



A Verona il convegno dell'Ufficio nazionale mette a confronto Chiesa e professioni sul diritto alla cura. «Il Servizio sanitario non può offrire soluzioni di morte. Riaffermiamo il valore della vita, che resta intangibile»

# Salute, persone che curano persone

FRANCESCO OGNIBENE

È una delle scene più singolari del Vangelo: accanto alla piscina «chiamata in ebraico Betzaeta», a Gerusalemme, «un gran numero di infermi, ciechi, zoppi e paralitici» in attesa di gettarsi nell'acqua smossa da «un angelo», perché il primo a farlo «guariva da qualsiasi malattia fosse affetto». Il flebile lamento del paralitico - «Non ho nessuno che mi immerga» - smuove il cuore di Gesù - «Vuoi guarire?» - e si propaga sino a noi, interrogandoci sulla sanità e la cura. A scegliere questa potente immagine è l'Ufficio Cei per la Pastorale della Salute come tema per il suo convegno nazionale a Verona, del quale sono già in corso alcune delle 14 sessioni tematiche in attesa della plenaria dal 13 al 15 maggio all'Opera Don Calabria. Al centro la questione più attuale dell'intera sanità italiana: «Universalità e diritto di accesso alle cure».

«Questa pagina evangelica - spiega don Massimo Angelelli, direttore dell'Ufficio - pone un problema nuovo: altri vogliono essere guariti da Gesù, il paralitico invece solleva la questione di non avere nessuno che lo avvicini alla piscina dove avvengono le guarigioni. Dentro questa icona il malato è presente (il paralitico), la cura è disponibile (la piscina) ma manca il connettore: qualcuno che porti il malato dentro l'acqua. Chi offre oggi questo servizio? Chi avvicina la domanda di salute alla risposta di cura? In Italia c'è un ruolo istituzionale attribuito al Servizio sanitario nazionale. Oggi però, dati alla mano, l'avvicinamento alla cura è sempre più difficoltoso perché ci sono liste di attesa interminabili, le persone devono mettere mano al portafoglio per potersi curare e il sistema si sta contraendo: meno risposte sanitarie più dilatate nel tempo. A volte la disponibilità delle terapie cammina più lentamente delle patologie, e se i tempi di risposta non corrispondono il paziente può anche morire.

**Su questa crescente "povertà sanitaria" cosa dice la Chiesa italiana?**

Il nostro dialogo con le federazioni sanitarie ha facilitato l'emergere di una serie di istanze. In particolare appare evidente che il problema non è solo di finanziamenti: a mancare sono anche forme di coordinamento. I 136 miliardi assegnati alla Sanità sono la spesa più alta degli ultimi anni, intanto però diminuisce l'offerta: il nodo dunque è organizzativo-gestionale, a riprova che sono le risorse umane a far funzionare le macchine. Forse abbiamo puntato troppo su strutture e strumenti, dimenticando che l'asse portante del sistema di cura sono le persone. La proposta specifica della Chiesa allora è riportare al centro la cura come relazione prima ancora che terapia. Rileviamo una grande sofferenza dei curanti che si trovano subissati da richieste di erogazione di servizi e affogati nella burocrazia, e il tempo della relazione col paziente viene meno. Il risultato è che il professionista sanitario che aveva scelto il suo lavoro per curare persone si trova assediato dalle scartoffie. Quanto al paziente, può anche ottenere la terapia ma c'è differenza tra essere e sentirsi curati: così finisce per non percepire un sistema che lo accompagna, e rimane scontento

della sua esperienza con la sanità. Ricordiamo sempre che il Sistema sanitario sono persone che curano persone.

**A cosa sta portando il dialogo con le professioni sanitarie? Nella sessione del convegno Cei con loro, domani, saranno presenti 11 delegazioni...**

Tutte le realtà professionali della sanità hanno accettato il nostro invito a fare un percorso di riflessione comune. Tutti i professionisti della salute rappresentati dagli 11 consigli nazionali che dialogheranno con la Chiesa sommano un milione e mezzo di curanti, cioè tutti. E con loro la Chiesa conviene che il Servizio sanitario nazionale deve mantenersi equo, solidale e universalistico. Ascoltando i curanti, poi, la Chiesa italiana compie nei loro confronti un gesto di cura.

**Verso dove è diretto questo percorso della Chiesa con le professioni sanitarie?**

Al termine del convegno di domani pubblicheremo un manifesto firmato dagli 11 presidenti e dalla Cei per combattere la povertà sanitaria. Alla fine del percorso, nell'aprile del 2025, verrà firmato un documento sui valori condivisi dalle 11 professioni sanitarie, curato da un gruppo

di lavoro ad hoc che ha già compiuto i primi, interessanti passi riflettendo attorno al concetto fondativo di persona.

**In mezzo a tante questioni aperte, come vede cambiare la pastorale della salute?**

Con il Covid ci siamo dovuti confrontare con un nuovo concetto di salute, che riguarda veramente tutti. Se eravamo convinti che la malattia fosse un problema solo di alcune persone, la pandemia ci ha insegnato che la salute è un tema trasversale e universale. La Chiesa ci sta confrontando, mentre si aprono nuovi spazi di collaborazione e opportunità pastorali, evidenti nel fatto che nel tempo della malattia emergono le esigenze spirituali delle persone: come c'è la cura del corpo e della psiche, ormai è sempre più chiaro che esiste anche una cura spirituale. Un altro punto fermo consolidato in questi anni è il tandem con la sanità: se per tanti anni il cappellano ha operato nelle strutture a beneficio dei malati, i curanti oggi sono diventati tra i primi destinatari dei gesti di attenzione pastorale. Un terzo elemento importante è il rinnovamento degli operatori pastorali della salute, l'inserimento dei diaconi, una nuova responsabilizzazione dei ministri straordinari della Comunione e il coinvolgimento delle parrocchie, perché i malati saranno sempre più a domicilio e porranno alle comunità cristiane sul territorio una crescente domanda spirituale.

**Che ruolo vede nel futuro per le parrocchie nella pastorale della salute?**

Tempi crescenti di cura a domicilio e la diffusione delle malattie croniche suggeriscono alle parrocchie di strutturarsi in maniera capillare grazie soprattutto ai diaconi e ai ministri straordinari della Comunione, che diventano operatori di collegamento tra la comunità cristiana e chi non può accedere alla vita parrocchiale. Vogliamo combattere le solitudini e l'isolamento. Il nostro obiettivo è costruire comunità che non lascino solo nessuno.



Un momento dell'edizione 2023 del convegno nazionale di Pastorale della salute, ospitato da Bari. Sopra, don Massimo Angelelli



## L'EVENTO

### Dopo i cinque sensi la questione dell'universalità

Concluso il percorso ispirato ai cinque sensi, con altrettante edizioni dedicate alle suggestioni ispirate alla relazione di cura da vista, tatto, udito, gusto e olfatto, il XXV Convegno annuale dell'Ufficio Cei per la Pastorale della salute fa tappa a Verona per un appuntamento - com'è ormai consuetudine sotto la direzione di don Massimo Angelelli - esteso nel programma su più giorni (9) e nelle sessioni tematiche (ben 14, la prima già il 7 maggio, l'ultimo evento il 15, con la chiusura dei tre giorni di plenaria). Unico il tema, «Universalità e diritto di accesso alle cure», come sempre riferito alla Parola («Non ho nessuno che mi immerga»). Un viaggio che coinvolge di anno in anno sempre più professionisti, operatori pastorali, cappellani e volontari, protagonisti di un mondo ricco di voci, esperienze, sensibilità e valori. (Nella foto, l'immagine-simbolo del Convegno).



PARLA KETTY VACCARO, SOCIOLOGA DEL CENSIS, STUDIOSA DEI SISTEMI DI WELFARE

## «Nella sanità italiana si consuma un vero razionamento occulto»

ENRICO NEGROTTI

«La capacità del Servizio sanitario nazionale (Ssn) di garantire le prestazioni ai cittadini è, nei fatti, fortemente ridimensionata. Da anni è in atto un meccanismo di razionamento occulto, come le liste d'attesa, che ha rimesso in ballo la diversa capacità di spesa dei cittadini: chi può accedere alle prestazioni (intramoenia o privato) pagando di tasca propria, chi non ha la disponibilità economica aspetta, rinvia o rinuncia». La sociologa Ketty Vaccaro, responsabile dell'area Welfare e salute del

La "povertà sanitaria" al centro del forum della Chiesa italiana sulla Pastorale della salute

Censis, osserva che «c'è una storia lunga decenni di deinvestimento che parte dagli anni successivi all'istituzione del Ssn con la legge 833 del 1978. In modo più o meno palese, tutte le riforme effettuate da allora hanno avuto lo scopo di razionalizzare la spesa, intervenendo su più fronti e mantenendo quella del nostro Paese costantemente al di sotto della spesa sanitaria di altre nazioni europee. L'effetto è stato quello di un aumento della povertà sani-

taria e delle disuguaglianze nell'accesso ai servizi, contraddicendo ai principi dell'universalismo e dell'equità del Ssn e rendendo più difficile proprio per le persone più svantaggiate economicamente, spesso con maggiori bisogni di salute, l'accesso alle cure». Del peso dei determinanti sociali e della trasformazione del Ssn la sociologa Vaccaro parlerà domani a Verona all'appuntamento sulle povertà sanitarie in Italia all'interno del XXV convegno nazionale di Pastorale della salute della Cei. Gli allarmi che si susseguono sull'insufficienza del Ssn a coprire i bisogni di salute della popolazione indicano «una situazione nota, ma appunto per questo grave, a cui si stenta a porre rimedio e che delinea anzi un rischio gravissimo per il mantenimento del nostro Ssn», osserva Vaccaro. «Da molti anni - puntualizza la sociologa - assistiamo a un progressivo ridimensionamento dell'impegno pubblico nella sanità: la dinamica di questa trasformazione "sotto traccia" del Ssn è resa evidente dall'andamento della spesa sanitaria priva-



La sociologa del Censis Ketty Vaccaro

ta, cresciuta in termini reali dal 2012 al 2022 del 18,5% contro l'incremento corrispondente del 6,9% di quella pubblica: oggi la spesa sanitaria privata rappresenta il 24,4% della spesa sanitaria totale». «Durante il Covid - ricorda Vaccaro - abbiamo sperimentato gli effetti di queste scelte, come il blocco del turnover del personale che va in pensione, con impoverimenti dei reparti e peggioramento delle condizioni di lavoro del personale, e la riduzione dei posti letto, con chiusure di ospedali, spesso necessarie, ma che non hanno dato luogo a nessuna riconversione dei servizi». «Nonostante le promesse che dopo il Covid la sanità sarebbe diventata una priorità - sottolinea Vaccaro -, le cose non sembrano cambiate e anche a livello di previsione l'incidenza della spe-

sa sanitaria pubblica sul Pil è vicina ai livelli pre-Covid». «Ad aumentare di più è stata la spesa delle famiglie: se pensiamo alle persone che hanno problemi di salute con impatto assistenziale forte - precisa la sociologa -, come i malati di Alzheimer, è chiaro che il peso ricade perlopiù sulle famiglie. La privatizzazione occultata del rischio diviene sempre più reale, anche in campo sanitario. Le discriminazioni riguardano anche le diverse malattie, dal momento che le maggiori difficoltà vengono incontrate da chi ha una malattia cronica e ha più bisogno di prestazioni diagnostiche e specialistiche, che sono quelle per le quali si riscontrano le maggiori difficoltà di accesso a causa delle liste d'attesa». «Un fenomeno - lamenta Vaccaro - che ancora oggi funziona come una forma di "razionamento occulto". Infatti chi trova liste d'attesa bloccate, o lunghe, rimanda o rinuncia alle prestazioni (4,5 milioni di cittadini secondo l'Istat). O si rivolge al privato». Con un differenziale dipendente dalla ricchezza: «Se devo pagare di

tasca mia, le dimensioni del portafoglio contano. Infatti i dati Censis indicano che rinuncia o rimanda le cure il 31% di chi ha un reddito fino a 15mila euro contro il 18,7% di chi ce l'ha sopra i 50mila». «È noto - spiega Vaccaro - che le persone che hanno livelli socioeconomici meno elevati stanno peggio e riescono a curarsi meno. Questo però non è normale in un servizio sanitario universalistico, che ha lo scopo di garantire le cure senza discriminazioni anche a chi ha minori risorse economiche, e tendenzialmente maggiori bisogni di salute».

«Liste d'attesa, rinuncia a curarsi, resa del pubblico: occorre rivedere le priorità del Paese»

«Oggi nell'area del welfare, che ha garantito il nostro sviluppo del dopoguerra - conclude Vaccaro -, occorre rivedere le priorità e spostare risorse verso la sanità. Soprattutto potenziando la prevenzione, l'unica risorsa che può aiutarci a razionalizzare la spesa sanitaria del futuro, perché nessuna spesa riuscirà a stare appresso all'evoluzione della domanda di una popolazione che invecchia e all'innovazione tecnologica in campo medico».

## Humanity 2.0

### Con Med-Gemini il "dottor Google" ora alza l'asticella

PAOLO BENANTI



I medici curano quotidianamente una moltitudine di pazienti, con esigenze che vanno dal semplice al molto complesso. Per fornire un'assistenza efficace devono conoscere la cartella clinica di ciascuno e tenerli aggiornati sulle procedure e i trattamenti più recenti. In questo contesto clinico si inserisce poi l'importantissimo rapporto medico-paziente, costruito su empatia, fiducia e comunicazione.

La spinta che conosce oggi la medicina da parte delle intelligenze artificiali si scontra con tutto questo: perché si avvicini all'emulazione di un medico reale deve essere in grado di acquisire queste competenze. Come abbiamo visto più volte in questa rubrica, l'intersezione tra IA e medicina è davvero accelerata e spesso ha risultati deludenti. Tuttavia, secondo uno studio in fase di pre-pubblicazione di Google apparso la scorsa settimana, il loro Med-Gemini sarebbe riuscito a fare qualcosa di diverso. I modelli Gemini di Google sono una nuova generazione di modelli di Intelligenza artificiale multimodale, cioè in grado di elaborare informazioni provenienti da diverse modalità, tra cui testo, immagini, video e audio. I modelli sono abili nel linguaggio e nella conversazione, nella comprensione delle diverse informazioni su cui vengono addestrati e nel "ragionamento a lungo contesto", ovvero su grandi quantità di dati, come ore di video o di audio. Med-Gemini presenta tutti i vantaggi dei modelli Gemini, ma li ha perfezionati. I ricercatori hanno testato queste modifiche centrate sui farmaci e hanno incluso i loro risultati nello studio. Ammettono che c'è ancora molto lavoro da fare, ma le capacità iniziali del modello sono promettenti.

Med-Gemini è stato testato su 14 benchmark medici e ha stabilito un nuovo stato dell'arte su 10 di questi. Nel benchmark MedQA (Usmle) Med-Gemini ha ottenuto un'accuratezza del 91,1%. Su 7 benchmark multimodali, tra cui la sfida delle immagini del *New England Journal of Medicine* (Nejm), Med-Gemini ha ottenuto risultati migliori di Gpt-4, con un margine relativo medio del 44,5%. Dagli ingegneri sembra di capire che il modello debba ancora incorporare i principi dell'IA responsabile, tra cui la privacy e l'equità, in tutto il processo di sviluppo del modello. Dallo studio emerge che «le considerazioni sulla privacy in particolare, devono essere radicate nelle politiche e nei regolamenti sanitari esistenti che disciplinano e salvaguardano le informazioni sui pazienti - riportano i ricercatori -. L'equità è un'altra area che potrebbe richiedere attenzione, poiché c'è il rischio che i sistemi di IA nell'assistenza sanitaria possano involontariamente riflettere o amplificare pregiudizi e disuguaglianze storiche, portando potenzialmente a prestazioni disparate del modello e a risultati dannosi per i gruppi emarginati».

Dallo studio sembra che Med-Gemini sia visto come uno strumento per il bene: «I grandi modelli linguistici multimodali stanno inaugurando una nuova era di possibilità per la salute e la medicina - hanno scritto i ricercatori -. Le capacità dimostrate da Gemini e Med-Gemini suggeriscono un significativo balzo in avanti nella profondità e nell'ampiezza delle opportunità di accelerare le scoperte biomediche e di assistere la fornitura e le esperienze di assistenza sanitaria». Tuttavia l'algoretica ci chiede che i progressi nelle capacità dei modelli siano accompagnati da un'attenzione meticolosa all'affidabilità e alla sicurezza di questi sistemi. Dando priorità a entrambi gli aspetti, possiamo concordare con i ricercatori di Google nell'immaginare un futuro «in cui le capacità dei sistemi di IA siano acceleratori significativi e sicuri sia del progresso scientifico che dell'assistenza in medicina».