



RASSEGNA STAMPA

19-09-2016

1. MESSAGGERO Sempre più italiani in Svizzera per l'eutanasia - Eutanasia, sempre più italiani in Svizzera
2. LIBERO QUOTIDIANO Int. «Ho tentato pure io con l'eutanasia ma non ero pronto»
3. GIORNALE «Sempre di più i genitori italiani che la chiedono per i figli malati terminali»
4. IL FATTO QUOTIDIANO Cappato: "Eutanasia, sì ai viaggi in Svizzera"
5. IL FATTO QUOTIDIANO Da luminare a stregone: la folle vita del dr. Hamer
6. STAMPA La lista d'attesa è lunga mesi ma pagando la visita è domani
7. REPUBBLICA Un protocollo d'intesa fra medici e avvocati
8. REPUBBLICA Ma solo il 5% dei cittadini usa il fascicolo elettronico
9. SECOLO XIX Ricerca medica, l'Italia in vetta per pubblicazioni
10. HEALTH DESK Vaccini, tra paura e diffidenza
11. QUOTIDIANO SANITÀ Cure primarie. Negli Stati Uniti sempre più affidate agli infermieri

Il caso

Sempre più italiani in Svizzera per l'eutanasia

Carla Massi

L'eutanasia sul ragazzo minore in Belgio riapre, in Italia, lo scontro etico-politico. Intanto la legge è ferma in commissione alla Camera da almeno tre anni.

A pag. 13

Eutanasia, sempre più italiani in Svizzera

► Le associazioni ricevono circa settanta telefonate a settimana la maggior parte desiste. In un anno 50 arrivano nelle cliniche ► Appello del cardinal Bagnasco: «Accogliere sempre la vita» I pediatri oncologi: i ragazzi ci chiedono soltanto di non soffrire

**GLI ANESTESISTI:
ANCORA MOLTI
PAZIETI SENZA CURE
PALLIATIVE
IL 40% NON RICEVE
QUESTA ASSISTENZA**

**OSPEDALE
BAMBINO GESÙ:
«ANCHE A CHI NON È
GUARIBILE PUÒ
ESSERE CONTROLLATO
IL DOLORE TERMINALE»**

IL CASO

ROMA L'eutanasia su un minore, un ragazzo di 17 anni in Belgio riapre, in Italia, lo scontro etico-politico. Mentre la legge è ferma in commissione alla Camera da tre anni, i malati chiedono una maggiore diffusione delle terapie anti-dolore, le associazioni si preoccupano di aiutare chi vuole andare a morire in Svizzera e, clandestinamente, pazienti, parenti e sanitari prendono decisioni finali.

I SEDATIVI

Il minore soffriva di dolori fisici insopportabili. I dottori hanno usato dei sedativi per indurre il coma come parte del processo», ha spiegato Wim Distelmans, direttore del Centro di controllo dell'eutanasia in Belgio dove è morto il minore. Poche parole, secche. E, per la prima volta al mondo l'applicazione della cosiddetta "dolce morte" su un malato under 18. Uno choc che le associazioni pro-eutanasia hanno utilizzato per togliere il velo ad una situazione che, non si vede, ma esiste attorno a noi.

LE TELEFONATE

Tra Exit, l'Associazione italiana

per il diritto a una morte dignitosa (38mila soci e 20 anni di attività) e Sos eutanasia-Associazione Coscioni si contano oltre 100 richieste a settimana di persone che chiedono di mettere fine alla propria vita. Richieste che raccontano storie di malattie recenti o croniche. Due esempi: «Sono tetraplegico da cinque anni. Dopo numerose complicazioni cliniche il mio corpo è diventato una prigione che mi arreca sofferenza togliendomi autonomia. Necessito di assistenza continua. Sono stanco e non voglio continuare a vivere così. Ero un atleta abituato ad una vita dinamica e il mio corpo era un perfetto strumento che ora mi sta imprigionando» e «Ho settanta anni e una neuropatia degenerativa progressiva. Mi ritrovo semi-allettata e non muovo più le gambe. Dipendo da un'altra persona che mi aiuta in tutto. Vorrei andare in Svizzera, ma non ha soldi. Mio marito è morto 13 anni fa. Non sono più in grado di provvedere a me stessa».

LE VISITE

Circa 50 l'anno gli italiani che, dopo esami e visite, arrivano nei centri svizzeri. Solo una minima parte riesce ad arrivare in Svizzera.

ra: perché molti desistono, perché non rientrano nelle linee guida elvetiche. Il paziente deve inviare le cartelle cliniche e le dichiarazioni mediche del suo stato.

«Questi numeri sono in continua crescita - spiega Emilio Coveri, presidente di Exit Italia - a giudicare dalla crescita vertiginosa delle chiamate che riceviamo. Non vedo perché debbano continuare a soffrire o andare incontro a un'eutanasia clandestina». Mina Welby e Marco Fraticelli di Sos eutanasia-Associazione Coscioni annunciano che riprenderanno presto con l'organizzazione di viaggi di malati terminali in Svizzera.

Da parte dei medici la richiesta più urgente è quella di intensificare le cure palliative che, in molte regioni, sono quasi inesistenti. Sono 230 gli hospice in



Italia, in totale 2.524 posti letto.

La più alta concentrazione è al Nord e al Centro con duemila posti. Appena il 16,2% di tutti quelli disponibili. Di fatto, il 40% delle persone affette da dolore non ricevono un trattamento adeguato. Oltre gli adulti, anche gli adolescenti e i ragazzi negli ultimi giorni di vita, chiedono di non soffrire.

LA TERAPIA

«Ogni paziente, anche quando non è guaribile - fa sapere Corrado Cecchetti, responsabile dell'Area Rossa dell'ospedale Bambino Gesù di Roma - è sempre curabile. Ma serve un approccio palliativo vero, un controllo della sofferenza che deve essere vero e totale. Ricordiamo che i bambini e i ragazzi per non vedere la sofferenza dei genitori nascondono la propria sofferenza».

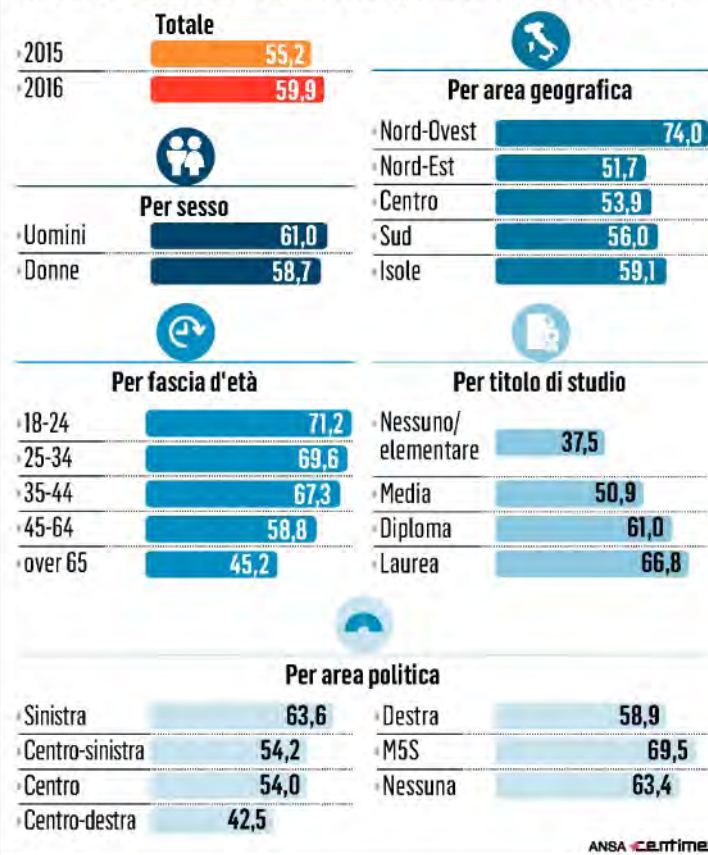
Dalla Chiesa il fermo "no" a qualsiasi pratica che provoca la morte per mano dell'uomo. «Accogliere la vita in tutte le sue fasi» è l'appello del presidente della Cei, il cardinale Angelo Bagnasco, dopo il caso del minore in Belgio.

Carla Massi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Gli italiani e la "dolce morte"

Favorevoli all'eutanasia secondo il Rapporto Italia 2016 di Eurispes



ANSA **carlini** metri

Emilio Coveri «Ho tentato pure io con l'eutanasia ma non ero pronto»

di **A. MILAN** a pagina 17

Cosa succede quando si va in Svizzera

«Ho cercato la dolce morte anch'io, ma era presto»

Il fondatore di Exit racconta la battaglia per l'eutanasia e il suicidio assistito: «Sono conquiste sociali per i malati gravi»

DICEVA MONTANELLI

■ *Se abbiamo un diritto alla vita abbiamo un diritto alla morte.*

Deve essere riconosciuto a noi il quando e il come morire

L'ASSOCIAZIONE EXIT ITALIA

■ *Da vent'anni vorrebbe legalizzare l'eutanasia in Italia come in Belgio, Olanda e Lussemburgo*

■ ■ ■ **ALESSANDRO MILAN**

■ ■ ■ L'argomento è di quelli di cui nessuno parla mai volentieri: la morte. C'è una persona che invece sfida questo tabù e da anni si occupa della fine dei nostri giorni, tanto da farne una battaglia di civiltà e libertà. È Emilio Coveri, 65 anni, torinese doc. Venti anni fa Coveri fondò Exit Italia, associazione che si batte per il diritto a una morte dignitosa. Exit vorrebbe legalizzare in Italia l'eutanasia, pratica che al momento è ammessa solo in Olanda, Belgio e Lussemburgo, nazioni che però non accettano stranieri.

C'è poi un'altra soluzione, praticabile in Svizzera, Canada e in Oregon, negli Stati Uniti. Si chiama morte volontaria medicalmente assistita, detta anche suicidio assistito. In Svizzera arrivano da tutto il mondo pazienti che, pagando, decidono di porre fine alla propria vita. Molti di loro lo fanno grazie alla Exit.

Coveri, il fatto che l'eutanasia sia legale in tre soli paesi al mondo non la fa riflettere?

«Sì, e mi fa dire che sono gli stati più avanzati dal punto di vista mentale e sociale. Lì hanno ritenuto l'eutanasia

una conquista sociale, al pari delle leggi su divorzio e aborto. Una scelta di libertà».

L'hanno definita il dottor morte.

«Insulti che non mi toccano. Sono orgoglioso di quel che faccio. E se lo vuole sapere, tanti cattolici ci appoggiano e dissentono sul concetto che la vita sia sacra».

Non lo è per lei?

«No. Poi può essere sacra finché vuole ma quando soffro la pellaccia è la mia, non la sua. E se permette decido io se prendere una supposta o sottopormi a chemioterapia. Ricordi Indro Montanelli, parole che andrebbero scolpite: "Se abbiamo un diritto alla vita, abbiamo un diritto alla morte. Deve essere riconosciuto a noi il quando e il come morire"».

Da quanto esiste Exit Italia?

«Dal 1996. Il 25 settembre saranno vent'anni esatti».

Chi si rivolge a voi?

«Sono malati gravissimi che non tollerano più di soffrire. Poi ci sono quelli che non stanno male, ma vogliono mettere le mani avanti».

Vogliono fare testamento biologico?

«Esatto, dispongono le volontà per la fine della propria esistenza. Abbiamo sul sito (www.exit-italia.it) il testamento biologico più completo al mondo. È compresa tutta la casistica medico-scientifica per decidere».

Come funziona la procedura per andare in Svizzera? Mettiamo che io voglia farla.

«Chiama me. Ogni settimana lo fanno 80-90 persone. Il paziente deve essere perfettamente in grado di intendere e di volere, deve avere una malattia grave, irreversibile, accertata, e senza più possibilità di guarigione.

ne. Non è una cosa semplice. Il 99 per cento di chi chiama è eleggibile alla pratica. Poi ci sono casi assurdi. L'altro giorno mi ha chiamato uno dicendo che voleva farla finita perché la moglie lo aveva lasciato e aveva perso 400 mila euro in Borsa. Non sono elementi sufficienti per potere essere ammessi al suicidio assistito».

Torniamo a chi è eleggibile.

«Mi chiama e si iscrive a Exit».

Quanto costa?

«50 euro l'anno. Al momento siamo 3.590 soci, pochissimi. In Francia sono 48mila, in Germania 80mila».

Perché in Italia sono così pochi?

«C'è il bavaglio dell'informazione nei nostri confronti. Poi gli italiani non leggono, siamo un popolo culturalmente arretrato, medievale per certi versi».

Torniamo alla procedura. Mettiamo che sia malato grave e voglia andare in Svizzera.

«Io le spedisco una busta con tutte le informazioni, lei la firma. Deve allegare le cartelle cliniche con la patologia di cui è affetto. Una commissione medica svizzera composta da tre dottori, tra cui uno psichiatra, esamina il caso e può dare la cosiddetta luce verde».

A questo punto?

«Decide lei se e soprattutto quando procedere. Può anche non farlo mai».



Mettiamo che scelga di andare avanti.

«Va in Svizzera, direttamente dal medico dell'associazione che ha seguito la sua pratica. Noi, come Exit Italia, per non rischiare accuse di agevolazione e istigazione al suicidio, terminiamo il compito quando le spediamo la lettera. Poi diciamo "si metta d'accordo con il medico"».

Chi stabilisce la data della morte?

«Lei. Ricordi, totale libertà. Mettiamo che stabilisce di fare tutto il 15 gennaio. Il giorno prima va in Svizzera. Se non è in grado di farlo autonomamente può chiedere che un'ambulanza svizzera venga a prenderla a casa».

Poi?

«Il giorno prima della decisione finale il medico fa la visita. Ed è tenuto per legge a fare desistere il paziente dal suicidio».

Ciriesce?

«A volte. Dopo il colloquio con il medico molte persone rinunciano e tornano a casa. Gli italiani mai. Quando si mettono in mente una cosa, la fanno».

Quindi?

«Se il paziente è convinto il medico va in farmacia con una ricetta, registrata in polizia, e ordina la dose letale di pentobarbital di sodio. È una soluzione in polvere da diluire in acqua».

Andiamo avanti.

«La mattina dopo il medico torna da lei. Nuovamente cerca di dissuaderla dal proposito. Ma di fronte al "sì, lo voglio" le somministra due pastiglie di antiemetico, poi le prepara la dose letale. Ma è il paziente che deve berla, autonomamente. Per questo si chiama suicidio assistito. Il medico non interviene attivamente. In trenta secondi lei si addormenta, dopo cinque-sei minuti interviene l'arresto cardiaco».

Fa un po' impressione.

«In quei frangenti sono presenti volontari dell'associazione, infermieri. È una cosa dolcissima, bellissima».

Addirittura?

«Lo testimoniano molti familiari che hanno accompagnato i loro cari. Il paziente se ne va in serenità. Pensa che non si dovrà più svegliare e affrontare una giornata di dolore e sofferen-

za».

Andiamo avanti con la procedura.

«Una volta avvenuto il decesso, il medico chiama la gendarmeria e il medico legale dicendo che si è verificato un suicidio assistito come da "protocollo Exit". Arrivano, constata che tutto è stato fatto a norma di legge, il medico firma l'atto di morte e la pratica è chiusa. Se il paziente vuole farsi cremare, in serata le ceneri sono a disposizione dei parenti».

Come vanno a morire le persone?

«Spesso sono sole, non avvisano nessuno. Qualche volta i parenti, quando ricevono le ceneri, mi chiamano e mi dicono: "Ma perché non mi ha avvisato?"».

E lei?

«Io rispondo: "Se ve l'avesse detto, voi cosa avreste fatto?" e se uno replica: "Beh glielo avremmo impedito", io dico: "Allora ha fatto bene a fregarvi". Ma come, una persona soffre e tu impedisce la sua volontà?».

Voi da quando mandate persone in Svizzera?

«Abbiamo conosciuto l'associazione Dignitas nel 2004. I primi anni erano pochi, in questi ultimi cinque anni saranno andate lì una trentina di persone l'anno. Ma il trend sta aumentando, perché il Parlamento italiano se ne frega e non promuove una legge. Solo in agosto sei persone mi hanno chiesto di andare là, due di loro lo hanno già fatto».

Gli altri quattro?

«Se non hanno avuto ripensamenti, nel momento in cui state leggendo questa intervista hanno attraversato il confine».

Quanto costa morire così?

«Circa 10mila euro. Incide molto il costo della cremazione in Svizzera, poi si pagano i medici, il farmaco, l'eventuale trasporto in ambulanza, i bolli e l'agenzia funebre».

Perché in Italia non c'è l'eutanasia?

«La politica non ci ha mai ascoltato. Allora abbiamo creato la Exit Svizzera italiana-Liberty Life con personale svizzero. Dal marzo 2015 a oggi 45 dei nostri sono già stati su a finire i loro giorni».

Coveri, che rapporto ha con la religione?

«Sono stato allevato dai Salesiani, rispetto la Chiesa e tutti i cattolici, ma sono agnostico, quasi ateo».

Quasi?

«Voglio ancora sperare che ci sia qualcuno lassù, ma non ci credo tanto. Ma quando Francesco I di Roma, che chiamo così perché sembra il Borbone, sputa sentenze da quella finestra, penso: "Prima di parlare paga l'Imu". Non mi dica, il Papa, che devo fare della mia vita».

Coveri, lei ha programmato la sua morte?

«Le devo raccontare una cosa che forse nessuno sa. Io sono quasi cieco ormai. Ho la retinite pigmentosa, una maculopatia degenerativa, qualcosa da non augurare neppure ai peggiori nemici. Ogni giorno vedo sempre meno. Scendevo dal tram e cadevo, sbattevo contro i pali. Dovevo chiedere tutto a mia moglie Liliana. Non riuscivo a leggere. Non ne potevo più».

Allora?

«Tre anni fa, a giugno, non ho detto nulla a nessuno e sono andato in Svizzera dalla dottoressa Erika Preisig di Lifecircle-Eternal Spirit. Ho fatto la domanda di suicidio assistito. Lei mi ha incontrato il giorno prima e mi ha detto: "Emilio, ti pregherei di pensare ai tuoi amici italiani. Tu hai inventato la Exit, l'hai consolidata, tutti credono in te. Ti chiedo di ripensarci"».

Lo ha fatto.

«Prima le ho detto una bugia. Non è vero che nessuno italiano non ci ha ripensato all'ultimo, uno lo ha fatto».

Lei.

«Io. Sono uscito da quel colloquio, ho pianto, ho fumato due sigarette, sono tornato dalla dottoressa, abbiamo preso un tè insieme e le ho detto: "Va bene, mi dedicherò alla Exit anima e corpo". Oggi, grazie all'Unione italiana ciechi, ho un computer che mi permette di leggere e me la cavo».

Si è ricreduto?

«No, solamente ho trovato più importante la Exit di me. Ora sto mettendo in grado i miei collaboratori di andare avanti da soli. Il giorno in cui cederò di tornare in Svizzera sarà la volta definitiva, ma saprò che la Exit continuerà dopo di me».

EUTANASIA CHOC

«Sempre di più i genitori italiani che la chiedono per i figli malati terminali»

Enzo Cusmai

■ «Abbiamo nostro figlio che è nato con la spina bifida. Può aiutarci a farlo smettere di soffrire? Si può andare in Svizzera per l'eutanasia?». «Il nostro bambino ha 7 anni, ha la leucemia allo stato terminale e i medici hanno detto che, da adesso in poi, c'è solo sofferenza. Noi non vogliamo che muoia in un ospedale. Vorremmo l'eutanasia».

Il giorno dopo la notizia della prima «dolce morte» su un minore in Belgio, Emilio Coveri, presidente di Exit-Italia, l'associazione italiana per una morte dignitosa, racconta le due richieste di eutanasia per due minori ricevute nel corso della sua carriera di medico che favorisce il suicidio assistito. Le coppie sono entrambi del Nord ed erano disposte a tutto pur di non far soffrire ancora il loro figlio.

Ma cosa ha risposto Coveri a questi genitori? «Che mi dispiaceva molto non poterli aiutare. Innanzitutto perché in Svizzera è ammissibile solo il suicidio assistito che è impensabile per i minori. Il paziente stesso, infatti, deve po-

tersi bere la bevanda letale da solo e di sua spontanea volontà. In 30 secondi si addormenta e nei 5 minuti successivi il barbiturico e il cloruro di potassio arrestano il cuore». Ma i genitori, bene informati, hanno chiesto anche di poter partire per il Belgio. «E io gli ho risposto che purtroppo non è possibile. Né in Belgio né in Olanda ammettono stranieri». In Belgio, per esempio, è tassativo la residenza e il lavoro nel paese. Come il (o la) diciassettenne che ora non soffre più. Wim Distelmans, direttore del Centro di controllo dell'eutanasia ha spiegato che «Il minore soffriva di dolori fisici insopportabili. I dottori hanno usato dei sedativi per indurre il coma come parte del processo e poi hanno utilizzato il liquido letale. La storia è tutta qui: il ragazzo non ce la faceva più e ha chiesto di farla finita. I genitori si sono consultati con i medici e alla fine hanno proceduto. «Il principio dell'autodeterminazione è stato rispettato - spiega Coveri -. Non capisco perché il nostro Stato non ci offra la libera scelta quando non c'è più nulla da fare. Cinquanta all'anno le richieste e aumentano sempre più».



ASSOCIAZIONE L. COSCIONI

Cappato: "Eutanasia, sì ai viaggi in Svizzera"

SONO DIVERSI gli esponenti politici che prendono a pretesto quanto accaduto in Belgio per provare a bloccare la strada al percorso parlamentare della nostra proposta di legge di iniziativa popolare per l'eutanasia legale - dichiara Marco Cappato, a nome dell'Associazione Luca Coscioni - con Mina Welby e Gustavo Fraticelli, riprenderemo presto con l'organizzazione di viaggi di malati terminali in Svizzera". Il XIII Congresso dell'Associazione Luca Coscioni si terrà dal 30 settembre al 2 ottobre a Napoli.



Da luminare a stregone: la folle vita del dr. Hamer

IL GRANDE DOLORE

*Si ammalò di cancro dopo
che il figlio Dirk fu ucciso
da un colpo di fucile sparato
da Emanuele Filiberto*

IN FUGA PER L'EUROPA

*Condannato in Austria,
Germania, Francia e Spagna
Da 6 anni è in Norvegia: c'è
ancora chi si rivolge a lui*

IL RITRATTO

"Nuova medicina"

Le patologie nascono da traumi emotivi, quindi non si curano: queste assurde teorie continuano a uccidere

» LEONARDO COEN

I

n principio fu l'isola di Cavallo, in Corsica, negli anni Settanta paradiso esclusivo per miliardari gaudenti. Nell'estate del '78 arriva lo yacht del principe Vittorio Emanuele di Savoia, con la bella moglie Marina Doria. Li aspetta la solita brigata d'amici. Come Nicky Pende, noto playboy e figlio di un ricchissimo medico di Roma, che ha ormeggiato il panfilo "Coke" all'argido del porticciolo. Il 18 agosto, a ora di cena, qualcuno piglia il gommone di Vittorio Emanuele per andare a terra. Il principe s'infuria: è sbronzo e geloso delle attenzioni di Nicky verso Marina. Scende sottoponte e ne riemerge armato di fucile. Scoppia una zuffa. Vittorio Emanuele spara un colpo per intimorire Pende. Nicky gli si avventa addosso. Il principe preme ancora il

grilletto. Colpisce ad una gamba un giovanotto tedesco su un'imbarcazione vicina.

SICHIAMO Dirk Jeerd Hamer, non ha ancora vent'anni. È amico dei Pende, è lì assieme alla sorella Birgit, miss Germania 1976. Viene trasportato all'ospedale di Heilderberg, in Germania. Nel tentativo di salvarlo, gli amputano la gamba. Muore il 7 dicembre. L'inchiesta si chiuderà con un'irrisoria condanna: per Vittorio Emanuele: 6 mesi con la condizionale per porto abusivo d'arma da fuoco.

Dirk era figlio di Ryke Geer Hamer, il controverso teorico della "Nuova Medicina Germanica": quella che associa la genesi di ogni patologia a traumi o conflitti psicologici non risolti. Quella che nega la terapia del dolore. Che vieta la chemioterapia, proponendo trattamenti "naturalisti" per la cura del cancro. Che predica il predominio della psiche su salute e malattie. Che fa leva sulla sfiducia nella medicina e sui pregiudizi nei confronti dei

farmaci. Purtroppo, le terapie alternative ammazzano. Come abbiamo visto di recente. La diciottenne leucemica Eleonora poteva essere curata ma i genitori, seguaci di Hamer, hanno preferito la vitamina C. O la donna di 34 anni con tumore al seno, operata quattro anni fa, morta per avere rifiutato la chemio: si era affidata, seguendo il metodo Hamer, a impacchi di ricotta e decotti di ortica.

Hamer oggi ha 81 anni. Si è laureato in teologia evangelica nel 1957, all'università di Erlangen. Quattro anni dopo, ottiene la laurea in medicina all'ateneo di Marburgo. Scelse prima dei bisturi lo studio di Dio. Dopo la pratica, nel febbraio del 1972 diventa primario di ginecologia alla clinica oncologica universitaria di Monaco. Nel frattempo, inventa lo scalpello a taglio atraumatico, con lama venti volte più sottile di quella di un rasoio; elabora una sega speciale per ossa, un lettino da massaggio automodellante. I brevetti gli rendono parec-



LA PRIMA
"LEGGE BIOLOGICA"

*Le gravi malattie
hanno origine da un
evento di shock o
trauma psicologico
che viene vissuto
dall'individuo come
acuto e drammatico*



IL PENSIERO
ANTISEMITA

*Gli ebrei sono gli unici
ad applicare
la medicina germanica
e sopravvivono, mentre
miliardi di non ebrei
sono macellati a morte:
sono assassini di massa*



chio. Così, nel 1976, si trasferisce in Italia con la famiglia, per curare gratis “i malati nei quartieri più poveri”.

DUE ANNI DOPO, la tragedia del figlio. Lo choc, secondo Hamer, è tale da causargli il cancro a un testicolo. Glielo asportano chirurgicamente. Lui elabora la malattia come conseguenza diretta del trauma subito per la morte di Dirk. Chiede ai suoi pazienti se anch'essi abbiano vissuto un avvenimento terribile: scopre “che tutti, in effetti, avevano subito un evento traumatico prima di ammalarsi”.

Nell'ottobre del 1981 vuole rendere pubblica la sua scoperta ad un simposio. L'habattezzata Dhs, “sindrome di Dirk Hamer”. Il direttore della clinica gli pone un *aut aut*: o rinneghi la “scoperta” o te ne vai. Non rinnega. Nel 1983 perde l'abilitazione. Nel 1986 è radiato dall'ordine. Nel 1990 fonda in Austria la “Clinica per una Nuova Medicina”. Cinque anni dopo le autorità austriache gliela chiudono. Le condanne si susseguono. In Austria, per calunnia. In Germania, per avere ingessato un ra-

gazzo con tumore al ginocchio, gamba che è poi stata amputata. Nel 1997 lo arrestano a Colonia: pratica abusiva, 19 mesi. Ne sconta 12. In Francia, gli affibbiano in contumacia 18 mesi, nel 2004 lo arrestano in Spagna, per estradarlo ancora in Francia: becca tre anni, esce nel 2006, scampa a un nuovo arresto nel 2007. Sostiene, l'ineffabile Hamer, che le cinque leggi biologiche fulcro della sua teoria, sono boicottate da un complotto mondiale massonico-giudaico: “Gli ebrei sono gli unici ad applicare la medicina germanica e sopravvivono quasi tutti, mentre miliardi di pazienti non ebrei sono macellati a morte. Odio queste persone. Per me sono assassini di massa”.

Da sei anni consuma l'esilio in Norvegia, a Sandefjord dove c'è sempre un via vai di malati che si affidano a lui come a un taumaturgo. Il locale tribunale civile gli ha negato la riabilitazione professionale. Ma sulla sua cassetta della posta si legge “Dr. Med. Ryke Geerd Hamer”, “rettore dell'università Nuova Medicina Germanica di Sandefjord”.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Biografia RYKE GEER HAMER

Teorico della “Nuova Medicina Germanica”, nasce nel 1935. Laureato in teologia evangelica e medicina. Nel 1976 si trasferisce in Italia per curare gratis i poveri. Dal 1981 teorizza la “sindrome di Hamer” che gli vale l'abilitazione. È radiato dall'ordine e riceve diverse condanne

La lista d'attesa è lunga mesi ma pagando la visita è domani

Stasera a "Preso diretta": i ritardi aiutano la corruzione a scapito della salute

il caso
GABRIELE MARTINI

La formula recita più o meno così: «La lista d'attesa è di diversi mesi. Ma a pagamento può venire già domani». Il cortocircuito della sanità pubblica sta in queste due frasi, che sempre più spesso gli italiani si sentono ripetere quando si rivolgono a ospedali statali. I dati nazionali diffusi dall'ultimo Pit Salute 2015, realizzato dal Tribunale del Malato, parlano di tempi medi per le prestazioni che sono ben lontani dai 30 e 60 giorni previsti rispettivamente per visite ed esami diagnostici dal piano del **Ministero della Salute** recepito dalle Regioni e tuttora in vigore.

Nei giorni in cui puntuale si ripresenta il balletto di fine estate sui possibili tagli alla sanità, conviene infatti ripartire dai numeri: tredici mesi per una risonanza magnetica; un anno per una mammografia o una Tac; nove mesi per un'ecografia; sette per una radiografia. E ancora: tredici mesi per una visita psichiatrica, nove per un controllo oculistico, otto per un appuntamento dal cardiologo, sei per essere ricevuti dall'oncologo e altrettanti dall'ortopedico. Sono tempi inaccettabili perché rischiano di compromettere il senso stesso della prevenzione e della diagnosi tempestiva.

A raccontare la sanità negata è il reportage «Liste d'attesa», realizzato da Alessandro Macina per il programma di Riccardo Iacona «Preso diretta», in onda stasera su Raitre. Un viaggio tra ritardi, disorganizzazione e impossibilità di accedere alle cure al punto da doverci rinunciare. Gli ultimi dati Censis dicono che nell'ultimo anno 11 milioni di italiani - uno e mezzo in più rispetto all'anno precedente - hanno rinunciato alle terapie a causa dei tempi troppi lunghi e dell'impossibilità di pagare una visita privata o in

intramoenia. Mentre è in costante aumento la spesa sanitaria annuale sostenuta di tasca propria dai pazienti: 34,5 miliardi nel 2015, oltre 500 euro a persona. In due anni l'incremento è stato del 3,2%, il doppio rispetto all'aumento della spesa per i consumi delle famiglie nello stesso periodo, pari a +1,7%.

«Chi ha più soldi, oggi si cura prima e meglio. Ma così si lede anche un principio costituzionale di uguaglianza dei cittadini rispetto alla cura», ammette il Presidente della Regione Toscana Enrico Rossi, che sta studiando una strada per frenare il ricorso all'intramoenia. Il mancato rispetto delle liste di attesa, inoltre, è il principale responsabile del fatto che i pazienti debbano andare fuori Regione a fare gli esami. La chiamano «mobilità passiva» e costa alla collettività un sacco di soldi: 300 milioni di euro alla Regione Campania, 270 alla Calabria, 200 milioni alla Puglia.

Fin qui i dati. Ma la realtà rischia di essere anche peggiore. Nelle Regioni dove non c'è ancora un unico centro di prenotazione, come prevede la legge, ma tanti Cup che non sono in rete tra di loro, può essere difficile persino riuscire a prenotare una visita.

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI



[IL CASO]

Un protocollo d'intesa fra medici e avvocati

Un protocollo d'intesa tra avvocati e medici. L'insolito accordo tra Consiglio nazionale forense e Federazione degli ordini dei medici è stato firmato la settimana scorsa dai rispettivi presidenti. Si tratta di dieci articoli che stabiliscono finalità, modalità e tempi di attuazione, obblighi delle parti, articolazione dei progetti. Le due professioni ritengono infatti di avere un pilastro in comune: la Costituzione, che tutela, all'articolo 32, il diritto alla Salute e, all'articolo 24, il diritto alla difesa.

«A partire da questi principi fondamentali, dalle nostre leggi istitutive, dai nostri codici deontologici non poteva che nascere naturale, spontaneo un percorso comune», ha detto il presidente della Fnomceo, Roberta Chervani. Tra le iniziative previste, il confronto e lo scambio di dati, documenti, informazioni, studi e ricerche; il monitoraggio permanente sulla normativa e la giurisprudenza italiane ed europee in materia di diritto alla salute e di difesa; la diffusione di buone pratiche di correttezza deontologica; un progetto formativo per gli alunni della scuola primaria e secondaria, in collaborazione anche con il Miur e le altre istituzioni coinvolte. **(a.b.)**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



rapporti imprese

II DATI

Ma solo il 5% dei cittadini usa il fascicolo elettronico

Avanti ma molto adagio. Il 40% dei referti medici made in Italy ha ormai sposato la rivoluzione digitale, e quindi sono stati dematerializzati e archiviati nel cfrario dei bit informatici. Eppure solo il 5% dei cittadini utilizza il proprio fascicolo sanitario elettronico e solo il 9% delle cartelle cliniche sposano il modello digitale. Questo è il quadro a luci e ombre della salute 2.0 secondo l'ultimo rapporto dell'Osservatorio innovazione digitale in Sanità del Politecnico di Milano. Il principale ambito su cui hanno investito le strutture sanitarie è la cartella clinica elettronica, con una spesa di 64 milioni di euro (+10% rispetto al 2014), valore che nel 2016 dovrebbe aumentare per il 43% delle aziende del campione preso in esame.

Seguono i sistemi di front-end (61 milioni di euro di budget), il disaster recovery e continuità operativa (48 milioni), la gestione amministrativa delle risorse umane (39 milioni), la gestione informatizzata dei farmaci (26 milioni). Rimane indietro invece la telemedicina: gli investimenti in soluzioni Ict a supporto dell'assistenza domiciliare raggiungono a mala pena 20 milioni di euro. Le soluzioni di telemedicina più diffuse nelle strutture sanitarie sono il tele-consulento, presente nel 34% delle aziende, le soluzioni di tele-salute (14%). Invece i medici di medicina generale che utilizzano queste soluzioni sono solo il 4%, nonostante dichiarino un forte interesse (68%).

© RIPRODUZIONE RIFORMATA



Qui sopra **Stefano Foti**, a.d. Philips in Italia, Israele e Grecia



L'INDAGINE

Ricerca medica, l'Italia in vetta per pubblicazioni

L'ITALIA sa fare ricerca in medicina. Il nostro Paese è nella top dieci mondiale per numero di pubblicazioni realizzate in ambito medico nel periodo 1996-2015 (al settimo posto con quasi 456.000 pubblicazioni), mentre è addirittura al primo posto per numero di pubblicazioni per ricercatore (5,3) e per numero di citazioni per ricercatore (101,6). La prima specializzazione della ricerca clinica italiana è stabilmente nel campo oncologico con il 39 per cento di tutte le sperimentazioni, seguita da neurologia e scienza dell'apparato cardiovascolare. I dati sono emersi dal documento presentato a Roma nell'ambito del Forum "Il Futuro è la ricerca clinica - Un'opportunità per il paziente, il Ssn e il Paese", organizzato da The European House-Ambrosetti in occasione della celebrazione dei dieci anni di Celgene in Italia.



<http://www.healthdesk.it/>

IL SONDAGGIO

Vaccini, tra paura e diffidenza

Il 41% dei cittadini francesi non è convinto della sicurezza dei vaccini. Ma i più dubbiosi sulla loro importanza sono russi e italiani. Ecco i risultati di un'indagine che mappa gli atteggiamenti verso i vaccini in tutto il mondo

Paolo Gangemi

I movimenti antivaccinisti rischiano di diventare un problema sanitario sempre più grave. Per debellarli o quantomeno contenerli occorre in primo luogo capirne bene le radici. Il fatto è che le cause possono essere molto diverse fra loro, a seconda dei diversi contesti e delle diverse culture. Una mappa globale sull'atteggiamento dei vari popoli verso i vaccini è stata ora disegnata grazie a una ricerca recente realizzata da un gruppo di ricercatori coordinati da Heidi Larson, antropologa della London School of Hygiene & Tropical Medicine e direttrice del Vaccine Confidence Project, un'iniziativa non profit che si occupa appunto di monitorare l'opinione pubblica internazionale in materia di vaccini.

Lo studio, pubblicato sulla rivista *EBioMedicine*, è il risultato di un sondaggio condotto alla fine del 2015 su oltre 65.000 persone in 67 Paesi. E le sorprese non mancano, a partire dalla più appariscente: i più scettici sui vaccini sono i francesi: il 41 per cento di essi dubita della sicurezza vaccinale, contro una media globale del 12 per cento. Un dato che ha spiazzato la stessa autrice dello studio: «Non mi aspettavo dalla Francia un risultato così negativo».

Perché la Francia?

Lo stupore di Heidi Larson è giustificato: mentre in Paesi come l'Italia il complottismo si alimenta di una secolare (e in parte giustificata) diffidenza verso le istituzioni e ogni loro imposizione, la Francia vanta una solida e diffusa tradizione di fiducia nello Stato, unita a un forte orgoglio scientifico (per esempio, gran parte della popolazione ha accettato senza

particolari problemi, e anzi di buon grado, l'uso dell'energia nucleare, per la quale proprio la Francia è il primo Paese al mondo come percentuale sull'elettricità nazionale).

Le cause vanno cercate allora, secondo gli autori, in fattori più contingenti: in primo luogo le accese discussioni che negli ultimi decenni hanno scosso la Francia sui sospetti effetti collaterali di particolari vaccini, come quelli contro l'epatite B e il Papillomavirus. Si spiega così il dato eclatante: fortunatamente non è che il 41 per cento dei francesi siano antivaccinisti per pregiudizio; in molti casi sono solo frastornati dalle polemiche recenti.

Il rischio di un effetto domino

In ogni caso le conseguenze di un atteggiamento così diffidente sono gravi. Dal 2008 al 2011, in Francia sono stati **registrati** 22.686 casi di morbillo, molti dei quali con complicazioni anche gravi, per un bilancio finale di 10 morti: un'epidemia eccezionale nel panorama europeo recente, ma che rischia di essere solo l'inizio di una nuova recrudescenza. Non solo. Il caso francese potrebbe dare il cattivo esempio anche nel resto del mondo. Non che i movimenti antivaccinisti siano una prerogativa francese, anzi, ma la Francia resta un polo culturale di primissimo ordine a livello globale. Come **fa notare** Steven Black, professore di pediatria al Center for Global Health del Children's Hospital di Cincinnati (Ohio), la diffusione sul web di materiali antivaccinisti in francese potrebbe avere effetti preoccupanti negli altri Paesi francofoni, dalla Svizzera al Canada, dal Belgio all'Algeria e al resto del Maghreb, da Haiti al Congo e all'Africa centrale in generale. E in effetti, fra gli otto Paesi africani considerati dallo studio, la Repubblica Democratica del Congo è quello dove la fiducia nella sicurezza dei vaccini è più bassa.

Il panorama in Italia e nel resto del mondo

Chi ha paura dei vaccini
Ecco quanto è diffusa nei diversi Paesi la convinzione che i vaccini non siano sicuri

I più fiduciosi		I più dubbiosi	
Bangladesh	<1%	Francia	41%
Arabia Saudita	1%	Bosnia-Erzegovina	36%
Argentina	1%	Russia	28%
Filippine	2%	Mongolia	27%
Ecuador	3%	Grecia	25%
		Giappone	25%
		Ucraina	25%

Dopo la Francia, i Paesi più diffidenti sono la Bosnia-Erzegovina (con il 36% degli intervistati convinti che i vaccini non siano sicuri), la Russia (28%), la Mongolia (27%), la Grecia (25%), il Giappone (25%) e l'Ucraina (25%). I Paesi più fiduciosi sono invece il

Bangladesh (solo lo 0,2% degli abitanti ha dubbi sulla sicurezza), l'Arabia Saudita (1%), l'Argentina (1%), le Filippine (2%) e l'Ecuador (3%). Il quadro che ne risulta mostra che l'atteggiamento verso i vaccini è generalmente molto positivo nei Paesi in via di sviluppo. La spiegazione più intuitiva, condivisa anche dalla stessa Larson, è che in molti di questi Paesi l'effetto benefico delle vaccinazioni è evidente nella vita quotidiana, per esempio in termini di drastica riduzione della mortalità infantile.

Si conferma comunque la specificità geografica e culturale dei diversi Paesi: se i popoli asiatici sono in generale favorevoli ai vaccini, i mongoli per esempio fanno eccezione. In questo caso, come osserva Joe Cohen, redattore di Science, entrano in gioco verosimilmente fattori religiosi, anche se gli stessi autori sottolineano come non si tratti di un effetto delle singole religioni in sé, ma dell'impatto che hanno a livello locale. Questo da un lato è incoraggiante (se una confessione religiosa molto seguita si pronunciasse esplicitamente contro i vaccini sarebbe un problema enorme); dall'altro lato però impone di cercare strategie comunicative sempre diverse per adattare ai diversi contesti locali.

Chi non crede nei vaccini

Ecco quanto è diffusa nei diversi Paesi la convinzione che i vaccini non siano importanti

I più fiduciosi		I più dubbiosi	
Bangladesh	<1%	Russia	16%
Iran	<1%	Italia	15%
Ecuador	<1%	Azerbaijan	14%
Filippine	<1%	Cina	14%
Argentina	<1%	Slovenia	13%

Viceversa, i dati mostrano che fra i Paesi più sviluppati non è solo la Francia a diffidare della sicurezza dei vaccini, ma anche altri popoli europei ed extraeuropei altamente evoluti e industrializzati (l'esempio più appariscente è il Giappone). Gli Stati Uniti, che al momento sono forse il campo di battaglia più intenso, si attestano su una posizione intermedia, con il 14% di scettici, anche se gli autori sono sicuri che ci siano forti differenze fra i vari Stati dell'Unione.

In Italia la situazione non è da sottovalutare. È preoccupante in particolare la poca sensibilità riguardo a un'altra domanda cruciale del sondaggio, quella sull'importanza dei vaccini: il 15% degli italiani non sono convinti che i vaccini siano importanti. È il secondo valore peggiore al mondo dopo la Russia (con il 16%) e davanti ad Azerbaijan (14%), Cina (14%) e Slovenia (13%). Anche in questa classifica i più virtuosi sono i bengalesi, seguiti da iraniani, ecuadoriani, filippini e argentini: tutti Paesi dove meno dell'1% dei cittadini

ritengono i vaccini poco importanti (i dati sono sintetizzati nella tabella in basso).

Questa seconda classifica evidenzia un fenomeno interessante. In alcuni Paesi la popolazione è scettica sulla sicurezza dei vaccini ma in buona parte si dice comunque convinta della loro importanza. È il caso dell'Iran, del Giappone, della Mongolia, del Vietnam, della Bosnia-Erzegovina e soprattutto della Francia: segno che i dubbi sulla sicurezza non comportano necessariamente un rifiuto totale. È un elemento che, in un momento critico per il futuro prossimo delle vaccinazioni, permette di ridimensionare in parte l'allarme emerso dalle cifre clamorose.

18 SETTEMBRE 2016

Cure primarie. Negli Stati Uniti sempre più affidate agli infermieri. Costano il 30% in meno dei medici e lavorano altrettanto bene

Lo scenario dell'assistenza sanitaria nella primary care stelle-e-strisce del futuro è già scritto. I medici sono sempre meno, mentre le università sfornano sempre più infermieri con competenze da practitioner. Ed è lo stesso mercato sanitario a richiederli. Sono competenti, piacciono ai pazienti e costano il 30% circa in meno di un medico di famiglia.

Il futuro della primary care negli Stati Uniti sarà dominato dagli infermieri con competenze particolari che li avvicinano molto ad un medico di medicina generale, i cosiddetti nurse practitioner (NP). Ne sono certi Thomas Bodenheimer (Center for Excellence in Primary Care, University of California San Francisco) e Laurie Bauer (School of Nursing, UCSF), autori di un articolo della serie [Perspective](#) sul New England Journal of Medicine. A questi professionisti della salute se ne affiancheranno altri, i registered nurse, che assumeranno il ruolo di veri e propri manager della salute per quell'esercito di 150 milioni di cittadini statunitensi affetti da patologie croniche.

Le complessità assistenziali poste da una popolazione sempre più anziana e la gestione delle cronicità impongono un profondo ripensamento delle cure primarie. E non solo oltreoceano ovviamente. Negli Usa i numeri parlano chiaro: ci si sta avviando rapidamente verso una carenza di medici delle cure primarie. Il bilancio è pesantemente negativo perché a fronte di circa 7-500-8.000 new entry l'anno nelle schiere di medici dedicati alle cure primarie (inclusi osteopati e laureati stranieri), il numero di medici di famiglia che vanno in pensione ogni anno arriverà a 8.500 nel 2020. E questo in un contesto di demografia sanitaria sempre più critico dal punto di vista assistenziale: popolazione sempre più anziana e aumento del numero di soggetti coperti da assicurazioni sanitarie.

Per contro il numero di nurse practitioner (NP) che è andato ad infoltire la forza lavoro è passato dalle 6.600 unità nel 2003 alle 18.000 del 2014 e gli esperti prevedono che il numero dei NP per le cure primarie aumenterà dell'84% tra il 2010 e il 2025. Seguendo questa tendenza, il numero dei medici dedicati alle primary care si ridurrà dal 71% del 2010 al 60% del 2025 per poi proseguire con questo trend al ribasso. Per contro, nello stesso intervallo di tempo, il numero dei NP dedicato alle cure primarie passerà dal 19 al 29%, soprattutto nelle comunità rurali.

Insomma, un numero sempre maggiore di pazienti sarà assistito nel contesto delle cure primarie da un nurse practitioner piuttosto che da un medico di famiglia, ai quali verranno riservati solo i casi più complessi. E non è un salto nel buio perché sono sempre più numerosi gli studi che 'certificano' come le cure erogate dai nurse practitioner e la patient-satisfaction siano sovrapponibili a quelle dei medici. Ma con un vantaggio: quello dei costi più contenuti. Gli iscritti a Medicare assistiti da un NP costano il 29% in meno in cure primarie e generano costi per visite ambulatoriali e ricoveri inferiori del 11-18% rispetto a quelli assegnati ad un medico. E per venire incontro alle inevitabili criticità di questa nuova professione, stanno nascendo in tutti gli USA dei tirocini intensivi per NP della durata di un anno per assistere i neolaureati nella transizione dai banchi di scuola alla pratica clinica.

Ma in ogni caso, affermano gli autori dell'articolo, il rapporto tra medici o NP per le cure primarie e popolazione è destinato a ridursi, visto che solo il 50% dei NP e il 32% dei medici scelgono di dedicarsi alle cure primarie. Di conseguenza bisognerà pensare ad introdurre ulteriori figure sanitarie per la gestione di condizioni croniche e sindromi geriatriche. Figure che negli USA potrebbero essere rappresentate dalle registered nurse (RN). Tre i ruoli che le RN saranno chiamati a rivestire nel nuovo panorama dell'assistenza sanitaria: aiutare i soggetti affetti da condizioni croniche a modificare lo stile di vita e definire adeguamenti

posologici dei loro trattamenti (ad esempio per ipertensione o diabete), seguendo i protocolli definiti dai loro medici; guidare dei team per la gestione di cure complesse nell'ottica di migliorare le cure e ridurre i costi per i pazienti con varie condizioni comorbili; traghettare la gestione dell'assistenza tra ospedale e territorio.

E intanto già nel 2015 il 43% dei medici statunitensi già si avvaleva di queste infermiere care manager per la gestione dei pazienti con cronicità. Quella delle RN è dunque un'altra professione sanitaria in pieno boom, con numeri destinati ad aumentare del 33% tra il 2012 e il 2025. E le università hanno intercettato questa domanda passando da 69.000 RN laureate nel 2001 alle 200.000 del 2014. Gli unici ostacoli restano quello di come quantificare il pagamento di queste prestazioni e dell'introduzione di corsi di formazione ad hoc nel curriculum universitario per la gestione della cronicità in contesti non ospedalieri. Ma ci si sta attrezzando rapidamente perché la domanda è pressante.

Maria Rita Montebelli