



ASL Taranto

PugliaSalute

Rassegna Stampa

Giovedì

25 gennaio

2024

IL REFERTO SUL PREVISIONALE 2023

Rispettati i vincoli di contabilità pubblica
La gestione degli investimenti è virtuosa
«Incertezze in alcuni provvedimenti»

IL NODO DEI LIVELLI DI ASSISTENZA

Le leggi dello scorso anno hanno introdotto
nuovi adempimenti a carico delle casse
pubbliche per 50 milioni: «Non si può»

Sanità, altolà alla Regione «Basta con le spese extra»

La Corte dei conti promuove il bilancio: «Debiti sotto controllo»
Ma avverte la Puglia: siete in Piano di rientro, rispettate la legge

1,5
MILIARDI DI EURO
L'indebitamento della
Regione a fine 2023
I giudici contabili
hanno osservato che
circa metà di questa
somma è stata
dedicata al
finanziamento di
investimenti
infrastrutturali: una
gestione della spesa
virtuosa, che risulta in
crescita del 20%
rispetto all'anno
precedente

MASSIMILIANO SCAGLIARINI

● **BARI.** Una buona capacità di spesa, in deciso miglioramento, e un livello di indebitamento definito «sostenibile», a fronte però di significative preoccupazioni per i finanziamenti della sanità. Ci sono luci ma anche diverse ombre (per quanto più formali che sostanziali) nel giudizio che la Corte dei conti ha formulato sul bilancio previsionale 2023 della Regione: compreso un «giallo» (poi chiarito) sull'ammontare di spese e entrate.

La Regione ha entrate totali pari a 7,48 miliardi di euro, di cui circa 1,544 sono le entrate tributarie al netto del finanziamento sanitario. Detto questo, i magistrati contabili (presidente Barisano, relatore Natali) hanno rilevato che in sede di assestamento la Regione ha dichiarato una diminuzione di 7,8 milioni dello stato previsionale di entrate e spese, quando invece il quadro riassuntivo allegato alla stessa legge riporta un aumento di oltre 4,5 miliardi di euro. La Regione ha chiarito che la diminuzione va intesa in relazione alla variazione di assestamento, e che da quest'anno renderà più chiari i «valori degli stanziamenti del bilancio di previsione attualizzati anche a seguito delle complessive variazioni intercorse durante l'esercizio finanziario». Una questione non sostanziale, di «accountability», che non mina il rispetto formale degli equilibri di bilancio (pure, questi ultimi, caratterizzati da un refuso nei calcoli rilevato dalla Corte). Ne emerge però un equilibrio di parte corrente positivo (che denota la capacità di far fronte alle spese continuative di funzionamento attraverso le entrate ordinarie): questo saldo viene destinato a sostegno degli investimenti. Non così per il fondo pluriennale vincolato in entrata, di cui la Corte rileva «il significativo, consistente e anomalo scostamento» tra le previsioni iniziali e l'assestamento. Si tratta degli impegni di spesa assunti negli esercizi precedenti, che dunque non dovrebbero variare significativamente in corso d'anno:



LUCE E OMBRE Il giudizio della Corte dei conti sul bilancio previsionale

circostanza quest'ultima - denunciano i giudici «che mina l'attendibilità del dato oggetto di esame da parte del Consiglio regionale».

Il dato migliore emerso dall'analisi è il basso livello dell'indebitamento, a poco meno di 1,5 miliardi di euro. Un indice che si assesta sul 3,4% a fronte di un tetto massimo imposto dalla legge del 20%. I giudici contabili rilevano un trend in discesa (rispetto al 3,99% del 2022 e al 4,39% del 2021). Il debito è peraltro virtuoso, perché finanzia investimenti per ben 804 milioni, cifra in aumento di circa il 20% rispetto all'anno precedente.

Il nodo vero resta, però, ancora una volta, la sanità. Nessun problema né sugli investimenti, né sul costo del personale, né sui riflessi in bilancio dell'emergenza Covid. Anche i debiti (tutti formalmente riconducibili alle Asl) sono quantificati in 1,29 miliardi (di cui 390 milioni scaduti a fine 2022), somma compatibile con il livello di finanziamento del sistema. Il problema è un altro e riconduce a una questione già

emersa nel corso del 2023. «Desta perplessità - scrivono infatti i magistrati del Controllo - la previsione di una spesa sanitaria aggiuntiva per il finanziamento di livelli di assistenza superiori ai Lea». La Puglia è infatti in Piano operativa, e dunque sottoposta al divieto di aumentare il perimetro delle prestazioni. Viceversa, come noto, sono state istituite nuove spese (collegate agli screening) valutate in 50 milioni di euro. Soldi prelevati dal bilancio autonomo, ma che la Regione non è formalmente autorizzata ad utilizzare.

Sul fronte del Pnrr, infine, salvi i monitoraggi già annunciati per il semestre in corso la Puglia incassa una promozione. Dopo i rilievi dello scorso anno, la Regione sembra infatti aver adeguato l'organizzazione interna alla gestione dei progetti: la maggior parte dei fondi Pnrr di competenza regionale, va ricordato, sono destinati agli investimenti in sanità. Sono stati tuttavia gli stessi revisori dei conti a segnalare «carenze informative», a partire dalla mancanza di riferimenti al cronoprogramma delle spese.

SALUTE

CORRETTI STILI DI VITA

MALATTIE CARDIOVASCOLARI

Sono in aumento. E i fattori scatenanti (pressione arteriosa, lipidi ematici e glicemia) sono influenzati dall'eccesso di massa corporea

Obesità e rischio infarto in Puglia è allarme rosso

Ne è affetto il 12% della popolazione: un bimbo su 10, un adulto su 6

GIANPAOLO BALSAMO

● Che la Puglia fosse considerata per antonomasia la regione della buona cucina (e non solo) è un dato di fatto. Purtroppo, però, considerando che le abitudini alimentari hanno un enorme impatto sulla salute della popolazione, il Tacco d'Italia, nonostante la sua posizione centrale nel bacino del Mediterraneo e il suo ruolo di coprotagonista di uno stile di vita alimentare corretto e sano, è tra le regioni italiane con il più alto tasso di obesità: oltre il 12% della popolazione (circa 400 mila persone) è obeso. Un bambino su 10 così come un adulto su 6 si presenta obeso.

Numeri spaventosi se si considera che in Puglia sono sempre più in aumento i casi di infarto tra i cinquantenni. A rivelarlo è la prof. Patrizia Suppressa, responsabile dell'Unità operativa di malattie rare del Policlinico di Bari che gestisce anche l'ambulatorio di dislipidemia di rischio cardiovascolare.

«Eppure nessuno vuole capire che molto dipende dallo stile di vita. L'obesità, definita la malattia del benessere in relazione alla diminuita attività fisica e alla maggiore disponibilità alimentare, è un importante amplificatore del rischio cardiovascolare e il consenso è ormai generale nel considerare questa condizione come una patologia cronica, multifattoriale e complessa», spiega l'esperta nella gestione della sindrome metabolica.

Lei, insieme al presidente della Società italiana interdisciplinare per le cure primarie, Vincenzo Contursi, ha organizzato una tavola rotonda tra esperti che si svolgerà a Bari domani e sabato promossa da «C.lab Meeting».

I principali fattori di rischio cardiovascolare (pressione arteriosa, lipidi ematici e glicemia) sono influenzati dall'eccesso di massa corporea e la perdita di peso influisce positivamente sui livelli di questi fattori, diminuendo il pericolo di andare incontro a eventi cardiovascolari.

«Spesso questi fattori di rischio coesistono nello stesso paziente e aumenta il rischio di malattie cardiovascolari. L'attenzione all'obesità, purtroppo, è ancora sottodimensionata: si tende a rilevarne o associarla in prevalenza agli aspetti estetici, a discapito di complicazioni potenzialmente anche gravi, soprattutto a livello cardiovascolare», aggiunge la prof. Suppressa.

«C'è una scarsa consapevolezza e informazione del rischio cardiovascolare. Circa 700mila pazienti presenta dislipidemia (una alterazione della quantità di lipidi - grassi - nel sangue, in particolare trigliceridi e colesterolo) e il 49% di questi non raggiunge quelli che sono i target terapeutici perché, non avendo consapevolezza del

danno del colesterolo, non fanno il trattamento come dovrebbe essere».

Le malattie cardiovascolari, è pur vero, costituiscono la prima causa di mortalità nei paesi industrializzati. Nell'approccio moderno alla gestione delle malattie cardiovascolari, il ruolo dei fattori di rischio è di fondamentale importanza. «L'identificazione precoce di tali fattori di rischio - conclude la prof. Patrizia Suppressa - consente, infatti, da una parte di prevenire l'insorgenza e



La prof. Patrizia Suppressa

dall'altra di ritardare la progressione della malattia aterosclerotica, che è alla base della suscettibilità allo sviluppo degli eventi cardiovascolari maggiori. Avere un corretto stile di vita sin dall'infanzia, dunque, è fondamentale per evitare di avere con gli anni maggiori fattori di rischio cardiovascolari».

D'altra parte, le statistiche lo confermano, le patologie a maggiore prevalenza ed impatto negativo sulla salute e sui costi correlati, in Puglia come altrove, sono proprio le malattie cardiovascolari e dismetaboliche, condizionate dal profilo di rischio cardiometabolico a cui il paziente è esposto. La prevalenza delle malattie croniche nella popolazione assistita in medicina generale riguarda ipertensione arteriosa (35%), ictus e scompenso cardiaco (10%), diabete (6%).

Mai come in questo momento, pertanto, diventa importante l'orientamento alla prevenzione primaria delle malattie cardiovascolari e dismetaboliche. «Esatto - conferma il Vincenzo Contursi, presidente designato Sici - È fondamentale puntare sul concetto di "longevità in salute" che abbraccia lo stile di vita, l'ambiente, le condizioni socio-sanitarie, la genetica, la psicologia e molte altre discipline di crescente interesse speculativo: cronobiologia (la scienza che studia i ritmi biologici dell'uomo), alimenti funzionali e nutrigenomica (studia il rapporto fra genoma e dieta), psico-neuro-endocrino immunologia e così via. I moderni indirizzi della ricerca scientifica sono sempre più orientati al mantenimento dello stato di salute e alla medicina anti-aging (il cui intento è di allungare e migliorare la qualità della vita, ndr) anche al fine di garantire la sostenibilità dei sistemi sanitari nel prossimo futuro».

Convegno a Bari

L'importanza della prevenzione primaria

■ Nel post pandemia da covid-19 è salita la domanda di cure complesse, collegate all'aumento della popolazione anziana con malattie croniche, non solo a causa dell'invecchiamento, ma anche per stili di vita malsani, inquinamento ambientale, disuguaglianze sociali. Diventa fondamentale, pertanto, la prevenzione primaria delle malattie cardiovascolari e dismetaboliche, legata al concetto di «longevità in salute»: sarà questo il leitmotiv del congresso «Italian Journal of Primary Care Conference», promosso da C.lab Meeting, che avrà luogo a Bari domani e sabato al Nico-lauss Hotel.

L'appuntamento scientifico si inaugurerà con la lectio magistralis del prof. Giorgio Sesti, presidente della Società italiana di medicina interna. Interverranno, tra gli altri, Francesco Giorgino, professore ordinario di endocrinologia e malattie metaboliche all'Università degli Studi di Bari, e il prof. Giovanni De Pergola, responsabile del centro di nutrizione clinica Irccs de Bellis, Castellana Grotte, e Antonio Moschetta, ordinario di medicina interna dell'Università di Bari. Tra i moderatori il dott. Vincenzo Contursi, presidente designato della Società italiana interdisciplinare per le cure primarie.

Domani 27 gennaio, invece, tra i relatori la prof. Patrizia Suppressa, responsabile U.o.s. del centro malattie rare al Policlinico di Bari, esperta nella gestione della sindrome metabolica, che si soffermerà soprattutto sulle dislipidemie mono e poligeniche, una serie di alterazioni della quantità di lipidi (grassi) nel sangue, in particolare trigliceridi e colesterolo.

[Gian.Bals.]

DA IERI AL GIOVANNI XXIII SI POTRANNO DIAGNOSTICARE FINO A 61 MALATTIE. AMATI: «GLI UNICI AL MONDO A FARLO COSÌ AMPIO»

Screening neonatale super esteso Operativi i medici del Pediatrico

● BARI. Da ieri lo screening super esteso è operativo nell'ospedale pediatrico Giovanni XXIII di Bari. Riguarda tutti i neonati in Puglia. «Siamo passati nel giro di pochi mesi, dunque, dallo screening su 9 malattie a quello super esteso a 61 malattie, compresa la SMA, il cui test si svolge presso il Laboratorio di Genomica dell'ospedale Di Venere di Bari-Carbonara», commenta il presidente della Commissione regionale bilancio e programmazione Fabiano Amati. «Si tratta - aggiunge - di un risultato importantissimo, portato avanti dal Consiglio regionale con alcune proposte di legge approvate poi all'unanimità, sia sotto il profilo della diagnosi precoce e sia per un primato mondiale, perché non risultano paesi al mondo con un così ampio pannello di screening obbligatorio, erogato dalla sanità pubblica. E io sono molto felice e ringrazio per l'impegno la direttrice della Patologia clinica del Giovanni XXIII Simonetta Simonetti e il suo meraviglioso staff, il direttore sanitario del Giovanni XXIII Livio Melpignano, l'azienda fornitrice delle attrezzature e materiali Revvity, con tutti i collaboratori, e i componenti dell'Ufficio tecnico del Giovanni XXIII». Secondo Amati, «la diagnosi neonatale di 61 malattie, compresa la SMA, è un risultato che ci porta sul tetto del mondo. Diagnosticare in fase precoce le malattie, significa rendere più efficaci le terapie disponibili e più innovative».

Con l'avvio totale dello screening, ecco quali saranno le malattie che potranno essere diagnosticate: Adrenoleucodistrofia legata all'X (X-ALD); Sindrome Adreno Genitale; Fenilchetonuria; Iperfenilalaninemia benigna; Deficit della biosintesi del cofattore bipterina; Deficit della rigenerazione del cofattore bipterina; Tirosinemia di tipo I; Tirosinemia di tipo II; Tirosinemia di tipo III; Malattia delle urine a sciroppo d'acero; Omocistinuria (di-



LE CURE POSSIBILI
Diagnosticare in fase precoce le malattie significa rendere più efficaci le terapie disponibili e più innovative

fetto CBS); Omocistinuria (difetto severo di MTHFR); Deficit di glicina N-metiltransferasi; Deficit di metionina adenosiltransferasi; Deficit di S-adenosilomocisteina idrolasi; Citrullinemia di tipo I; Citrullinemia di tipo II (deficit di Citrina); Acidemia argininosuccinica; Argininemia; Acidemia glutarica di tipo I; Acidemia isovalerica; Deficit di beta-chetotilasi; Acidemia 3-idrossi-3-metilglutarica; Acidemia propionica; Acidemia metilmalonica (Mut); Acidemia metilmalonica (Cbl-B); Acidemia metilmalonica con omocistinuria (deficit di Cbl-C); Acidemia metilmalonica con omocistinuria (deficit di Cbl-D); Deficit di 2-metilbutiril-CoA deidrogenasi; Aciduria malonica; Deficit multiplo di carbossilasi; Acidurie 3-metil glutconiche; Deficit 3-metilcrotonil-CoA carbossilasi; Deficit 2-metil 3-idrossibutiril-CoA deidrogenasi; Deficit del trasporto della carnitina;

Deficit di carnitina palmitoil-transferasi I; Deficit di carnitina palmitoil-transferasi II; Deficit di carnitina-acilcarnitina traslocasi; Acidemia glutarica di tipo II; Deficit della proteina trifunzionale mitocondriale; Deficit di acil-CoA deidrogenasi a catena molto lunga; Deficit di 3-idrossi-acil-CoA deidrogenasi a catena lunga; Deficit di acil-CoA deidrogenasi a catena media; Deficit di 3-idrossi-acil-CoA deidrogenasi a catena media/corta; Deficit di acil-CoA deidrogenasi a catena corta; Deficit di isobutiril-CoA deidrogenasi; Galattosemia; Deficit di biotinidasi; Ipotiroidismo congenito; Fibrosi cistica; SMA; Fabry; Pompe; Gaucher; Mucopolisaccaridosi I; Leucodistrofia metabolica (MLD); Immunodeficienza severa combinata (SCID); X-Linked agammaglobulinemia (XLA); Deficit di decarbossilasi degli L-aminoacidi aromatici (DDC); Distrofia muscolare di Duchenne.

IL CASO

PROTESTA DEI CITTADINI

LA LETTERA

Il comitato due mesi fa ha scritto una missiva al sindaco, ma al momento non hanno ricevuto alcuna risposta

Martina, il degrado al Parco del Votano

L'Asl chiede la copertura della vasca di raccolta delle acque

OTTAVIO CRISTOFARO

● Sono ancora in attesa di una risposta. Sono i cittadini del Comitato per la salvaguardia del parco del Votano e del Comitato di via Trento e dintorni, che due mesi fa avevano scritto una lettera al sindaco Gianfranco Palmisano e, tra gli altri, anche alla Asl con la quale avevano evidenziato una serie di problemi riguardanti il parco del Votano e avanzato la richiesta di interventi volti a completare, risanare e rendere godibile e salubre quel luogo.

Nel frattempo è arrivata al Comitato la nota del Servizio Igiene e

Sanità della Asl che, sulla questione, evidenzia la necessità degli interventi di periodica manutenzione sulla vasca dove vengono raccolte le acque piovane. Addirittura nella nota della Asl viene persino espresso un parere secondo cui quella vasca dovrebbe essere coperta. L'infrastruttura è stata da poco inaugurata e da progetto non è mai stata prevista la copertura degli impianti dove confluiscono le acque. Una circostanza, quest'ultima, che contribuisce a rendere più complicata la vicenda, ma resta il fatto che dai comitati di cittadini sono ancora in attesa di una risposta alla lettera con

la quale si chiedeva una soluzione a una serie di problemi che erano stati riassunti in un documento in 9 punti con tutta una serie di criticità.

«Non disperiamo - dicono dal comitato - che, a breve siano resi noti e adottati, non solo i provvedimenti auspicati dal Servizio Igiene e Sanità, ma anche tutti quelli idonei a risolvere le criticità evidenziate nel documento del 18 novembre 2023. Siamo certi che positivi segnali di concreta volontà politica potranno garantire la leale collaborazione con i cittadini residenti e con quelli disponibili a partecipare per la individuazione delle misure necessarie

a completare, salvaguardare e rigenerare l'area del Parco Votano». Poi dicono ancora: «ribadiamo, infatti, che il confronto e la partecipazione dei cittadini ai processi decisionali che riguardano l'assetto urbanistico dell'ambiente in cui vivono e fanno crescere i loro figli, non solo è un esercizio vitale di democrazia, ma anche una sana dimostrazione di corretta e trasparente amministrazione del bene comune».

Nel frattempo nelle vasche di decantazione ristagnano acqua maleodorante, residui trasportati dalle piogge e sporcizia di ogni genere. Gli

argini del percorso dell'acqua in uscita dalle vasche di decantazione sono pieni di erbacce e arbusti secchi che, oltre ad essere sgradevoli alla vista, potrebbero costituire ostacolo al defluire delle acque in caso di piogge particolarmente abbondanti. Le strutture del parco (casette di legno, oggetti di arredo, giochi per bambini, ecc.) sono vandalizzate e nella fontana decorativa, si deposita sporcizia varia che rende torbida l'acqua, mentre la parte bassa di via Carlo Pisacane che immette nel parco (unico ingresso per i disabili), versa in uno stato di degrado.



IL CANALE La vasca di raccolta delle acque piovane fonte di problemi igienici

Dalla mobilità passiva alla difficile sfida dei Lea: la sanità teme per il gap

Vincenzo DAMIANI

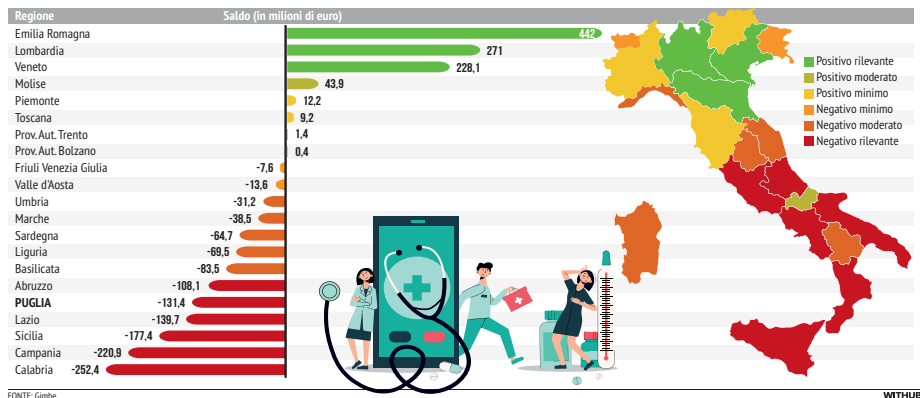
Meno soldi, meno personale e un'assistenza sanitaria che non è garantita agli stessi livelli di qualità in tutta Italia: dopo il Covid il gap tra Nord e Sud non si è ridotto, anzi. Certo, la Puglia risulta essere "adempiente" sui livelli essenziali di assistenza (Lea) ma si trova solo a metà classifica, ancora lontana da Lombardia, Veneto ed Emilia Romagna e, soprattutto, è l'unica regione del Mezzogiorno ad essere promossa. La conseguenza diretta è che la mobilità passiva, i cosiddetti viaggi della speranza, è tuttora elevata: nel 2018 la Puglia ha speso 243 milioni di euro per curare i suoi cittadini fuori dai confini regionali, un anno dopo la cifra è scesa a 241 milioni, nel 2020, complice la pandemia Covid-19 l'esborso è stato "solo", si fa per dire, di 172 milioni. Terminato l'effetto lockdown sono tornati ad aumentare i "viaggi della speranza": così nel 2021, nonostante ci fossero ancora alcune restrizioni nel settore sanitario, la spesa è tornata a crescere sino a 181 milioni. In quattro anni la Puglia ha pagato per le cure dei suoi cittadini fuori dai confini regionali 837 milioni circa. Soldi che finiscono nelle casse delle Regioni del Nord. Infatti, mentre nel 2022 le Regioni del Nord hanno guadagnato dalla mobilità passiva 650 milioni complessivamente, il Sud ha dovuto sborsare 484 milioni, il Centro 241 milioni. A fare la parte del leone è l'Emilia Romagna (+307 milioni), segue la Lombardia (+232 milioni) e Veneto (172 milioni); mentre la Campania brucia 230 milioni, la Puglia 126 milioni, la Sicilia 180 milioni, la Calabria "solo" 14 milioni.

Tornando ai Lea, i dati ufficiali del ministero della Salute evidenziano che solo il regioni risultano adempienti nel 2020: la maggior parte delle Regioni del nord Italia è riuscita a mantenere un'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza non troppo difforme rispetto all'anno precedente, e questo nonostante la prima pesante ondata pandemica di Covid-19. Al contrario le Regioni del Sud, ad eccezione della Puglia, pur essendo state meno colpite dalla pandemia nel 2020, hanno registrato performance peggiori rispetto al

► Mancanza di soldi e di personale: impietoso il confronto con le altre realtà

► In un anno i pugliesi hanno speso 243 milioni per le cure fuori regione

LA MOBILITÀ SANITARIA



FONTE: Gimbe

WITHUB

2019. Le "pagelle" Lea valutano distintamente tre aree di assistenza (territorio, ospedali e prevenzione) e attribuiscono loro un valore compreso in un range 0-100. La garanzia di erogazione dei Lea è centrata qualora, entro ciascun livello, sia raggiunto un punteggio pari o superiore a 60. Il punteggio di ogni area è determinato dalla media pesata di 22 indicatori, così suddivisi: 6 per l'attività; 6 per l'attività ospedaliera. La Puglia, nel 2021, in tutti e tre i settori raggiunge almeno la sufficienza: infatti, ottiene 67,85 per la prevenzione; 61,66 per la medicina territoriale e 79,83 per l'area ospedaliera. Però è l'unica in tutto il Mezzogiorno ed è comunque distante dal nord: la Toscana, esempio, ottiene punteggi molto più alti (91,37; 95,02 e 88,07); così come l'Emilia Romagna (90,73; 95,96; 94,5). Depauperate delle risorse economiche, le Regioni del Sud oggi si ritrovano con meno personale, meno soldi da spendere e macchinari più obsoleti.

È un dato di fatto, ad esempio, che tra la Puglia e il Piemonte ci siano circa 300mila abitanti di differenza, 3,9 milioni contro 4,2 milioni, ma nel riparto del fondo sanitario nazionale 2023, la prima incasserà 8 miliardi, la seconda 8,8 miliardi. Una differenza di 800 milioni, la bellezza di almeno due nuovi ospedali. L'Emilia Romagna, 4,4 milioni di residenti, incassa 9 miliardi invece: pur con dei correttivi che finalmente hanno reso più equa la distribuzione delle risorse destinate alla sanità, restano ancora degli squilibri che non permettono di riportare Sud e Nord sullo stesso livello, almeno in partenza. Rispetto al passato, qualcosa è certamente cambiato anche nel riparto del fondo sanitario nazionale ma non siamo ancora alla piena attuazione dei Lep. I nuovi criteri, solo parzialmente, vanno a mitigare gli effetti nefasti dell'applicazione tout court della spesa storica. In sostanza, rispetto al passato adesso l'85% delle risorse è suddiviso attraverso la pesatura per età della popolazione, mentre il restante 15% è ripartito sulla base della popolazione residente riferita al primo gennaio dell'anno precedente.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Da Gimbe altra bocciatura per il Sud: «Sull'assistenza domiciliare è indietro»

Andrea TAFURO

In Puglia ci sono pochi infermieri e, più in generale, poco personale sanitario per potenziare l'assistenza domiciliare sanitaria. È quanto emerge dal report della fondazione Gimbe avviato nel 2023 per monitorare lo stato di avanzamento della missione "salute" del Pnrr nelle diverse regioni italiane al fine di fornire un quadro costante sui risultati raggiunti. Nel dettaglio, la Puglia presenta un deficit nell'ambito dell'assistenza domiciliare degli anziani e fragili (Adi). Infatti, stando al monitoraggio Gimbe, per raggiungere il target minimo previsto per il 2026 di assistere almeno il 10% della popolazione over 65 in assistenza domiciliare Integrata, la Regione deve aumentare gli attuali pazienti assistiti del 329%, ed è quart'ultima in Italia preceduta solo dalla provincia autonoma di Bolzano, Valle d'Aosta e Calabria. La difficoltà maggiore riguarda la ricerca di personale, infatti in Puglia sono presenti solo 4,61 infermieri ogni mille abitanti, la regione è sotto la media nazionale pari a 5,06 ed è quint'ultima. Criticità non del

tutto reali secondo quanto riscontrato invece dal direttore del dipartimento della Salute, Vito Montanaro. «I dati del report sono probabilmente legati a vecchie relazioni e quindi non sono del tutto aggiornati. Dalla prossima rilevazione i numeri risulteranno rispondenti ai target assistenziali prefissati. In merito alla carenza degli infermieri invece - ha proseguito Montanaro - abbiamo avviato l'iter per l'invettorio del fabbisogno che ci porterà entro quest'anno ad investire i 40 milioni di euro disponibili in assunzioni di operatori sanitari, soprattutto a servizio



Montanaro:
«La carenza degli infermieri? Già avviato l'iter per l'inventario del fabbisogno»

dell'assistenza territoriale». Intanto però i numeri emersi nell'analisi stilata da Gimbe, al 31 dicembre 2022, rappresentano un quadro differenziale tra regioni del Nord e del Meridione. «Al momento i ritardi sulle scadenze nazionali non sono particolarmente critici - ha spiegato il presidente della Fondazione Nino Cartabellotta - fatta ecce-

zione per i nuovi pazienti che ricevono assistenza domiciliare. Tuttavia, il rispetto delle scadenze successive sarà condizionato soprattutto dalle criticità di attuazione del Dm 77 nei 21 servizi sanitari regionali, legate sia alle figure chiave del personale sanitario coinvolte nella riorganizzazione dell'assistenza territoriale, sia alle enormi differenze re-

gionali, che rischiano di essere amplificate dall'autonomia differenziata».

Secondo quanto previsto dal decreto del ministero della Salute del 13 marzo 2023 per assistere almeno il 10% della popolazione over 65 in Adi, il Pnrr si pone l'obiettivo di aumentare il numero delle persone prese in carico passando dagli oltre 640mila del dicembre 2019 a poco meno di 1,5 milioni nel 2026, per un totale di oltre 808mila persone in più. «Tuttavia - ha chiarito Cartabellotta - se da un lato è realistico il raggiungimento del target nazionale, dall'altro è molto più difficile colmare i divari regionali. In alcune regioni del Centro-Sud il gap sono abissali: la Campania deve incrementarli del 294%, il Lazio del 317%, la Puglia del 329% e la Calabria addirittura del 416%». Tra gli ostacoli all'orizzonte c'è innanzitutto, precisa la Fondazione, la grave carenza di personale infermieristico: gli ultimi dati relativi al 2021 documentano un numero

di infermieri in Italia pari a 6,2 per 1.000 abitanti, rispetto alla media Ocse di 9,9, con rilevanti differenze tra Regioni che penalizzano prevalentemente quelle del Centrosud, come la Puglia, sottoposte a piano di rientro. Una carenza che stride con il fabbisogno stimato da Agenas per attuare il Dm 77: un range da 19.450 a 26.850 infermieri. In secondo luogo, le modalità di coinvolgimento dei medici di famiglia nelle Case della Comunità, l'attuazione del fascicolo sanitario elettronico, ma soprattutto, la possibilità dei miglioramenti organizzativi e dei nuovi servizi da parte dei cittadini si allontana anche per la rimodulazione al ribasso e lo slittamento di 18 mesi della scadenza per rinnovare le grandi apparecchiature». Sul divario Nord-Sud il presidente della Fondazione Gimbe ha osservato invece che va in «direzione ostinata e contraria l'intero impianto normativo del Ddl Caldesoli che contrasta il fine ultimo del Pnrr, sottoscritto dall'Italia e per il quale abbiamo indebitato le future generazioni».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Nella foto a sinistra una veduta dell'ex ospedale Pagliari di Massafra

“Pagliari”, un programma per potenziare la struttura

► Confronto sull'offerta sanitaria

tra il sindaco Quarto e il direttore Rossi

► Tra le novità spicca l'operatività h24

per il Punto di primo intervento

MASSAFRA

Antonello PICCOLO

Il Punto di primo intervento di Massafra, assolutamente strategico nel sistema di emergenza-urgenza provinciale, resta operativo per l'intero arco della giornata h24. È una delle notizie positive emerse nel corso del confronto di ieri, in Comune, tra il sindaco di Massafra Fabrizio Quarto e il neo direttore del Distretto socio sanitario n. 2 dell'Asl Taranto Gianrocco Rossi, insediatisi a Massafra lo scorso 2 gennaio.

Grande attenzione al territorio e investimenti in infrastrutture, diagnostica e risorse umane, è l'impegno condiviso nel corso dell'incontro teso a verificare lo stato dell'arte del Presidio territoriale assistenziale “Matteo Pagliari”.

«Le azioni messe in campo dal management dell'Asl di Taranto, guidato dal direttore Gregorio Colacicco, da tempo oggetto di costante interlocuzione - ha commentato il sindaco Fabrizio Quarto - vanno nella direzione giusta: pragmatismo e investimenti consistenti. Rilevo con piacere anche la prima volta di un massafrese alla guida del nostro Distretto: il dottor Rossi è un manager competente e con una visione



Nella foto il confronto tra il sindaco Quarto e il direttore Rossi

chiara, a cui si unisce la conoscenza del territorio. La collaborazione istituzionale - ha aggiunto - sono certo, migliorerà ancora da una sfida che ho voluto lanciare, prontamente raccolta dal direttore: la riqualificazione del vecchio Ospedale “Matteo Pagliari” di via Vittorio Veneto, immobile in proprietà fra Comune e Regione, per rifunzionalizzarlo in

struttura socio sanitaria».

Nel corso della riunione, grande attenzione ai cantieri che apriranno nei prossimi mesi nel Distretto di via Magna Grecia, grazie alle risorse del Piano nazionale di ripresa e resilienza. In particolare, si tratta del potenziamento dell'Ospedale di comunità, che passerà da dieci a venti posti letto, nonché della realizzazione della Casa di comunità, che vedrà nascere un nuovo padiglione di circa 1000 metri quadri, distribuiti su tre livelli. Massima attenzione circa l'attivazione della Centrale operativa territoriale, Cot, che si occupa di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari e socioassistenziali dell'intero territorio provinciale.

Riflettori accesi sui cantieri che apriranno nel distretto Raddoppiano i posti letto

© RIPRODUZIONE RISERVATA

“Autism Friendly” Bando per favorire l'accesso ai servizi



Nella foto a sinistra una veduta del municipio di Martina

MARTINA

Michele LILLO

È stato pubblicato sul sito istituzionale del Comune di Martina Franca il bando che concretizza il progetto “Autism Friendly” promosso dall'ente comunale sin dal 2019 e le cui linee guida sono state approvate dalla Giunta a novembre scorso. Si tratta di una fase ampia e aperta di sensibilizzazione nei confronti della problematica dell'autismo che mira a creare una rete cittadina che favorisca l'accoglienza delle persone affette da questi disturbi.

«Il progetto mira a promuovere e sostenere forme di accoglienza che permettano - indica una nota diffusa da Palazzo Ducale - di facilitare la vita quotidiana, la fruizione di attività e servizi da parte delle persone affette dalla sindrome dello spettro autistico e delle loro famiglie, al fine di ridurre il rischio di isolamento favorendo l'inserimento nel contesto sociale».

Gli obiettivi del progetto sono: sensibilizzare i cittadini nei confronti di tutte quelle problematiche sociali, derivanti dalla situazione comportamentale tipica dell'autismo, promuovere iniziative tese all'informazione ed alla sensibilizzazione sul tema dell'autismo, dotare la città di uno strumento attraverso il quale contribuire alla diffusione di una cultura attenta alle esigenze e alle difficoltà incontrate nella vita quotidiana da parte dei cittadini che vivono tale condizione.

Il bando scade il prossimo 18 marzo ed è aperto a esercizi commerciali, associazioni di volontariato, associazioni Onlus, associazioni di categoria, scuole e ogni tipo di istituzioni pubbliche e private presenti

sul territorio cittadino, che per partecipare dovranno inoltrare via pec la loro adesione compilando gli appositi modelli pubblicati sul sito istituzionale e che mirano alla sottoscrizione di un protocollo d'intesa già redatto. Il progetto si articolerà in quattro fasi.

Nella prima verrà creata una rete di esercizi commerciali e associazioni ma anche luoghi privati o pubblici dove verranno favorite e attuate misure per favorire la fruizione di servizi da parte degli interessati da questa patologia.

In seguito verrà realizzato un percorso formativo/informativo a cura dell'Asl di Taranto, Servizio Npia Centro Autistico Territoriale (Cat), al quale dovranno partecipare i soggetti che avranno espresso la loro disponibilità e volto a dotare il personale degli esercizi di un livello base di conoscenza sul comportamento da adottare nell'accoglienza e nell'adeguamento degli ambienti attraverso, ad esempio, uno spazio appositamente dedicato.

A queste attività che sottoscriveranno il Protocollo d'intesa verrà consegnato un kit appositamente creato composto da una vetrofania e da un vademecum formativo sui comportamenti corretti da seguire in caso di accoglienza di una persona con sindrome dello spettro autistico e in seguito verrà creata una speciale mappa della Città dove saranno indicati i luoghi dove è garantita la presenza di modalità di accoglienza idonee per coloro che sono affetti dalla sindrome dello spettro autistico.

Per ulteriori informazioni sul bando e sulle modalità di partecipazione è possibile contattare l'Ufficio dei Servizi Sociali del Comune di Martina Franca ai numeri 080/4303242 o 080/4836294 e consultare l'avviso pubblico.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

TARANTO

E PROVINCIA

REDAZIONE CENTRALE
Bari, via F. de Blasio snc
WHATSAPP: 366-6070403
E-MAIL: redazione@ledieditori.it

www.ledicoladelsud.it

PUBBLICITÀ
Ledi srl
Bari, via de Blasio snc
segreteria@ledipubblicita.it

LA VERTENZA LA CRISI DELLA FONDAZIONE SU RICHIESTA DI FIALS. ARRIVA ALLA TASK FORCE PER L'OCCUPAZIONE REGIONALE

Cittadella della Carità Operazione salvataggio

Il caso legato alla crisi della Cittadella della Carità è sbarcato sul tavolo della task force regionale per l'occupazione. Soddisfatto il sindacato Fials, che dice «sono state accolte le nostre richieste». L'altro ieri il primo incontro alla presidenza della Regione Puglia con il Comitato Sepac, cioè la task force regionale per le crisi occupazionali della Regione Puglia, presieduta da Leo Caroli, sulla vertenza tarantina. È stata proprio Fials Taranto a chiedere, lo scorso 5 gennaio, che la Regione si interessasse della crisi del centro gestito dalla curia locale, che si occupa di residenza per anziani e cure per la terza età. «È stato un incontro comunque proficuo e costruttivo, nonostante la irritualità del confronto, non essendoci in atto una certa ed imminente crisi occupazionale», evidenzia il segretario generale della Fials Taranto, Emiliano Messina. «Per questo ringrazio il presidente della sezione di crisi Leo Caroli per l'opportunità concessa alle organizzazioni sindacali di esporre in sede regionale le criticità in essere nella fondazione Cittadella della Carità».

«Il Comitato Sepac ha accolto le richieste della Fials Taranto, quella di aprire un confronto con il Dipartimento Salute e la Asl Taranto per la verifica dello stato dell'arte degli accreditamenti ed individuare possibili soluzioni ponte per consentire in tempi certi gli interventi strutturali necessari all'adeguamento alle prescri-



zioni degli organi ispettivi regionali», rimarca Messina. «In Regione Puglia, dalle informazioni emerse in questi mesi, sembrerebbe che oltre il 70 per cento delle Rsa (probabilmente si sfiora l'80%) non sarebbe in possesso dei requisiti di accreditamento, in molti casi con insanabili deficit strutturali rispetto alle cogenti prescrizioni regionali», denuncia Messina. «Per questo abbiamo richiesto un periodo "cuscinetto" per consentire alla Fondazione e al nuovo partner di avviare gli adeguamenti necessari per ottenere gli accreditamenti. Tutto questo ovviamente in tempi certi e soprattutto celeri».

La Fondazione Cittadella della Carità presenta tutti gli spazi necessari per la realizzazione degli in-

terventi strutturali indispensabili per adempiere alle prescrizioni regionali, per questo secondo Messina «è opportuno che non cada la scure della perdita degli accreditamenti così come emerso nelle scorse settimane». Il sindacato da tempo ha chiesto l'avvio di un confronto con l'azienda per comprendere i termini dell'operazione di fitto di ramo d'azienda, il numero dei lavoratori interessati, le modalità di utilizzo e la salvaguardia occupazionale e salariale del personale non direttamente impegnato nelle attività ambulatoriali e della Casa di Cura, ma che svolge attività fondamentali al funzionamento della Cittadella della Carità. Il prossimo incontro è fissato ai primi di marzo in Regione.

Vittorio Ricapito



MEDICI PER SAN CIRO

Grottaglie, verso l'inaugurazione del Centro Accoglienza Salute

GROTTAGLIE - L'Associazione Medici per San Ciro odv di Grottaglie annuncia la nascita del Centro Accoglienza Salute (Ceas), un'innovativa iniziativa di medicina polispecialistica solidale. «L'attuale scenario socio-economico ha evidenziato un aumento delle famiglie in difficoltà nell'affrontare le spese sanitarie, limitando così le opportunità di prevenzione e cura della salute. Il Ceas vuole rispettare la dignità delle fasce più deboli, offrendo gratuitamente servizi specialistici di assistenza medica. Il volontariato sociale si pone come forza trainante, con l'associazione che da 19 anni si ispira ai principi cristiani di solidarietà e vicinanza alle fasce più vulnerabili». L'associazione ha già realizzato numerosi progetti, tra cui iniziative di screening cardiovascolare, donazione di defibrillatori con corsi al loro utilizzo e campagne di sensibilizzazione alla salute. «Il progetto del Ceas si inserisce in questa visione solidale, rivolgendosi a cittadini disoccupati, comunitari

senza Team, cittadini senza dimora, e persone con un Isee inferiore a 8000 euro, inclusi coloro già assistiti da centri di accoglienza. Il luogo individuato per il Ceas è la Chiesa e Monastero di Santa Chiara a Grottaglie, un simbolo di accoglienza e solidarietà. Gli operatori sanitari volontari offriranno servizi gratuiti, con l'obiettivo di garantire cure mediche e diagnosi alle persone meno abbienti». Il Ceas sarà inaugurato domenica 28 gennaio alle ore 17.30 alla presenza dell'arcivescovo di Taranto, mons. Ciro Miniero. L'evento darà il via ufficiale alla diciannovesima edizione di Medici per San Ciro. Lo storico appuntamento che accompagna le celebrazioni del Santo Patrono nella Città delle Ceramiche continuerà, lunedì 29 gennaio alle 19, con la consegna della borsa di studio intitolata al compianto Ciro Rosati che sarà consegnata ad un giovane laureato in medicina nel 2023 originario di Grottaglie.

1

IL MIX

Politiche attive e assistenza

L'impianto della riforma è basato da un lato su politiche attive per il mantenimento in salute e in attività degli anziani e dall'altro sull'assistenza sociosanitaria e previdenziale ai fragili e non autosufficienti.

2

SCELTA DEL PROGRAMMA

La valutazione multidimensionale

La norma prevede che lo starter dell'assistenza sia la valutazione multidimensionale unificata da realizzare nei Punti unici di accesso (Pua), sulla cui base l'anziano sarà inviato a uno o all'altro programma di cura.

3

ASSISTENZA DA CASA

Sperimentazione della telemedicina

Previsto l'impiego sperimentale della telemedicina - perché la legge privilegia sulla carta l'assistenza a casa - di cui si prevedono progetti senza nuovi fondi della durata di almeno un anno e mezzo.

4

ACCOMPAGNAMENTO

L'assegno aumenta di circa il 200%

La "prestazione universale", è la previsione, porterà agli anziani più avanti con l'età, disabili gravissimi e poveri (Isee entro i 6.000 euro) un aumento di circa il 200% dell'assegno di accompagnamento

Per il sostegno agli anziani oltre 1 miliardo in due anni

Palazzo Chigi. Approda oggi in Consiglio dei ministri il Dlgs con le prime risorse destinate al patto per la Terza età rivolto a 14 milioni di persone. Entro il 31 marzo è atteso il decreto attuativo

Barbara Gobbi

Adare l'annuncio, la presidente Giorgia Meloni in persona nel "Premier Question Time" di ieri alla Camera dei deputati: per la legge dedicata ai 14 milioni di anziani che vivono in Italia arrivano le prime risorse contenute in un decreto legislativo che approda oggi in Consiglio dei ministri. E che «stanza complessivamente - ha spiegato Meloni - oltre un miliardo di euro per i primi due anni, risorse che servono a garantire all'anziano una vita serena, attiva, dignitosa». Sulla legge 33 del 2023 che il Governo ha da subito chiamato Patto per la Terza età, c'è un chiaro vincolo Pnrr che fissa l'esame del decreto attuativo entro il 31 marzo di quest'anno. «Obiettivo che centreremo - ha assicurato Meloni - garantendo dove possibile il diritto di continuare a vivere e curarsi nella propria casa, semplificando e rafforzando l'accesso ai servizi ma anche le procedure di valutazione della persona non autosufficiente». Da qui l'annuncio di quella "prestazione universale graduata" che nell'ambito di «un nuovo sistema di protezione sociale» e «in via sperimentale e a scelta del cittadino» porterà agli anziani più avanti con l'età, disabili gravissimi e poveri (Isee entro i 6.000 euro) «un aumento di circa il 200% dell'assegno di accompagnamento», ha spiegato la premier. Una novità attesa ma finanziata con risorse non strutturali e che la cui sperimentazione scatterà solo dal 1° gennaio 2025 fino al 31 dicembre 2026.

Sperimentazioni e avvisi procrastinati, nel Dlgs pronto per il varo so-



no del resto ricorrenti: con la definizione delle misure di dettaglio affidata a ulteriori decreti che chiamano in causa diversi ministeri, dalla Scuola alle Infrastrutture al Turismo e sempre con la regia di Politiche sociali, Salute e Mef.

In ogni caso l'impianto è fissato, almeno nella sostanza: da un lato la riforma promuove e sostiene la vita attiva e l'integrazione delle persone anziane in tutti gli ambienti di vita e di lavoro, dall'altro prepara un'architettura adeguata a fronteggiare diversi gradi di disabilità. Per questo - su mandato della legge 33 - la platea dei destinatari è tripartita: è "anziano" l'individuo che abbia compiuto 65 anni e "grande anziano" un over 80 mentre è definito non autosufficiente chi abbia gravi limitazioni e perdita di autonomia. Su questa base vengono declinati gli interventi

Fragili.

Il patto per la Terza età si rivolge a 14 milioni di anziani

di invecchiamento attivo e assistenziali-previdenziali.

Spetterà al Cipa, il nuovo Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana che coordina, programma e monitora attività e servizi, dettare sulla scorta dei Lea e dei Lepi un Piano nazionale con i criteri dei progetti di promozione della salute e dell'invecchiamento attivo. In questo sarà supportato dal Sistema nazionale per la persona anziana non autosufficiente (Snaa), che dall'iniziale ruolo di governance an-

che sanitaria esce ridimensionato rispetto al disegno iniziale. Lo starter dell'assistenza è la valutazione multidimensionale unificata da realizzare nei Punti unici di accesso (Pua), sulla cui base l'anziano sarà inviato a uno o all'altro programma di cura. Con il supporto del pubblico, del privato accreditato e del terzo settore. E con l'impiego sempre sperimentale della telemedicina - perché la legge privilegia sulla carta l'assistenza a casa - di cui si prevedono progetti senza nuovi fondi della durata di almeno un anno e mezzo. Una volta accertata l'eventuale non autosufficienza, comunicata all'Inps per via telematica, un Progetto di assistenza individuale integrato (Paì) cui partecipano operatori sanitari e sociali ma anche l'assistito e il caregiver porterà a definire un budget di cura, in un quadro di snellimento di processi e procedure di accertamento.

La prestazione universale è la nuova misura sperimentale, esente da imposizione fiscale, che sarà erogata mensilmente, su richiesta, a una platea di beneficiari indigenti e in condizioni gravissime è composta da una quota fissa corrispondente all'indennità di accompagnamento e da un assegno di assistenza - le ipotesi iniziali lo davano sui mille euro - che andrà a remunerare il costo del lavoro di cura e assistenza svolto da "badanti" o l'acquisto di servizi prestati da imprese esterne. L'assegno è revocabile dall'Inps nel caso in cui non sia in tutto o in parte fruito mentre resta invariata l'indennità di accompagnamento.

Una dignità della cura che oltrepassi la tecnica e sia accanto alla persona

Terapie sociali

Natalino Irti

Il manifesto ha per titolo: «Dignitas curae». L'immediata e agevole traduzione in «dignità della terapia», ne ridurrebbe e impoverirebbe il significato. «Cura» va ricondotto alla originaria densità della lingua latina, dove esprime 'preoccupazione', 'sollecitudine', 'affanno', e dunque uno stato d'animo in confronto di altri. La parola è sempre accompagnata dall'idea di relazione, la quale, a ben vedere, può anche indicare (come nel tedesco «Sorge») un rapporto con sé stessi, quando ci facciamo altri da noi e ci guardiamo quasi dal di fuori e dall'esterno. Questa densità di significati accompagna anche la 'cura' nel campo della terapia medica. La quale non si risolve ed esaurisce nella semplice prescrizione di un farmaco, o di un'analisi, o di una ricerca radiografica. Qui viene, necessaria e fondamentale, la distinzione fra tecnica della terapia e cura del paziente. L'una non coincide con l'altra. Possono e debbono bensì connettersi, ma vanno considerate come profili logicamente autonomi. La tecnica è un puro saper fare, scegliere e applicare mezzi in vista di un fine: che è la salute di un individuo. La tecnica medica – come insegnò, sul principio del secolo scorso, il grande clinico Augusto Murri – non è tanto un conoscere, quanto un riconoscere, cioè «facoltà di applicare le nozioni acquisite ad ogni caso singolo». Sicché

un filosofo del nostro tempo ha ironicamente concluso che si può conoscere e insieme essere incapaci di riconoscere. Un sapere senza saper fare, una teoria che non è in grado di tradursi in tecnica. La prestazione medica, obbedendo alla logica del ri-conoscere, di per sé stabilisce una relazione tra due soggetti: chi riconosce e chi è riconosciuto, cioè inserito negli schemi classificatori della patologia. Questo rapporto, per ora riguardato soltanto sotto il profilo tecnico, è il seme originario, il sostrato sostanziale, dello 'avere in cura'. In questa fase la 'cura' tende a identificarsi con l'efficacia della terapia, e dunque con un risultato tecnico oggettivamente accertato e accertabile. La tecnica ha adempiuto il proprio compito: ha 'curato', cioè si è data carico di una malattia ed ha apprestato i rimedi necessari. Questa è la nudità tecnologica della medicina: così funziona, e il suo efficace funzionare può bastarle.

2. Ma la malattia è un uomo malato, un 'paziente', colui che patisce la sofferenza e il dolore del male. Il mio pensiero corre subito a una pagina di storia del diritto penale, che è (a usare l'immagine di Francesco Carnelutti) il diritto del dolore. Alla concezione oggettiva e tecnica del reato, come fatto illecito meritevole di sanzione, è subentrata, a mano a mano, una concezione soggettiva e umanistica, che ha scoperto sotto il reato il reo.

TECNICA E CURA DEL PAZIENTE NON COINCIDONO. DEVONO SÌ CONNETTERSI MA SONO PROFILI AUTONOMI

L'uomo che viola la legge e viene tradotto in giudizio. Se il processo lo accerta colpevole e lo colpisce con una condanna, egli ha tuttavia diritto alla rieducazione. È l'art. 27 della Costituzione: lo Stato, giudicante e condannante, si prende 'cura' del colpevole. La *dignitas penae* è una forma o un esempio di *dignitas curae*, vedere dietro il reato il reo è come vedere dietro la malattia il malato, passando dall'oggettività tecnico-strumentale alla soggettività del dolore. La tecnica medica ci conduce verso la malattia; la cura ci fa scoprire il malato, l'uomo che patisce al pari del colpevole condannato in un giudizio penale. È, codesto, il punto in cui irrompe il problema della dignità, poiché la tecnica medica si rivela e impone come relazione tra me e l'altro, del quale io medico assumo la preoccupazione e la sollecitudine. Così la terapia si fa, propriamente e intensamente, cura.

3. Ardua è la definizione e determinazione della dignità, dove la disputa corre fra due concezioni. L'una, ontologica, che attribuisce dignità all'uomo in quanto uomo; l'altra, che direi storica o esistenziale, la quale considera la dignità propria dell'*homo faber*, dell'uomo che fa e pensa e decide il proprio destino. Non è questo il luogo e l'occasione opportuni perché chi vi parla prenda posizione sul tema: le due concezioni si incontrano – o sembrano incontrarsi – nel principio di auto-determinazione. Dignità è perciò rispetto della consapevole libertà del paziente, il quale così esce dal cerchio tecnologico e decide sulla propria vita. Alla proposta tecnica del medico, che, ri-conoscendo il morbo, ne indica e suggerisce il rimedio, fa riscontro la decisione del paziente, che così diviene parte dello stesso processo terapeutico. Egli non è semplice oggetto di studio, né destinatario di una scelta altrui, ma partecipe, con la propria libera volontà, dell'intera vicenda medica. In codesto esercizio di libertà consiste la *dignitas curae*. E, affinché esso sia consapevole, occorre un contributo informativo del medico, che porga al paziente la materia della decisione. Tutti gli obblighi informativi sono previsti e indirizzati a questo scopo: di rendere consapevole l'esercizio della volontà individuale. Codesto dialogo esige la comunanza del linguaggio, ridotto alla

IL SINGOLO È PERSONA UMANA IN QUANTO FONTE DI VOLONTÀ DECIDENTE, DEVE SCEGLIERE IL PROPRIO DESTINO

semplicità comunicativa verso i singoli pazienti, ciascuno considerato e valutato anche nella propria identità economico-sociale. La parola è il ponte gettato fra gli uomini, e in virtù della parola la *dignitas curae* si risolve in una cura liberamente e consapevolmente voluta. Così la terapia si solleva al rango di rapporto umano e la violenza del potere tecnologico cede all'accordo delle volontà. Tutto ciò che appartiene alla più nobile tradizione della medicina va conservato, ed anche quelle 'intuizioni dell'occhio clinico' che Cesare Frugoni denominava 'annunzi di verità', ma tutto chiama al confronto con la libertà volitiva del paziente, sicché trovi il sostegno della sua consapevole determinazione. Non è perciò senza ragione che l'art. 32 della Costituzione, se da un lato garantisce il diritto individuale alla salute, dall'altro richiama «i limiti imposti dal rispetto della persona umana». Il singolo è 'persona umana', in quanto fonte di volontà decidente, che non subisce il destino decretato da altri, tecnologi o non tecnologi, ma sceglie da sé il proprio destino. La tecnologia medica non possiede e domina il corpo, poiché il corpo non è un oggetto trovato nel mondo, ma è un individuo vivente: esso non è disgiungibile dall'unità della persona umana. Il corpo non è qualsiasi corpo, ma il corpo di un singolare e concreto individuo. La *dignitas curae*, come processo terapeutico e dialogo tra competenza tecnica e individuale libertà di determinazione, è il risultato da perseguire e raggiungere con la formazione didattica e con l'osservanza di quelle leggi che gli uomini si danno – e sono costretti a darsi – per l'ordine della convivenza. Tornando al principio di queste notazioni, certo incomplete e frammentarie, rammenterei che nell'antichità classica correva la favola (*fabula*) della dea Cura, la quale crea un essere con la terra fangosa di un fiume: essere chiamato *homo* perché fatto di *humus*, e conteso tra il corpo (la dea Terra) e lo spirito (il dio Giove). Questa antica e poetica favola ci insegna da secoli che il corpo non sta a sé, ma è lo stesso uomo nella sua complessa e discorde unità, sicché essa si chiude con le parole: «La cura che dapprima immaginò l'uomo, lo tenga finché egli viva».