni con altre discipline. Il vecchio campo dell'Etica Medica è tradizionalmente segnato da un'enfasi quasi esclusiva sul rapporto tra medico e paziente, tra psiche e malattia. All'interno della bioetica la persona umana è il punto di riferimento: è l'unità di misura tra quello che è lecito e quello che non lo è.

Indicazioni mediche, preferenze dei pazienti, qualità della vita, contesto socio economico: nella maggioranza dei casi questi diversi punti possono essere identificati e relazionati in modo ordinato tra loro permettendo un ragionamento etico che può essere espresso e condiviso da più specialisti.

La relazione tra la fisiopatologia presentata dalla paziente e gli interventi diagnostici e terapeutici che sono indicati per risolvere il problema in modo appropriato. Sempre che sia possibile (quando esistono le evidenze) si deve basare su dati scientifici provenienti da studi ben delineati e riferiti al problema in questione.

Tabella 3 - Le domande
Quali sono gli obiettivi del trattamento?
Quali le probabilità di successo?
Quali le prospettive in caso di insuccesso?
In cosa può trarre beneficio?
La paziente ha espresso le sue preferenze a proposito del trattamento?
La paziente è stata informata del rischio?
L'autonomia della paziente è rispettata?

Alcuni fattori importanti emergono in questa forma di metodologia. Il primo è che non si deve realizzare alcuna analisi etica/bioetica di problemi clinici senza avere una conoscenza scientifica approfondita della questione.

Attualmente circa il 13% delle neoplasie della mammella compare nell'età riproduttiva per di più il cancro rimane al secondo posto, solo secondo agli incidenti stradali, come causa di decessi in questo periodo. La comparsa di un cancro della mammella

diagnosticato durante la gestazione genera grandi discussioni cliniche ed etiche. La complessità che il dualismo cancro-gravidanza non permette che vi siano condotte standardizzate: c'è bisogno del dialogo multidisciplinare, la bioetica la responsabilità scientifica e l'impegno umanitario.

Gli obiettivi delle politiche della salute per il cancro sono rivolti alla prevenzione e diagnosi precoce. Prendendo in considerazione che il potenziale degli anni persi con il cancro della mammella è approssimativamente di 467 anni/1.000 donne, posizionandosi soltanto dietro alle malattie cardiovascolari, è evidente la sua importanza economica e sociali.

E se siamo sicuri di aspettarci un aumento tanto dell'incidenza quanto della mortalità di questa malattia, è imperativo una padronanza della diagnosi e del trattamento e nello stesso tempo fare perno con la bioetica nel pretendere interventi legislativi sempre più adeguati.

**medico chirurgo*

SANITÀ PUBBLICA SPOGLIATA DAI PRIVATI**DI MARIAPIA GIABARRI**

La Sanità italiana da tempo ha fatto propria un celebre frase di Oscar Wilde: «Toglietemi tutto, ma non il superfluo». In effetti sta succedendo che “tutto” è nelle mani dei privati. Alla sanità pubblica sta restando solo il “superfluo”.

All’ospedale di Cosenza, gli amministratori dell’Annunziata, ad esempio, hanno bloccato l’utilizzo del robot “Da Vinci” adducendo come motivazione che un intervento è più costoso di quello a “cielo aperto”. Questa decisione ha provocato non poco scontento tra i chirurghi e anche i piani alti dell’Università della Calabria si sono irritati non poco.

Pare che la crisi sia rientrata perché al Commissario della Sanità calabrese, Roberto Occhiuto, un alto dirigente dell’Unical avrebbe fatto notare l’errore che stavano commettendo i dirigenti ospedalieri. «Robbe’ - gli avrebbe detto - è vero che un intervento con la robotica costa un po’ di più (*circa 2.000 euro, ndr*), ma in realtà la Regione utilizzandolo ottiene, comunque un risparmio». Alla reazione stupefatta del presidente-commissario, il dirigente dell’Unical ha rincarato: «Se bloccate la robotica finisce che il paziente cerca di operarsi fuori Cosenza e i costi raddoppierebbero rispetto al costo dell’intervento in robotica all’Annunziata». A quanto ci è dato di sapere, Occhiuto è rimasto di stucco e pare che abbia alzato subito il telefono per far ripristinare il servizio.

Non sono, quindi, solo i medici il problema. La classe dirigente della sanità è davvero scadente. Non è in grado di gestire bene, probabilmente, nemmeno un condominio.

Non vi nascondo che quando sento parlare di medici, di case farmaceutiche, di amministratori di cliniche e di laboratori privati e, perché no, di dirigenti della Sanità pubblica, mi viene l’istinto di diventare un piccolo bastardo. Penso alla bella vita che fanno. Si comprano l’automobile più di moda, vanno nei locali più di tendenza, non pagano le tasse perché il Pos è sempre rotto

e la ricevuta dei contanti non si può fare e, soprattutto, nessun paziente che abbia un po' sale in zucca, la chiede (*chissà il dottore potrebbe uccidermi*). Sono sempre sul pezzo, cercano sempre la novità che, contrariamente a quanto si possa pensare, è qualcosa di inesistente che dura lo spazio di qualche ora perché c'è sempre una novità che fa diventare vecchia la novità precedente. In fondo, forse, sono degli infelici. Tutti questi soldi dove li metteranno. E più ne spendono, più i pazienti pagano. Comprano una nuova Mercedes SLK (con tettuccio a scomparsa nel bagagliaio), ma nel giro di poco hanno bisogno di comprare un BMW Z3, poi una Porsche Boxter. Sono i preferiti dai pubblicitari che hanno il compito di far spendere i soldi che guadagnano. E sapete quanto è stimato il guadagno di un medico o di amministratore di una clinica privata? Ben 13.000 euro nette al mese in media. Non so, però, quanto venga dichiarato al Fisco.

La crisi della Sanità italiana è stata studiata, analizzata e, perfino c'è chi si è azzardato a proporre "ricette".

A mio avviso è tutta una enorme finzione. Girano troppi soldi.

Il vero problema della Sanità Pubblica, con grande probabilità, è quella Privata. Sono le persone che la gestiscono come i medici e i dirigenti, sono i fornitori che ne approfittano, sono le case farmaceutiche, assetate di soldi, che impongono le loro politiche sanitarie e curative.

Prendiamo i medici ospedalieri, per dire che la legge consente loro di prestare la loro opera dove vogliono, fuori dall'orario di lavoro.

Accade così che, ad esempio, un medico primario dell'ospedale pubblico effettua visite nel suo studio privato e porta il paziente a operarsi a Firenze, Roma, Torino, Bologna e così via, magari in una clinica privata convenzionata o a pagamento. Insomma il chirurgo lavora in ospedale come se fosse un'attività di marketing promozionale. Solo che questo marketing è fatto a spese del bilancio della Nazione (per dirla alla meloniana).

Lo Stato paga a vuoto il chirurgo e lo stesso incassa anche i soldi della clinica privata. Ma è legale? Sì. E' legale. Perfettamente legale.

Così come in Calabria abbiamo primari di radiologia in un

ospedale pubblico che non solo hanno lo studio privato, ma sono anche consulenti di laboratori diagnostici privati. A questo prototipo di medico chi gliela fa fare a svolgere analisi, radiografie, TAC, Risonanze Magnetiche in ospedale? E' ovvio che per lui è meglio svolgerle nel suo studio privato o presso il laboratorio di analisi privato. Incassa tre volte: 1) lo stipendio dallo Stato; 2) la parcella dello studio dal paziente (che così lo paga due volte, una con le tasse, l'altra con la carta di credito, se va bene); 3) la consulenza del laboratorio, pagata dal privato a sua volta pagato dal paziente.

Se consideriamo, inoltre, che il laboratorio privato, ove fosse convenzionato, copre i costi con i soldi pubblici, è facile rendersi conto quante volte paghi la stessa persona (il malcapitato paziente) per 1 solo servizio sanitario a cui avrebbe diritto gratuitamente o, al massimo, pagando un ticket.

E la beffa è che, nonostante quello che si dice in giro sulla malasànità nostrana, i medici calabresi sono bravissimi. Lavorano in tutta Italia con eccellenti risultati.

Qui in Calabria, invece, nessuna eccellenza, anzi.

Si può risolvere? No. Impossibile.

Bisognerebbe, infatti, bloccare le convenzioni fra Sanità Pubblica e Privata, comprare più attrezzature e macchinari per gli Ospedali pubblici, assumere personale (o almeno far lavorare quello già in servizio, infermieri, medici, amministrativi) e, soprattutto, pagare di più i medici, altrimenti la Sanità pubblica correrebbe il rischio di trovarsi senza medici e dovrebbe ricorrere a quelli cubani, venezuelani, nigeriani, marocchini e così via.

E' impossibile o no?

D'altra parte nessuno è un Gino Strada e nessuna madre è come quella di Gino che gli diceva: «*Fa' il dutur, l'è minga una laurà, l'è una missiun*». Strada nella sua autobiografia si chiede: «Un'esagerazione?» e si risponde così: «Non so, ma il senso di quella frase me lo porto ancora dentro, forse mia madre era un'inconsapevole ippocratica».

Un lancio dell'Ansa di una settimana fa ci mostra una Sanità italiana in forte sofferenza. Secondo il lancio, 15 Regioni hanno i conti in rosso e 7, di cui 5 al Sud non raggiungono la sufficienza sui Lea (Livelli essenziali di assistenza). In questo quadro tutte le Regioni chiedono più soldi nella manovra di Bilancio. Nel 2022 le perdite sono state 1 miliardo e 470 milioni di euro, mentre nel 2020 erano pari a 800 milioni complessivi. Fra le 7 Regioni in attivo, non vi meravigliate, c'è anche la Calabria. Le altre sono Lombardia, Veneto, Umbria, Marche e Campania. Ma c'è una ragione precisa. Amerigo Cicchetti, direttore dell'Alta scuola di economia e management dei Sistemi sanitari (Altems) dell'Università Cattolica ha spiegato all'Ansa che «La Calabria ha beneficiato di alcuni provvedimenti integrativi, come il decreto Calabria, che hanno aiutato i conti». È, dunque, solo un'illusione.

In Calabria due terzi dei fondi alla sanità

Emergenze, interi bacini di utenza restano scoperti

DI SAVERIO DI GIORNO

La sanità in Calabria assorbe quasi i due terzi dei fondi pubblici, è una voragine, un leviatano dai mille tentacoli che ha bisogno di continui aiuti e supporti per mantenere la massa che cola da tutte le parti. È una specie di elefante gigantesco che ingombra qualsiasi discorso che si voglia fare sull'economia e la società calabrese. Sfogliare i dati della sanità calabrese è come dare uno sguardo in un caleidoscopio che restituisce tutte le contraddizioni del sistema capitalistico e delle moderne democrazie liberali.

Il focus principale è il rapporto pubblico/privato. I dati reperibili in qualsiasi osservatorio pubblico raccontano che a fronte di circa 40 miliardi tagliati alla sanità pubblica negli ultimi dieci anni, il numero di strutture sociosanitarie private accreditate non ha mai subito flessioni, e ad oggi la sola provincia di Cosenza ne conta 171. Strutture a volte di eccellenza, a volte decisamente no, che però si focalizzano su interventi particolarmente remunerativi. Restano totalmente scoperte quindi tutte le misure di emergenza. Restano completamente scoperti interi bacini di utenza periferici che non sanno dove rivolgersi. E la Calabria è piena di bacini di utenza periferici: anfratti, vallate scoscese, comunità alte o basse che possono essere distanti anche 45 minuti di ambulanza (se la strada non è dissestata).

La voragine pubblica lascia fluire fiumi di denaro. I bilanci di molte aziende ospedaliere non vengono approvati da anni e questo ha permesso di stabilire un sistema di rendicontazione pazzo. La corte di Conti è intervenuta più volte in varie aree sulla questione mettendo nero su bianco cifre astronomiche: centinaia di milioni

di euro, addirittura un miliardo. Accade tutto ciò perché: servizi quali mense, forniture di attrezzature negli anni sono stati fatturati molte volte non avendo una contabilità certa. Chi fornisce questi strumenti: in molti casi la criminalità organizzata, almeno secondo quanto raccontava la relazione ispettiva della prefettura per quanto riguarda Cosenza, tra il 2012 e il 2013.

LA CALABRIA “SPOPOLA” SUI MERCATI FINANZIARI MONDIALI

Accade anche per il sistema di accrediti ai privati e le prestazioni extra-budget. Quando un privato chiede il pagamento di una prestazione, il pubblico che è in dissesto non può pagare. Interviene spesso una società di intermediazione privata che paga la metà e subito e si fa dare in cambio i debiti. Sono strumenti finanziari molto complessi, si dice che il credito viene ingegnerizzato, chiuso in pacchetti azionari e rivenduto. Dove? Lo snodo di queste società sono i centri del capitalismo finanziario moderno: Milano, Londa, Lussemburgo. Gli acquirenti però possono arrivare da tutto il mondo. Follow the money. È quello che ha provato a fare Miles Johnson, giornalista del Financial Times, in un'inchiesta di qualche anno fa che ci ripete al telefono. Può capitare che ad acquistare il prodotto siano fondi pensione in sud Corea o assicurazioni in America. Gli acquirenti finali non hanno idea di cosa ci sia dentro, comprano perché sono titoli che rendono molto e sono anche sicuri essendo debiti garantiti dallo Stato. Ecco, quindi, che il caleidoscopio nel suo gioco di specchi ha sparato i suoi frammenti dall'estrema periferia dell'Europa, qual è la Calabria, ai cuori pulsanti del sistema economico mondiale. E ci restituisce tutte le contraddizioni e i compromessi etici che tale sistema costringe a fare per cui la garanzia del benessere in un luogo richiede la compromissione del diritto alla salute nell'altro.

BUROCRATI-IMPRENDITORI-POLITICI, PERVERSO INTRECCIO

Immediatamente occorre però tornare dentro gli ingranaggi nostrani, tra le carte delle inchieste, molte e quelle delle sentenze,

poche che attestano che tale effluvio di soldi è possibile grazie a burocrati consenzienti o omertosi, direttori nominati da consorzierie politiche e assunzioni pilotate. Da inchieste locali a quelle parlamentari (una su tutte la commissione presieduta da Rosy Bindi nel 2017). Perché? Perché nel suo intrecciarsi gli imprenditori privati in molti casi sono finanziatori diretti o indiretti dei politici che poi faranno quelle nomine. Il potere economico via via acquisito grazie al depauperamento della sanità pubblica si trasforma in risorse da investire nelle campagne politiche, in capitale sociale e relazioni da far fruttare. In definitiva in potere politico. Ed ecco, ancora che se prima occorreva esaminare una questione etica economica ora il punto è di agibilità democratica. Il caleidoscopio spappolatosi in mille parti del mondo si ricompone velocemente invilupandosi nei meccanismi locali, nelle clientele e nei giochi di potere che devono far funzionare gli ingranaggi che per girare a volte hanno richiesto lo sversamento di sangue, come nel 2005 Fortugno.

Oggi? Nulla cambia. Una nuova norma dell'attuale governo consente di approvare un bilancio anche se quelli precedenti non sono stati approvati. Una mostruosità giuridica che permette di voltare pagine senza capire, chiedere conto e stabilire responsabilità. Non si sa mai cosa ci si possa trovare dentro in questo "pasticciaccio brutto".