



## **RASSEGNA STAMPA**

**07-10-2016**

1. REPUBBLICA.IT Se la sanità è pubblica, il cancro arretra
2. CORRIERE.IT «Obiettivo zero» per gli errori con i farmaci antitumorali
3. OK SALUTE E BENESSERE Tumore al seno: un esame del sangue per scoprire se torna
4. ADN KRONOS Tumori, così si muove il cancro: lo stress guida l'esodo
5. GAZZETTA DEL MEZZOGIORNO La Lorenzin fa studiare il dossier tumori-Taranto
6. REPUBBLICA.IT Tumore alla prostata, dal 2000 mortalità in calo
7. QUOTIDIANO SANITÀ Sigarette elettroniche. Un ampio dossier del New England Journal of Medicine riapre la polemica
8. SOLE 24 ORE Manovra, per la sanità ipotesi 112,5 mld
9. MANIFESTO Malati da sud verso il nord, un giro d'affari di 4 miliardi
10. GIORNALE Ma il governo taglia un altro miliardo I soldi della sanità vanno al piano casa
11. ILSOLE24ORE.COM Manovra 2017, appello dei sindacati al Governo: «Investire nel Ssn e nel contratto di lavoro»
12. TUTTO Int. a Beatrice Lorenzin - «La mia "ricetta" per migliorare il sistema sanitario»
13. STAMPA Tra le barelle del San Camillo "Con un cancro aspettiamo da 15 ore"
14. SOLE 24 ORE Pronto soccorso, fino a 7 giorni per un ricovero
15. AVVENIRE Pronto soccorso, è un incubo Sovraffollati e con attese di 48 ore
16. LA VERITA' Il pronto soccorso è diventato un lusso Ormai si paga tutto
17. CORRIERE DELLA SERA Il rispetto negato al dolore dei malati
18. REPUBBLICA Il piccolo Davide e il diritto a una morte dignitosa
19. GAZZETTA DEL MEZZOGIORNO Cannabis, sfuma la legalizzazione
20. REPUBBLICA Così i figli nati in provetta ereditano l'infertilità dei padri
21. CORRIERE DELLA SERA Assalto globale alle malattie con Internet e i social (senza scordare la biologia)

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

## Se la sanità è pubblica, il cancro arretra

*Alla vigilia del Congresso europeo di oncologia, uno studio descrive come il Welfare sia riuscito ad azzerare l'effetto mortale della crisi. Ma fra i problemi da risolvere c'è ancora quello dei prezzi dei medicinali anticancro. L'obiettivo è una tariffa unica in Europa*

di DANIELA MINERVA



Fra le emergenze da affrontare c'è quella del costo eccessivo dei medicinali anticancro. GLI ONCOLOGI EUROPEI arrivano al loro congresso annuale ([Esmo](#)) con una bella vittoria sotto il braccio. L'ha pubblicata [Lancet](#) e dice che, sì, la crisi economica ha aumentato i malati di tumore e la mortalità in tutto il mondo industrializzato. Ma che in Europa, nei paesi dove opera un servizio sanitario universale, l'azione della sanità pubblica ha azzerato l'effetto mortale della crisi. Una medaglia d'oro per il vecchio continente e il suo welfare sempre sotto attacco dai cavalieri del rigore di bilancio. Proprio mentre gli oncologi europei si trovano per le mani la patata bollente del [costo insostenibile dei farmaci anticancro](#) salito ormai a 20 miliardi di euro nel continente, 4 solo in Italia. Insomma, sul terreno a Copenaghen c'è il nucleo del reattore nucleare-cancro: la fiscalità generale, anch'essa azzoppata dalla crisi, spende cifre esorbitanti per combattere il grande male, ma ce la fa e grazie a questo gigantesco sforzo collettivo riesce persino ad azzerare gli effetti della crisi economica sulla salute.

Ma cominciamo dall'inizio. Ovvero dal lavoro pubblicato da Lancet. I ricercatori hanno

esaminato i dati del periodo nero della crisi, 2008-2010, e hanno visto quanto l'impoverimento degli europei e, in particolare, la crescita della disoccupazione hanno fatto aumentare il numero dei malati in termini proporzionali rispetto al decennio precedente (169.129 decessi che si sono aggiunti ai circa 2 milioni). A colpire chi è rimasto senza lavoro sono tutti i tipi di cancro, con in testa quello del [polmone](#) che, come appare in uno studio dello [IARC](#), è a sua volta legato a un aumento dei fumatori tra i disoccupati.

In seconda battuta i ricercatori hanno distinto i tumori in trattabili e senza prospettive terapeutiche capaci di allungare sensibilmente la vita. E hanno scorporato i dati di mortalità paese per paese. Risultato: i decessi per i tumori sono direttamente proporzionali al tasso di disoccupazione, ma questo legame scompare nei paesi che hanno un servizio sanitario universale. Che non sono tutti come quello italiano, gli autori dello studio hanno considerato "copertura universale" anche le legislazioni che prevedono una copertura assicurativa per almeno il 90% della popolazione e che forniscono adeguata assistenza al parto e ai neonati.

Il risultato pubblicato da Lancet dimostra quanto i sistemi sanitari della maggior parte dei sistemi europei ha retto all'urto della marea montante dei malati di cancro. Ma parte essenziale della cura sono i farmaci e un lavoro presentato al meeting dell'American Society of Clinical Oncology (Asco) qualche mese fa ha calcolato che l'80% delle medicine anticancro consumate in Europa va ai malati di Italia, Francia, Austria, Belgio, Germania, Olanda, Spagna e Regno Unito. A dimostrare un'Europa a due velocità con i paesi orientali che non riescono a curare al meglio i loro cittadini.

Anche questo andrà a turbare i sonni degli oncologi convenuti a Copenaghen. E squaderna ancora una volta il dilemma senza soluzione: i farmaci anticancro costano troppo. I singoli paesi si affannano a far quadrare i conti e abbiamo più volte scritto come questo sia il problema dominante oggi in Italia. Ma il combinato disposto di legame indissolubile tra povertà e malattia oncologica e Europa dei ricchi versus quella dei poveri dimostra ancora una volta che serve una politica continentale. Il prezzo europeo dei farmaci di cui tanto si parla e che le aziende non vogliono. Forse non azzererebbe le disuguaglianze ma aiuterebbe.

Questo sito utilizza cookie tecnici e di profilazione propri e di terze parti per le sue funzionalità e per inviare pubblicità e servizi in linea con le tue preferenze. Se vuoi saperne di più o negare il consenso a tutti o ad alcuni cookie [clicca qui](#). Chiudendo questo banner, scorrendo questa pagina o cliccando qualunque suo elemento acconsenti all'uso dei cookie.

Accetto

## CORRIERE DELLA SERA / SPORTELLINO CANCRO



IL CONVEGNO

### «Obiettivo zero» per gli errori con i farmaci antitumorali

Un'indagine rivela che in Italia il livello di garanzia per pazienti e operatori sanitari è migliore rispetto ad altri Paesi europei. Ma i rischi si possono ridurre molto

Quanto è alto il livello di sicurezza nella gestione dei farmaci per i tumori del sangue? Anche se i margini di miglioramento ci sono, in Italia le cose non vanno male, specie se confrontate con quanto accade in altri Paesi. E non parliamo di realtà "in via di sviluppo", ma di nazioni che dovrebbero essere all'avanguardia e che in genere vengono prese a modello, come l'Inghilterra. Lo ha sottolineato il Carmine Pinto, presidente dell'Aiom (Associazione Italiana Oncologia Medica) nel corso del convegno "Obiettivo Zero: riduzione del rischio e prevenzione degli errori nella gestione dei farmaci antineoplastici" organizzato da HPS-AboutPharma, con il contributo incondizionato di Roche, presso il ministero della Salute.

#### La «Raccomandazione 14»

Il meeting è stata l'occasione per fare il punto sulla *Raccomandazione 14*, che delinea le buone prassi per approvvigionamento, stoccaggio, prescrizione, preparazione, somministrazione dei farmaci antineoplastici, che coinvolgono farmacisti, medici e infermieri. Non si tratta di un problema "da poco", in particolare nelle strutture di emato-oncologia, che sono quelle dove si verificano più errori medici (2,48 ogni 100 pazienti ogni giorno). E non è da poco neppure in termini economici, come ha ricordato Maurizio De Cicco, amministratore delegato di Roche in Italia, viste che la riduzione a zero dei questo tipo di errori comporterebbe un risparmio di 2 miliardi e mezzo all'anno nel sistema salute.

#### L'indagine

Per fare il punto sul livello di aderenza delle aziende sanitarie alla Raccomandazione a quattro anni dalla sua promulgazione è stata condotta un'indagine su 27 Aziende ospedaliere in 12 Regioni italiane, cioè su un campione che corrisponde più o meno al 10 per cento della realtà nazionale. I risultati sono stati incoraggianti. Secondo lo studio tre quarti dei centri coinvolti ha messo in pratica molte delle indicazioni suggerite dalla Raccomandazione 14. Un risultato che si accorda con quello di un report curato nel 2014 dalla Commissione europea, da cui è emerso che meno di due italiani su dieci hanno fatto esperienza diretta (o attraverso familiari) di un evento avverso, contro una media Ue di quasi tre persone su dieci.

#### Gli strumenti

Tuttavia, come recitava il titolo del convegno, l'obiettivo è "zero" errori. E gli strumenti ci sono. Gli esperti intervenuti hanno insistito, fra l'altro, sulla necessità di una maggiore informatizzazione delle procedure (ci sono ospedali in cui ancora si trascrivono a mano le prescrizioni, con ovvie possibilità di errore), un'automazione il più possibile diffusa, attraverso l'impiego di robot per operazioni standardizzate, e una più attenta e continua formazione del personale. Importante sarebbe, è stato detto, anche l'istituzione della figura del farmacista di reparto. Ma il vero "mantra", ribadito da tutti gli attori del sistema è stato quello della necessità di centralizzare i processi in unità altamente specializzate. In altre parole: non

### CORRIERE DELLA SERA

A BERLINO

#### Brexit, Merkel a May «No accesso a mercato Ue senza libera circolazione»

di Redazione Online



La cancelliera tedesca replica al premier britannico sull'introduzione di limiti

RAPPORTO

#### Nel 2015 boom di espatriati All'estero 100mila italiani

[Addio all'Italia: le foto](#)

di Alessandro Fulloni



Boom di under 34, il 36,7% del totale, la Germania è la meta preferita

TENSIONE

#### Bombardieri russi in Europa Rivive la Guerra Fredda

di Fabrizio Dragosei



IncurSIONE degli aerei di Mosca lungo le coste europee: ecco il [video](#) e la [rotta](#)

LA STRAGE NEL MEDITERRANEO

#### «Ho visto calpestare i morti sulla barca dei migranti» [Foto](#)

conviene a nessuno che certe procedure, in particolare le preparazioni, siano "disperse" in centri che ne fanno poche all'anno. Quello che si dice spesso per i punti nascita (non hanno senso sotto le 500 nascite all'anno) vale anche in questo caso: meglio riservare a centri al alta specializzazione almeno alcune procedure particolarmente delicate, implementando la comunicazione e la collaborazione fra centri "hub" e "spot".

6 ottobre 2016 (modifica il 6 ottobre 2016 | 12:27)  
 © RIPRODUZIONE RISERVATA

**DOPO AVER LETTO QUESTO ARTICOLO MI SENTO...**



di Angela Geraci



Aris Messinis, dell'Afp, ha documentato il soccorso di mille persone a nord della Libia

**LA DINASTIA**

**Giuliana e Marina, le donne che ora guidano Esselunga**

di Daniela Polizzi



La vedova e la figlia più giovane hanno il 70% della catena fondata da Caprotti

- [Così cambia l'impero dei supermarket](#)

**ALTRE NOTIZIE SU CORRIERE.IT**

**I VANTAGGI DI C+**

Tornano i MARTEDI' DI C+ con un nuovo film: "Elvis & Nixon". Richiedi il tuo ingresso singolo in omaggio.



**IN EDICOLA**

Il libro intervista al Papa che ha cambiato la Chiesa



**Entra in DoveClub**

Ti aspetta un 2016 ricco di Viaggi. scegli la tua prossima meta



**Su Buonpertutti.it**

Risparmia subito! Stampa i buoni sconto per la tua spesa



<https://www.ok-salute.it/>

## Tumore al seno: un esame del sangue per scoprire se torna



*Ottobre è il mese della prevenzione in tutto il mondo. OK Salute ti propone un consiglio al giorno per la prevenzione, la cura, la diagnosi e le terapie della malattia*

Un semplice **esame del sangue** per scoprire in anticipo la **recidività di un tumore**? Lo ha scoperto un **team di scienziati inglesi** nell'agosto 2015 e, anche se è ancora molto presto perché venga utilizzato di routine negli ospedali, apre prospettive importanti.

Dopo la **rimozione chirurgica di un tumore**, infatti, se alcune **metastasi** si sono già diffuse in un'altra parte del corpo, è possibile che il **carcinoma ritorni**. L'esame del sangue sperimentato all'*Institute of Cancer Research* di Londra (gli scienziati hanno **analizzato il DNA mutato del tumore** e poi continuato a cercare le mutazioni nel sangue) è in grado di rilevare con circa **8 mesi di anticipo** rispetto agli esami medici **se il cancro alla mammella sta per tornare a manifestarsi** in una paziente. Delle donne analizzate, su 15 che hanno avuto una recidiva, il test del sangue è riuscito a predirla in 12 casi.

Lo [studio](#), pubblicato su *Science Translational Medicine*, apre la speranza all'**individuazione precoce della recidiva**, cosa che può sicuramente **anticipare i trattamenti e migliorare le probabilità di sopravvivenza** delle pazienti.

<http://www.adnkronos.com>

## Tumori, così si muove il cancro: lo stress guida l'esodo



C'è qualcosa che accomuna un gruppo di cellule che si dirigono verso una ferita per ripararla e un ammasso tumorale che invade un tessuto sano: un viaggio buono e uno cattivo, guidati dal medesimo 'Gps'. Probabilmente lo stesso che, a livello macroscopico, muove lo spostamento di animali e persone. Uno studio internazionale, coordinato da un team di ricercatori dell'università degli Studi di Milano svela le leggi fisiche che regolano le migrazioni cellulari di massa. Il lavoro, capitanato da Caterina La Porta e Stefano Zapperi del Centro della complessità e dei biosistemi della Statale, è pubblicato su 'Pnas' e promette ricadute nel settore della medicina rigenerativa e della lotta al cancro.

Gli scienziati hanno esaminato il modo in cui diversi tipi di cellule si muovono su diversi materiali, dalla plastica a tessuti biologici, e in diverse condizioni sperimentali. I risultati ottenuti da questi esperimenti sono stati analizzati in modo da identificare le proprietà statistiche dell'"esodo" studiato, e poi confrontati con alcune simulazioni realizzate al computer.

Le migrazioni cellulari - spiegano dall'ateneo meneghino - sono guidate sia da meccanismi biologici interni alla cellula, sia da fattori esterni rappresentati soprattutto dalla matrice extracellulare che fornisce un supporto a cellule e tessuti. Il principale componente di questa matrice è il collagene, che forma una rete di fibre in grado di conservare l'integrità del tessuto, conferendogli una certa resistenza e un'alta sensibilità alle piccole deformazioni. Quando una singola cellula si muove, la sua struttura interna si ritrova a fronteggiare un certo livello di stress che attraverso la matrice può essere trasmesso alle cellule vicine. Si formano così vere e proprie onde di stress, che a loro volta si traducono in un movimento di gruppo a scatti.

I ricercatori hanno osservato le raffiche di attività migratoria e le hanno descritte da un

punto di vista matematico, scoprendo che questo movimento a ondate è simile a quello osservato negli schemi di spostamento di gruppi di animali e di uomini, poiché risponde alle stesse leggi universali. Valide anche per il moto di particelle inanimate, come le gocce di un fluido che riempie uno spazio vuoto.

Gli studiosi hanno inoltre scoperto che la migrazione cellulare è fortemente influenzata dalla struttura e dalla rigidità del materiale sul quale le cellule si stanno spostando.

"La migrazione è una caratteristica basilare dell'invasività delle cellule tumorali", commentano dalla Statale, e "i risultati ottenuti implicano che le cellule cancerose sfruttano per muoversi diversi meccanismi interni, a seconda dell'ambiente. Una scoperta di grande importanza per la comprensione dei processi di metastasi".

**INQUINAMENTO DOPO LA RICHIESTA AVANZATA DAL SINDACO STEFÀNO**

# La Lorenzin fa studiare il dossier tumori-Taranto

Emiliano: non vogliamo chiudere il siderurgico ma riteniamo possibile dare l'addio carbone

PALMIOTTI CON ALTRI SERVIZI A PAGINA 11 >>

L'INTERVENTO DEL SINDACO «HO CHIAMATO I RAPPRESENTANTI DEL GOVERNO A ROMA E MI HANNO RISPOSTO SUBITO. MI È STATO ASSICURATO CHE LEI HA CHIESTO PRIORITÀ. LA QUESTIONE È MOLTO DELICATA»

## Ilva, scende in campo il ministro Lorenzin

Stefàno: «Mi sarei aspettato il rapporto sulla mortalità dalla Regione. Ora l'esame all'Istituto superiore di sanità»

**DOMENICO PALMIOTTI**

● **TARANTO.** Non è ancora la risposta che il sindaco di Taranto attende in merito ai dati su malattie e mortalità in conseguenza dell'Ilva dopo il rapporto presentato lunedì dal governatore pugliese Michele Emiliano, ovvero la validazione scientifica o meno di quei dati, ma ad Ezio Stefàno il Governo ha risposto. Al contrario di quanto accade col governatore che anche ieri è tornato a sollevare il problema.

Il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, e il sottosegretario alla presidenza del Consiglio, Claudio De Vincenti: ecco i due rappresentanti dell'esecutivo Renzi che si sono interfacciati col sindaco dopo che lunedì, in presenza di dati che indicano un eccesso di mortalità e di malattie per l'inquinamento del siderurgico, lo stesso sindaco ha detto di avere pronta un'ordinanza che dispone la chiusura degli impianti. Ordinanza non resa esecutiva perchè Stefàno attende prima di conoscere la verità su quei dati, ovvero se hanno o meno validazione scientifica. E per questo si è rivolto al ministro della Salute. E **Lorenzin** l'ha fatto contattare dal suo capo di gabinetto. «Che mi ha

detto - riferisce Stefàno - che il ministro ha acquisito lo studio del Centro Salute e Ambiente e lo ha trasmesso per un'analisi approfondita all'Istituto superiore di sanità. Mi è stato assicurato che il ministro ha chiesto priorità perchè si rende conto di come la questione sia molto delicata. È ovviamente un segnale importante, di attenzione ed ascolto alla città, rispetto al tema da me sollevato. Adesso mi auguro che la risposta giunga nel più breve tempo possibile».

«Quando leggo quei dati che parlano di malattie tumorali, respiratorie e cardiovascolari e che colpiscono anche tanti bambini, resto sconcertato - commenta ancora il sindaco -. Ma io, che quel rapporto non l'ho avuto dai canali istituzionali diretti, come pure mi sarei aspettato dal presidente della Regione Puglia, devo anche avere un riscontro scientifico. Ed è la cosa che ho chiesto al ministro, al quale mi sono rivolto già il 27 settembre, ovvero il giorno dopo l'annuncio di Emiliano, proprio a Taranto, dell'esistenza di un rapporto sanitario drammatico».

Colloquio diretto, invece, tra il sindaco e il sottosegretario alla presidenza, De Vincenti, con cui c'è ormai una consue-

tudine di incontri. «De Vincenti mi ha detto che il Comune ha fatto bene a muoversi chiedendo al **ministero della Salute** una lettura dei dati del rapporto e mi ha confermato la massima attenzione del Governo sia su Taranto che sull'Ilva - afferma Stefàno -. De Vincenti ha ribadito: non siete soli, Taranto non è abbandonata». Stefàno quindi annuncia che De Vincenti ha intenzione di convocare in Prefettura entro la fine del mese una nuova riunione del Tavolo istituzionale che egli stesso presiede. La riunione sarà finalizzata a fare il punto della situazione sull'avanzamento del Contratto istituzionale di sviluppo che riassegna alla città, riprogrammandole, oltre 850 milioni di risorse da spendere tra porto, infrastrutture, riqualificazione urbana e bonifiche ambientali. L'ultimo Tavolo istituzionale si tenne il 29 luglio a Taranto, presenti anche il premier Matteo Renzi, i ministri Graziano Delrio e Dario Franceschini e il vice ministro Teresa Bellanova. Occasione in cui Emiliano non mancò di attaccare il Governo dicendo che gli oltre 800 milioni erano soldi «vecchi» e che Renzi, apponendo la sua firma al Contratto istituzionale per Taranto, aveva inventato l'istituto giuridico della «rifirma».



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

## Tumore alla prostata, dal 2000 mortalità in calo

*Presentato all'Istituto nazionale dei tumori il primo studio di popolazione che fotografa 4635 casi cancro. I dati suggeriscono un eccessivo trattamento dei tumori meno aggressivi*

di ALESSANDRA MARGRETH



NEGLI ULTIMI anni, dal 2000, è calata la mortalità per il tumore alla prostata. Aumentano le diagnosi, ma al contempo i dati suggeriscono un eccessivo trattamento dei tumori meno aggressivi e il sotto-trattamento dei pazienti anziani. E' la prima istantanea scattata in Italia [sultumore della prostata](#) ed è uno studio italiano che indica la strada verso una maggiore efficacia nel suo trattamento. L'indagine è stata pubblicata nei giorni scorsi sulla rivista "[European Journal of Cancer](#)" ed è stata realizzata dall'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano ([Int](#)) in collaborazione con Airtum ([Associazione Italiana Registri Tumori](#)).

**La "fotografia" del tumore alla prostata.** In un confronto fra due distinti periodi di tempo (1996-1999 e 2005-2007), i ricercatori hanno puntato l'attenzione sull'evoluzione nella diagnosi

e nel trattamento di questo tipo di tumore nel nostro Paese. L'indagine delinea una marcata evoluzione nel trattamento del cancro della prostata e suggerisce la necessità di un nuovo approccio critico a questo tipo di tumore, già a partire dalla diagnosi precoce. In particolare, il confronto fra i due periodi di tempo presi in esame evidenzia un aumento dei pazienti che arrivano alla diagnosi con classe di rischio bassa, una riduzione di quelli diagnosticati in fase tardiva (classe di rischio alta o metastatica) e un miglioramento complessivo della sopravvivenza nei gruppi ad alto rischio. A determinare questo trend hanno contribuito il miglioramento terapeutico e la diagnosi precoce.

**La terapia e l'età.** La fotografia mostra, inoltre, un diverso approccio di cura a seconda della fascia di età dei pazienti: più interventi invasivi per gli uomini giovani - con incremento della prostatectomia radicale ma non della radioterapia per gli uomini sotto i 75 anni – e più rari gli interventi radicali nei pazienti sopra i 75 anni. Lo studio mette quindi in luce un possibile 'overtreatment' dei pazienti a basso rischio, e per converso un sottotrattamento dei pazienti più anziani.

**La sorveglianza attiva.** "Grazie alla diagnosi precoce, negli anni si è verificato un calo della mortalità" spiega **Riccardo Valdagni**, Direttore della Radioterapia Oncologica 1 e Direttore del Programma Prostata dell'Int". Questo ci permette di avere meno casi di diagnosi in fase di tumore aggressivo. I dati, però, ci mostrano anche un 'rovescio della medaglia', e cioè il sospetto che non manchino casi di trattamenti eccessivi e troppo radicali, spesso non necessari. Effettuando diagnosi su molti pazienti, infatti, occorre utilizzare particolari cautele nei casi in cui il tumore sia poco aggressivo. In determinate situazioni cliniche non è necessario intervenire subito in modo radicale (chirurgia, radioterapia esterna, brachiterapia), ma è consigliabile sottoporre il paziente a sorveglianza attiva, cioè a un percorso di monitoraggio del tumore definito a rischio di progressione basso e molto basso. Ciò consentirebbe di limitare i casi di **overtreatment** dei tumori indolenti, e quindi gli effetti collaterali delle terapie, riuscendo a garantire al paziente una migliore qualità di vita".

**Lavorare in team.** La collaborazione tra più specialisti è una delle odierne armi vincenti contro il tumore alla prostata. "Dallo studio si ricava che è necessario un approccio sistematico a questa neoplasia" chiarisce **Nicola Nicolai**, Vice Responsabile della Prostata Cancer Unit dell'Int. "Quindi il consiglio è quello di affidarsi a team multidisciplinari che operino in centri qualificati, e possano così seguire il paziente attraverso un percorso di medicina personalizzata". "Oggi è riconosciuto che la multidisciplinarietà del team che prende in carico il paziente e la sorveglianza attiva sono le strategie più efficaci" conclude Valdagni. "Il monitoraggio e l'attesa richiedono, infatti, professionalità specifiche, e sono la sola strada che può consentire di trattare al meglio le situazioni di rischio ridotto, con evidente vantaggio per i pazienti".

Giovedì 06 OTTOBRE 2016

## Sigarette elettroniche. Un ampio dossier del *New England Journal of Medicine* riapre la polemica: “Ne sappiamo ancora troppo poco per dire che sono innocue. Meglio non usarle”

***Mercato in espansione incontrollabile, pubblicità martellante, marketing aggressivo con un occhio di riguardo per i gusti dei giovanissimi che sempre più numerosi decidono di accostarsi alle e-cig. E sulla loro innocuità, soprattutto se si usano per lungo tempo e non solo per smettere di fumare, i dubbi permangono. Una review del New England Journal of Medicine fa il punto della situazione e rivela un mercato con numeri da capogiro. E l'appello finale è di continuare in tutti i modi a combattere il fumo. Sia delle bionde, che delle svapate.***

Una review appena pubblicata sul [New England Journal of Medicine](#) contribuirà senz'altro a riaprire il dibattito tra le fazioni pro e contro le sigarette elettroniche ( e-cig).

Al centro della contesa sono da anni i sistemi elettronici per il rilascio della nicotina, anche detti e-cig, che producono un aerosol, direttamente inalato (o 'svapato') dal loro utilizzatore. Sia per le modalità d'uso, che per i loro effetti biologici (i liquidi alla nicotina producono un picco di nicotina sierica entro 5 minuti) le e-cig sono dunque quanto di più simile esista in commercio all'esperienza di fumarsi una sigaretta vera. E per questa loro 'attitudine' sono state immediatamente 'adottate' dai fautori del loro uso come efficace sistema 'sostitutivo' delle sigarette, in grado di facilitare la graduale disassuefazione del fumo.

Da dove nasce dunque la polemica, il motivo del contendere, l'opposizione strenua di alcuni alle sigarette elettroniche?

Da due constatazioni fondamentali. La prima è che ormai il mercato delle sigarette elettroniche è esploso in maniera incontrollabile; negli USA ormai si contano 466 marche e 7.764 'liquidi' per e-cig, con o senza nicotina e aromatizzati nei modi più impensabili. Ora, nessuno può, scientificamente parlando, mettere la mano sul fuoco sull'innocuità di un uso prolungato di questi 'liquidi' e questo è già motivo di preoccupazione da parte dei fautori del principio di precauzione (che consiste nell'evitare di adottare un nuovo prodotto del quale non siano noti gli effetti nel lungo termine).

Ma c'è dell'altro. Nel 2010 solo l'1,8% degli americani riferiva di aver utilizzato almeno una volta nella vita una e-cig; percentuale di colpo salita al 13% nel 2013. Nello stesso lasso di tempo gli 'svapatori' abituali sono passati dallo 0,3% al 6,8%. Ma attenzione, scrivono gli autori dell'articolo su NEJM, sebbene la maggior parte degli utilizzatori di sigarette elettroniche siano fumatori 'classici', almeno uno su tre non ricade in questa categoria e appartiene dunque al gruppo di chi non ha mai preso in mano una sigaretta vera o ai pentiti delle bionde.

Ciò significa, come dimostrano anche i risultati di una survey condotta su 4.444 studenti di college americani, che il drive che accosta in particolare i giovani la prima volta alla sigaretta elettronica non è quello di smettere di fumare. Insomma le e-cig potrebbero rappresentare anziché un sistema per smettere di fumare, un tappeto rosso per approdare al vizio delle bionde. E questo non va affatto bene.

Stime americane rivelano che nel 2013 qualcosa come 263 mila ragazzi della scuola media inferiore e superiore, mai stati fumatori di sigarette 'vere' in vita loro, si sono invece accostati 'per curiosità' alle e-cig. Ed è una marea montante che non accenna a raggiungere il plateau. Nel 2015 il 16% dei ragazzi delle scuole superiori ha dichiarato di aver provato almeno una volta una e-cig nell'arco del mese precedente e ci sono buoni motivi per ritenere che l'uso delle e-cig sia un 'fattore di rischio' per cominciare poi a fumare le

bionde vere.

Di chi è la colpa? Gli autori del pezzo sul NEJM attribuiscono la responsabilità dell'uso delle sigarette elettroniche tra i ragazzi di 12-17 anni al marketing aggressivo che si avvale di campagne pubblicitarie con tanto di sorrisi seduttivi delle celebrities; il resto lo fanno gli aromi evocanti immagini o profumi (come lo zucchero filato) che fanno presa sugli adolescenti. E c'è anche chi si è preso la briga di quantificare il fenomeno, calcolando che l'esposizione dei minori alla pubblicità televisiva di e-cig è aumentata del 256% tra il 2011 e il 2013. Nel 2013 gli spettatori minorenni di queste pubblicità sarebbero stati ben 24 milioni. Un mare magnum insomma nel quale gettare la rete.

Negli USA attualmente il mercato delle e-cig è stimato nell'ordine dei 1,5 miliardi di dollari ma le previsioni sono di un incremento di vendite pari allo 24,2% l'anno, da qui al 2018, fino a toccare i 10 miliardi di dollari nel 2017.

Altro punto controverso è poi se le e-cig aiutino realmente a smettere di fumare. Gli autori fuggono subito il campo da dubbi dicendo che non esistono prove certe. I risultati degli studi (compresi i pochi trial randomizzati condotti finora e le metanalisi) e delle indagini condotte finora sono nella migliore delle ipotesi non univoci.

C'è poi il dilemma sulla safety effettiva delle sigarette elettroniche. Molto dipende ovviamente dall'uso che se ne fa. Se venissero realmente utilizzate come sistema per smettere di fumare, il loro uso dovrebbe essere limitato a poche settimane e gli eventuali effetti indesiderati dovrebbero soppesati rispetto a quelli degli altri sistemi per smettere di fumare, in cerotto o in pillole. Se le e-cig si considerano invece un vero e proprio sostituto a lungo termine (cioè a tempo indefinito) delle bionde, allora il discorso cambia e visto il ventaglio dell'offerta-liquidi non si presta ad un facile inquadramento.

I liquidi per sigarette elettroniche in genere sono composti di glicerina vegetale, propilenglicole o da un insieme dei due. A questa base vengono poi aggiunti aromi di ogni tipo, oltre a nicotina in concentrazione da 0 a 24 mg/ml. Ma se sulla safety dell'inalazione a lungo termine dell'aerosol generato dalla combustione della glicerina o del propilenglicole non ci sono dati, non parliamo poi di quella delle migliaia di aromi disponibili.

Questo per quanto riguarda quello che viene dichiarato dal produttore in etichetta. Ma spesso e volentieri, andando ad analizzare questi 'liquidi', ci si accorge che la lista delle sostanze contenute è molto più lunga e non necessariamente tutta dichiarata.

Ma ovviamente, ancor più importante della composizione dei liquidi è quella delle sostanze presenti nell'aerosol delle sigarette elettroniche, inalato dal consumatore. 13 svapate di una e-cig caricata con un liquido contenente nicotina alla concentrazione di 18 mg/ml equivale sostanzialmente alla nicotina inalata fumando una sigaretta vera. E se è vero che la concentrazione di formaldeide alla quale è esposto uno svapatore, è inferiore a quella delle sigarette vere, è pur sempre dell'ordine di  $400 \mu\text{g}/\text{m}^3$ . Un altro studio di laboratorio ha rivelato che l'aerosol delle e-cig, come il fumo delle sigarette, contiene la stessa quantità di ROS (reactive oxygen species) che si vanno a depositare nei bronchioli e negli alveoli.

Lo studio della composizione dell'aerosol delle sigarette elettroniche ha inoltre evidenziato la presenza di una serie di sostanze, molte delle quali cancerogene, come formaldeide e acetaldeide, anche se in concentrazioni minori rispetto al fumo delle bionde.

Fin qui gli studi 'chimici'; molto più indietro sono quelli in vivo, l'analisi cioè degli effetti biologici di liquidi ed aerosol delle sigarette elettroniche. Gli studi animali dimostrano che l'esposizione agli aerosol delle e-cig produce infiammazione a livello del polmone, stress ossidativo polmonare e sistemico, alterazioni funzionali della barriera endoteliale del polmone, aumenta i livelli delle citochine infiammatorie nel liquido di lavaggio bronco-alveolare.

Altri studi suggeriscono che le e-cig, sempre negli animali, aumentano il rischio di infezioni respiratorie, sia virali che batteriche.

Per quanto riguarda la salute umana, molto semplicemente gli autori dello studio sostengono che non si possa ancora dire nulla con certezza sui possibili effetti a breve o a lungo termine delle sigarette elettroniche.

Mancano gli studi, i dati, le evidenze scientifiche certe.

Due categorie di rischi 'certi' non vanno però sottovalutate nel frattempo: sono sempre più frequenti le segnalazioni di ingestione accidentale (o intenzionale) di liquidi per sigaretta elettronica e di danno fisico procurato dal device. Per un bambino, ricordano gli autori, l'ingestione di una bottiglietta da 10-20 ml di liquido contenente nicotina, può essere letale.

Al momento insomma è impossibile stabilire con certezza la totale innocuità o rivelare i possibili danni da sigarette elettroniche; si può forse affermare che siano meno dannose delle sigarette vere, ma non ci sono 'prove provate' della loro assoluta safety.

E non ci sono neppure prove convincenti che le e-cig aiutino a tagliare i ponti con le sigarette, cioè che siano un valido ausilio per smettere di fumare.

Ma di certo, fintanto che non vengano chiariti tutti questi punti, non è possibile ignorare il dato epidemiologico di una sempre più ampia diffusione delle sigarette elettroniche anche tra i giovanissimi, né il fatto che possano promuovere la dipendenza da nicotina anche tra quanti magari non avrebbero mai preso in mano una sigaretta in vita loro.

Insomma bisogna continuare, concludono gli autori, a proteggere i bambini e i ragazzi dalle sigarette e continuare a fare campagne anti-fumo. Sia per scoraggiare l'uso delle 'bionde', che delle loro cugine elettroniche.

Maria Rita Montebelli

**Le risorse.** L'Economia chiede un taglio di 2 mld sul Def ma Palazzo Chigi vuole limitarlo

# Manovra, per la sanità ipotesi 112,5 mld

■ I senatori, i sindacati, le regioni. E il ministero della Salute. Cresce il pressing sulla presidenza del Consiglio, e dunque sull'Economia che continua a frenare sulle aperture di credito al Ssn, per evitare altri tagli al plafond 2017 per la Sanità almeno rispetto a quanto previsto dal Def "originario". Una matassa sempre più ingarbugliata, che prevedibilmente potrà essere sbrogliata solo nell'imminenza del varo della legge di Bilancio per il prossimo esercizio finanziario. Perché è soprattutto a partire dalla base della dotazione finanziaria per il 2017 che in qualche modo verranno definite tutte le misure della manovra e l'insieme delle (molte) partite in sospeso.

Come noto, il Def prevedeva 113 mld, 2 in più del 2016. Ma a via XX Settembre la linea Maginot è ancora ferma a «quota 111», tanto più

con le previsioni al ribasso del Pil e delle partite interne da finanziare e davanti al pressing di Bruxelles. Le stesse parole di Renzi in queste settimane non hanno certo tranquillizzato: «Per la sanità non ci saranno tagli», ha ripetuto più volte. Già, ma a partire da quale asticella? Perché 112 mld rappresenterebbero comunque un aumento di risorse sul 2016, ma sarebbero meno di quanto inizialmente previsto e concordato con le regioni.

E, dunque, ecco il pressing che sale sul Governo. Rispetto al quale palazzo Chigi, anche in vista del voto del referendum, potrebbe non restare insensibile. Prende così quota l'ipotesi - Economia permettendo - che l'asticella possa salire ancora di qualcosa, magari a quota 112,5 mld. Chissà, magari con un colpo d'ala e una mossa a

sorpresa. Ma non è detto, diciamo che in tanti ci stanno lavorando.

Certo è che ieri c'è stato il fuoco incrociato dei sindacati e dei senatori "sanitari". I primi, tutti i sindacati medici, che hanno chiesto apertamente di «investire nel Ssn e nel contratto di lavoro», minacciando più giornate di sciopero. La commissione Igiene e sanità del Senato, nel parere sull'aggiornamento del Def, per denunciare che senza più (e molti) fondi il Ssn andrebbe alla deriva. Farmaci, investimenti, contratti e Lea, i punti critici. Da ultimo, ieri, il sottosegretario alla Salute, **Vito De Filippo** (Pd), ha rilanciato le parole della ministra **Lorenzin**: «Faremo battaglia per il Fondo sanitario». Già, ma fino a quale quota?

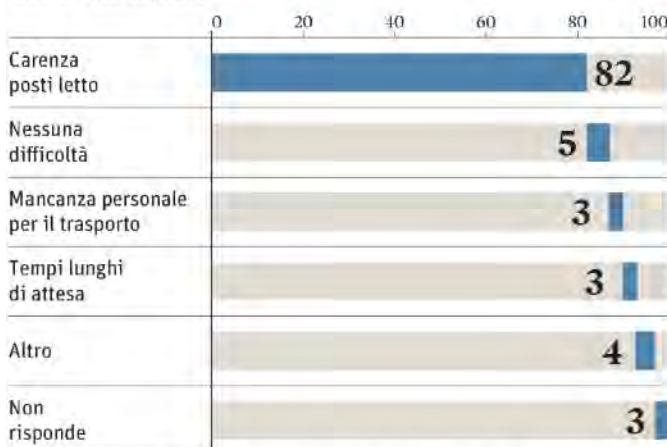
R. Tu.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## Le carenze nelle situazioni di emergenza

### LE DIFFICOLTÀ DI ACCESSO PER CHI NECESSITA DI RICOVERO

Valore in percentuale



Fonte: Cittadinanzattiva/Tribunale per i diritti del malato - Simeu, 2016

### LA GESTIONE DEI POSTI LETTO

**13%**

#### Presenza dei bed manager

L'operatore che dovrebbe smistare i pazienti dalle strutture di emergenza al reparto e provvedere a ricoveri e dimissioni, compare in appena il 13% dei pronto soccorso e nel 48% dei dipartimenti più articolati

**53%**

#### Conoscenza dei posti disponibili

In poco più della metà dei pronto soccorso esiste un sistema per permettere di sapere in tempo reale i posti disponibili in ospedale

Dir. Resp.: Norma Rangeri

## SALUTE

Malati da sud verso  
il nord, un giro  
d'affari di 4 miliardi

Un accordo sulla «mobilità sanitaria» sottoscritto dalle regioni del Sud (Puglia, Calabria, Sicilia) condanna queste ulti-

me ad essere sfruttate in eterno da alcune regioni del nord

IVAN CAVICCHI  
PAGINA 4

## Mobilità sanitaria, l'accordo capestro per le regioni del sud

Un patto che lascia del tutto invariato l'immorale sfruttamento dei territori più deboli

### Malati in fuga verso il nord dell'Italia, un giro d'affari di quasi 4 miliardi

IVAN CAVICCHI

■ Ma come avete fatto, viene da esclamare pensando a presidenti delle regioni del sud, del vaglio di De Luca, Emiliano, Crocetta, a sottoscrivere un accordo sulla mobilità sanitaria che vi condanna ad essere sfruttati da alcune regioni del nord per l'eternità? Come non avete pensato, in quella circostanza, a mettere sul piatto della bilancia la questione che più vi sta a cuore cioè quella del ri-finanziamento delle vostre regioni per non essere più costretti a vendere i vostri malati?

**L'ALTRO GIORNO LE REGIONI** tutte hanno concordato di tagliare del 50% la mobilità sanitaria dal pubblico verso il settore privato convenzionato. Un accordo che però lascia del tutto invariato il problema immorale dello sfruttamento delle regioni deboli. Alcune regioni del nord, neanche tutto il nord, si pappano un giro d'affari di quasi 4 miliardi, ma la condizione è che le regioni del sud continuino a essere non autosufficienti e quindi a esportare i loro malati, cioè a fare da miniera dalla quale estrarre la materia prima.

Il dato che spiega tutto è che i ricoveri in ospedali pubblici in regime di mobilità sono cresciuti solo del 3%, mentre quelli nel privato convenzionato dell'11%. Lo scopo dell'accordo è deviare almeno la metà di quell'11% in modo tale che il 3% diventi almeno il doppio.

Ma andiamo per ordine. Cosa è la mobilità sanitaria?

**LA LEGGE STABILISCE** che le prestazioni medico-sanitarie siano fornite, di norma, dai servizi sanitari nei luoghi di vita delle persone. Nel caso in cui ciò non fosse possibile è contemplata la possibilità di ricorrere al privato convenzionato o ad altri servizi di altri territori e di altre regioni.

Grazie alla mobilità sanitaria milioni di cittadini che hanno la disgrazia di vivere in regioni male organizzate, con sistemi sanitari carenti, o alle prese con forti restrizioni finanziarie, o semplicemente che non sono adeguate a certe complessità cliniche, hanno potuto curarsi comunque.

Le regioni forti messe alle strette dal de-finanziamento con questo accordo sono entrate in competizione con il privato convenzionato nel tentativo di monopolizzare il mercato della mobilità sanitaria. Le altre regioni non hanno battuto ciglio. Ricordo che ben 13 di esse su 21 (quindi non solo regioni meridionali) hanno, circa la mobilità regionale, tra crediti e debiti, un pesante saldo negativo e che stiamo parlando di un sistema di sfruttamento che coinvolge all'incirca 900 mila cittadini l'anno.

**LA PAROLA «SFRUTTAMENTO»** non è né ideologica e né esagerata. La Campania (la più indebitata) ha un saldo passivo di ben 281 milioni, la Calabria di 256,2 mln, il Lazio 198,2 mln la Puglia 184,4 mln, la Sicilia 179,2 mln ecc. Dall'altra parte, la Lombardia ha un saldo attivo di 538,4 mln, l'Emilia 333,1 mln, la Toscana 135 mln e il Veneto 85,3 mln. Senza queste risorse aggiuntive queste quattro regioni probabilmente andrebbero in disa-

vanzo rischiando il commissariamento. Per cui la loro reazione è il ricorso al cannibalismo: «Mors tua vita mea». E De Luca, Emiliano, Crocetta ed altri onorevoli presidenti come Toti hanno firmato.

In sintesi: il pubblico anche di qualità se de-finanziato nei confronti del privato convenzionato diventa meno competitivo per cui sta prendendo piede una fuga dei malati verso l'assistenza convenzionata. Le regioni forti corrono ai ripari sbarrando la strada ai flussi migratori verso il convenzionato.

Ma il dato politico di fondo è che con il de-finanziamento si sta accentuando la spaccatura tra nord e sud, e tra regioni e regioni. Renzi nonostante le sue rassicurazioni in tv, sul nuovo titolo V che garantirebbe stessi diritti a tutti, sta dividendo il paese proprio sul diritto alla salute, spingendo le regioni al cannibalismo finanziario.

È del tutto evidente che se non si rimuovono le cause che determinano la mobilità, cioè se non si adottano politiche di riequilibrio volte a rendere auto-sufficienti i sistemi sanitari territoriali più carenti, milioni e milioni di cittadini non avranno alcuna via di scampo.



LA POLEMICA

# Ma il governo taglia un altro miliardo I soldi della sanità vanno al piano casa

*I conti della manovra non tornano. A rischio il fondo sanitario*

**Gian Maria De Francesco**

**Roma** Tagliare la sanità per recuperare qualche spicciolo da investire sul piano per la casa. Ossia pagare più ticket in caso sia necessario ricorrere a servizi di pronto soccorso per avere maggiori possibilità di avere un tetto sopra la testa. È questo il paradosso della manovra, di ogni manovra. D'altronde, la coperta della legge di Bilancio 2017 è molto corta, come si capisce dal minuetto parlamentare seguito alla mancata validazione della Nota di aggiornamento del Def da parte dell'Ufficio parlamentare di Bilancio. E così il ministro dell'Economia, Pier Carlo Padoan, e i tecnici del Tesoro stanno pensando di ampliare il perimetro della spending review. I tagli, secondo indiscrezioni, dovrebbero raggiungere i 4,5 miliardi di euro, una cifra più alta rispetto ai 3 miliardi inizialmente stimati.

E la differenza potrebbe risiedere tutta nel minor incremento del Fondo sanitario nazionale: dai 111 miliardi del 2016 dovrebbe infatti salire a 113, ma a Via XX settembre stanno pensando di abbassare l'asticella a 112 se non a 111,5 miliardi. Con buona pace del ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, che in più di un'occasione ha ribadito che «vale quanto scritto nel Def di aprile». Quei 113 miliardi rappresentavano una cifra frutto di un'intesa con le Regioni sui Livelli essenziali di assistenza (i cosiddetti Lea). È chiaro che a una minore disponibilità di risorse corrisponderebbe una minore erogazione di servizi. L'alternativa sarebbe aumentare la compartecipazione degli assistiti aumentando i ticket oppure aumentare le tasse, circostanza ipotizzata dalla stessa **Lorenzin** che vagheggia un prelievo di un centesimo a sigaretta per raggranellare 700 milioni. Un'ipo-

tesi immediatamente stroncata dallo stesso Matteo Renzi.

A far da contraltare al minor impegno nella sanità vi sarebbe il finanziamento di tutta una serie di misure che hanno come perno la casa. Il governo sta pensando a un piano articolato di interventi concentrati sulle «emergenze abitative». Nel pacchetto sono compresi: il rifinanziamento per 200 milioni del Fondo morosità incolpevole, la cedolare secca al 10% senza limiti di tempo, l'estensione al 2019 dell'«ecobonus» sulle ristrutturazioni. Previste pure detrazioni al 75% in dieci anni per gli interventi antisismici e detrazioni fino al 65% per i condomini che effettueranno ristrutturazioni entro il 2021.

Sono previste, poi, altre novità. Il ministero delle Infrastrutture si starebbe concentrando sulla possibilità di rendere disponibili ad affitto calmierato 22mila immobili che sono nelle disponibilità delle banche causa fallimenti o morosità (l'introduzione del patto marciano velocizzerà le procedure di escussione delle garanzie; ndr) delle imprese edili. L'unica difficoltà è trovare il modo di far intervenire la Cassa depositi e prestiti come garante degli inquilini che non riuscissero a pagare il canone.

L'Ance, l'associazione delle imprese edili, sta poi discutendo con il ministro Delrio una serie di proposte che potrebbe trovare spazio nella manovra. Tra queste anche un incentivo alle permutate: consentire alle imprese di costruzione che riacquistano gli immobili dai compratori di pagare imposta di registro, ipotecaria e catastale a forfait (200 euro ciascuna) a condizione che entro cinque anni si impegnino alla riqualificazione energetica e alla loro reimmissione sul mercato. Il costo stimato è di 25 milioni.



# Sanità24

Il Sole  
24 ORE

Home | Analisi | Sanità risponde | Scadenze fiscali | Sanità in borsa



6 ott  
2016

SEGNALIBRO ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

## TAG

Prestazioni  
sanitarie

Assunzioni

Finanziamenti

Veterinario

LAVORO E PROFESSIONE

## Manovra 2017, appello dei sindacati al Governo: «Investire nel Ssn e nel contratto di lavoro»

Risorse per un finanziamento del triennio contrattuale coerente con il valore e la funzione sociale del lavoro dei medici, defiscalizzazione del salario di produttività, welfare aziendale, recupero dei tagli lineari ai fondi contrattuali, salvaguardia della retribuzione individuale di anzianità a partire dal 2016, stabilizzazione dei precari e aumento dell'occupazione giovanile. Sono queste le richieste avanzate in un appello dei medici, veterinari e dirigenti sanitari a Governo e Regioni alla vigilia del varo della nuova legge di bilancio.



La priorità è di «Investire nel ssn e nel contratto di lavoro». E la categoria, già in stato di agitazione, in caso di mancate o non soddisfacenti risposte nella Manovra 2017, annuncia che darà vita «a iniziative di informazione e sensibilizzazione di tutto il personale della sanità e dei cittadini, spiegando loro quanto fallimentari siano le scelte politiche riguardanti il Ssn e i loro destini, finalizzate alla mobilitazione sociale e a una o più giornate di sciopero nazionale».

### Ecco il documento:

La sentenza della Corte Costituzionale del 24 giugno scorso ha sancito l'illegittimità del blocco dei contratti del Pubblico Impiego, irrinunciabili strumenti di governo, anche della spesa, e di innovazione dei modelli organizzativi. Ciò nonostante le trattative non sono ancora riprese. Oltre al tramonto di ogni ipotesi di ristoro economico del danno conseguente a sette anni di blocco, va perdendosi ogni speranza di un rinnovo in tempi ravvicinati e non peggiorativo del Ccnl vigente.

Se è vero come è vero che “in Sanità si è tagliato anche troppo”, 35 miliardi dal 2010 in poi, mettendo a rischio sostenibilità e universalismo, e determinando il peggioramento di molti indicatori di salute e l'allargamento della forbice tra Nord e Sud, senza i 2 miliardi di euro di incremento del FSN, che Ministro della salute e Regioni considerano irrinunciabili, non ci saranno le condizioni per l'effettiva ed omogenea erogazione dei LEA né tantomeno per il rinnovo dei contratti di lavoro del personale della sanità. Una annunciata Exit Sanità Pubblica lascia, così, i cittadini soli di fronte alla loro fragilità e alle malattie, limitando l'accesso alle cure per milioni di loro. Oggi essere curati secondo i bisogni costituisce un principio etico, civile e sociale fortemente minacciato e, da qualche parte del nostro Paese, già pericolosamente travalicato.

Se il sistema ancora regge, dopo che sono usciti, non sostituiti, 7.000 tra medici e dirigenti sanitari, ed un calo della spesa per il personale di 1,2% all'anno dal 2010 al 2015, è solo perché chi è rimasto in corsia e nei servizi continua a dar prova di grande senso del dovere.

In prima linea tutti i giorni e tutte le notti, a far fronte ad una domanda crescente e complessa con risorse decrescenti, esposto alla delegittimazione sociale ed a rischi sempre meno sostenibili a fronte di retribuzioni bloccate da 7 anni. Nonostante i tagli lineari si siano abbattuti come una scure sugli organici, sulle prospettive di carriera, sui fondi destinati al trattamento accessorio. Senza risparmiare i posti letto per acuti, oggi al di sotto della media europea, la cui contrazione, nel vuoto di politiche attive per le cure primarie, trasforma il Pronto Soccorso in luoghi simbolo della negazione di diritti costituzionali che famiglie e medici subiscono insieme, pur costretti su fronti opposti dai tagli. Il tutto ovviamente con 21 declinazioni differenti.

Se il fondamentale diritto alla salute è ancora esigibile senza carta di credito, lo si deve a fattori di casualità territoriale ed all'abnegazione ed alla professionalità di quei medici e dirigenti sanitari, che in questi anni di crisi curano con sempre maggior difficoltà un Paese che invecchia. Il blocco del turnover produce ritmi e turni di lavoro insostenibili, mancato rispetto delle pause e dei riposi, a danno di qualità e sicurezza delle cure, milioni di ore lavorate non retribuite e non recuperabili, ferie non godute, impossibilità per i medici più esperti di trasmettere le loro competenze a quelli più giovani. La cronica carenza degli organici, ancora in attesa delle assunzioni promesse lo scorso anno, determina l'innalzamento dell'età media dei medici fino al primato mondiale, lavoro notturno oltre i 65 anni, abuso di contratti atipici. Un'intera generazione si vede negare, dopo 11-12 anni di studi, i diritti fondamentali del lavoro, in un terreno di coltura per caporali pubblici e privati, alimentato anche dal fallimento del sistema formativo post laurea universitario. E' ora di aumentare l'occupazione dei giovani e di mettere fine ad un precariato che li priva di certezza di vita personale e professionale.

Il rinnovo del contratto di lavoro dei medici, dei veterinari e dei dirigenti sanitari dipendenti del SSN ha a disposizione ad oggi, dopo 7 anni di blocco, un finanziamento simbolico, come ha riconosciuto lo stesso Presidente del Consiglio, e prospettive di revisione normativa ispirate a logiche punitive. Intanto la demolizione dei contratti precedenti, operata ogni anno dalle leggi finanziarie, ha reso le risorse accessorie a disposizione nel 2016 inferiori a quelle concordate nel 2010. Sia chiaro: essi hanno già pagato, specie i giovani, un alto prezzo al risanamento dei conti in termini di valore assoluto e potere d'acquisto delle loro retribuzioni e delle loro pensioni, fino ad assolvere la loro quota pro-capite di debito pubblico.

Occorre, ora, una svolta del Governo per investire sul sistema sanitario pubblico, volano di una filiera produttiva che vale 11 punti di Pil, al primo posto per competitività secondo l'Istat, salvaguardando sia il diritto alla salute dei cittadini sia il lavoro, che del SSN è valore fondante.

E' tempo che la politica decida se la salute dei cittadini è ancora un diritto costituzionale, da tutelarsi attraverso un'idea ed una azione progettuale e non abbattendo le condizioni professionali ed economiche dei lavoratori.

Senza risorse adeguate non esistono le condizioni per un rinnovo del CCNL che non sia peggiorativo dell'esistente. Per evitare che i grandi assenti dalla legge di bilancio 2017 siano i medici, i veterinari e i dirigenti sanitari e il loro lavoro, chiediamo un intervento che:

1. implementi le risorse disponibili per un finanziamento del triennio contrattuale coerente con il valore e la funzione sociale del nostro lavoro
2. preveda, anche per la sanità pubblica, la defiscalizzazione del salario di produttività
3. estenda al settore pubblico le agevolazioni del cosiddetto "welfare aziendale"
4. recuperi i tagli lineari ai fondi contrattuali, che in questi anni hanno ridotto le retribuzioni effettive depauperando le risorse destinate a premiare il merito e remunerare il disagio
5. ristabilisca i meccanismi contrattuali, garantendo la salvaguardia della RIA a partire dal 2016
6. acceleri la stabilizzazione dei precari e l'aumento dell'occupazione giovanile, promesso con la legge di stabilità dello scorso anno, per rispettare la direttiva europea sull'orario di lavoro, largamente disattesa in Italia.

La questione è strettamente politica e implica scelte senza le quali la contrattazione non avrà i necessari presupposti. Un Paese che cambia ha bisogno di nuovi modelli di sviluppo sanitario e sociale, non di interessati liquidatori fallimentari.

Le Organizzazioni sindacali, non vogliono essere spettatrici passive del declino inesorabile della sanità pubblica e del ruolo e dello status delle categorie che rappresentano, quanto parte responsabile per garantire l'efficacia dell'assistenza ad un costo minore. Chiedono, però, al Governo un segnale di cambiamento, che scommetta sul capitale umano del SSN, bene comune da valorizzare e non da liquidare in maniera strisciante.

In caso di mancate o non soddisfacenti risposte nella legge di stabilità, daremo vita, dopo aver già dichiarato lo stato di agitazione, ad iniziative di informazione e sensibilizzazione di tutto il personale della sanità e dei cittadini, spiegando loro quanto fallimentari siano le scelte politiche riguardanti il SSN ed i loro destini, finalizzate alla mobilitazione sociale ed alla effettuazione di una o più giornate di sciopero nazionale, nel rispetto della normativa vigente.

Costantino Troise ANAAO ASSOMED  
Riccardo Cassi CIMO *HiQPaJ Evaluation 10/06/2016*  
Alessandro Vergallo AAROI-EMAC  
Aldo Grasselli FVM  
Corrado Bibbolino FASSID (AIPAC-AUPI-SIMET-SINAFO-SNR)  
Biagio Papotto CISL MEDICI  
Carmine Gigli FESMED  
Raffaele Perrone Donnorso ANPO-ASCOTI-FIALS MEDICI  
Roberto Bonfilii UIL FPL MEDICI

© RIPRODUZIONE RISERVATA

---

► Emergenza specialisti: per il Sumai 55mila medici in meno nei prossimi dieci anni

---

## CORRELATI

### AZIENDE E REGIONI

05 Agosto 2015

**Più territorio, meno attese e penalizzazioni per i Dg. Il Piemonte approva i nuovi obiettivi**

### IN PARLAMENTO

02 Settembre 2015

**Responsabilità, il relatore Gelli: «Si parte la prossima settimana»**

### DAL GOVERNO

14 Settembre 2015

**Prontuario, si tratta per cluster. Un primo test su Sartani e Statine**

**INTERVISTA** Le parole d'ordine per il Ministro della Salute **Beatrice Lorenzin** sono: prevenzione, programmazione, innovazione e ricerca

## «LA MIA "RICETTA" PER MIGLIORARE IL SISTEMA SANITARIO»

"Sono fermamente convinta che tutelare la salute della donna significa al tempo stesso tutelare la salute di un'intera famiglia"

di **Marco Mancin**

**"P**revenzione, programmazione, innovazione e ricerca sono sempre state, e saranno, le nostre parole d'ordine".

Il ministro della salute **Beatrice Lorenzin** a tutto campo in questa intervista ci parla delle tante cose fatte, dei nuovi Lea, dell'importanza di tutelare la salute della donna e della prevenzione dell'infertilità.

**Prima di tutto parliamo degli ultimi provvedimenti varati dal ministero della salute.**

Anzichè elencare gli ultimi provvedimenti, le riassumo in breve il bilancio degli ultimi tre anni e mezzo, considerando che all'inizio del mio mandato mi sono resa subito conto della crisi del sistema nazionale. La mia prima domanda è stata "come rendere sostenibile il sistema sanitario nazionale". Da qui mi sono adoperata affinché la sanità in Italia viaggiasse lungo tre direzioni: programmazione, innovazione e nuovo piano di prevenzione. E i risultati nel tempo li abbiamo avuti, eccome: nel 2014 e nel 2015 abbiamo definito il riassetto di tante cose. Abbiamo lavorato sul Patto per la Salute, vera riforma della sanità italiana che ora sta marciando a pieno regime ed abbiamo lavorato per evitare tagli al Fondo sanitario. E così è stato. Abbiamo poi varato il nuovo Piano di Prevenzione, quello sulle cronicità, il nuovo piano vaccini, abbiamo definito la sanità digitale, tanto per citare solo alcuni



dei tanti provvedimenti licenziati. Abbiamo poi aggiornato, ed erano tanti anni che non veniva fatto, i Lea e il Nomenclatore Tariffario.

### I nuovi Lea sono stati rivisti e aggiornati dopo 10 lunghi anni

**I nuovi Lea, da lei rivisti e aggiornati dopo oltre dieci anni, sono un bel risultato che ha portato a casa. Cosa c'è di nuovo?**

Da un lato sono state messe in elenco numerose prestazioni in più nel "paniere" di quelle erogate dal sistema sanitario nazionale, dall'altro si sono eliminate quelle ormai obsolete sostituendole con prestazioni al passo con gli avanzamenti della tecnologia e della scienza. Abbiamo puntato ad una

maggior attenzione all'appropriatezza in tutti gli ambiti di intervento, oltre che ad una razionalizzazione della spesa. Più in dettaglio sono stati inseriti nei Lea nuovi vaccini, per la specialistica ambulatoriale sono state introdotte nuove prestazioni, c'è stato l'aggiornamento delle malattie croniche e quelle rare esenti dal ticket. E' stata inserita anche l'endometriosi tra le

malattie croniche ed invalidanti, tanto per citare solo alcune novità.

**La salute delle donne è un tema che le sta particolarmente a cuore.**

Sì. Sono fermamente convinta che tutelare la salute della donna significa al tempo stesso tutelare la salute di



**Beatrice Lorenzin**

(45 anni il prossimo 14 ottobre) ricopre l'incarico di Ministro della Salute dal 28 aprile del 2013, succedendo a Renato Balduzzi, prima sotto il governo Letta e poi con l'attuale Presidente del Consiglio dei Ministri Matteo Renzi.



un'intera famiglia, di un'intera comunità. Siamo tutti ben consapevoli dell'importanza del ruolo delle donne all'interno della famiglia quali attori strategici nella messa in atto di stili di vita corretti e salutari e del ruolo delle stesse nell'importante compito della prevenzione delle malattie e di cura. Facendo un'azione di prevenzione forte sulla donna si fa di fatto anche prevenzione sull'intero nucleo di appartenenza: pensiamo all'importanza dell'adozione di stili di vita corretti per la salute, alimenta-

zione corretta, attività fisica, ma anche alla rilevazione di patologie maschili che la sensibilità di una donna riesce a cogliere.

**A proposito della salute delle donne: dove e quando nasce l'idea di istituire il "Fertility day"?**

Innanzitutto la Giornata è rivolta alle donne e agli uomini. Nasce dall'incontro con ginecologi, andrologi e oncologi: è proprio parlando con loro che siamo venuti a conoscenza di dati che necessitavano e necessitano tutt'oggi di un intervento concreto da parte del ministero. Bisogna informare le persone per consentire loro di fare delle scelte consapevoli, devono sapere come prevenire le malattie sessualmente trasmissibili, come tutelare la propria salute. □

# Tra le barelle del San Camillo

## “Con un cancro aspettiamo da 15 ore”

Al Pronto soccorso dove è morto Marcello Cairoli: di notte i barboni in sala d'attesa

### Reportage

ANTONIO PITONI  
ROMA

Saranno in tutto una ventina, in sala d'attesa, i familiari che aspettano notizie dei propri cari. C'è chi è lì dalla notte precedente. Altri sono appena arrivati. E' il tempo che scorre, scandito dall'intervallo che separa le sirene di un'ambulanza che arriva e quelle di un'altra che parte, la variabile imprevedibile. «Sai quando entri, ma non sai quando uscirai». Alle due del pomeriggio la signora Angela Curella è ancora lì, su una panchina allestita all'esterno del pronto soccorso del San Camillo di Roma. «Siamo arrivati ieri sera da Civitavecchia intorno alle 22,30», racconta. «Mio marito ha un tumore alla vescica, ha avuto delle perdite di sangue e abbiamo deciso di venire qui: è ancora in attesa di un letto nel reparto di urologia», spiega con il volto provato da oltre quindici ore di snerante attesa.

Qui, in uno dei presidi ospedalieri più grandi della capitale, dove solo nel pronto soccorso vengono assistiti 90 mila pazienti ogni anno, la storia di Angela è un déjà-vu che si ripete ciclicamente. Il giorno seguente il caso di Marcello Cairoli, malato terminale di cancro, morto dopo aver trascorso le ultime 56 ore della propria vita «accanto anziani abbandonati, persone con problemi irrilevanti che parlavano e ridevano, vagabondi e tossicodipendenti», come denunciato dal figlio Patrizio in una lettera al ministro della Salute [Beatrice Lorenzin](#), la routine ha ripreso il suo corso. Alle prese con mezzi e strut-

ture spesso non all'altezza e le mille difficoltà che finiscono, a volte, per risucchiare ogni senso di umanità verso i pazienti, che pure non dovrebbe mai mancare, nel vortice dell'indifferenza. «Lo scriva che ieri notte qui la situazione era impossibile: nei bagni non ci si poteva entrare e poi c'erano dei barboni che si aggiravano per la sala d'attesa chiedendo soldi per comprarsi qualcosa da mangiare», insiste la signora Angela. Il giorno dopo la situazione sembra sotto controllo. In sala d'attesa si scambiano due chiacchiere, ci si racconta dei propri cari dall'altra parte della vetrata che separa la sala d'attesa dal reparto di urgenza. Un brusio tranquillo che si interrompe solo quando, di tanto in tanto, una voce chiama un nome per dare notizie e informazioni sui pazienti. Anche i bagni sono decenti: dal registro affisso sulla porta risulta che sono stati puliti due volte, alle 8 e alle 10,15 del mattino.

E' al di là di quella vetrata che Patrizio aveva protestato. Chiedendo una stanza in reparto o in terapia intensiva. Rivendicava solo dignità per le ultime ore di vita del papà malato. Ha dovuto accontentarsi di un paravento. «Perché gli altri servono per garantire la privacy durante le visite», gli è stato spiegato. «Una persona che sta morendo, invece, non ne ha diritto: ci hanno detto che eravamo persino fortunati. Così, ci siamo dovuti ingegnare: abbiamo preso un maglione e, con lo scotch lo abbiamo tenuto sospeso tra il muro e il paravento; il resto della visuale lo abbiamo coperto con i nostri corpi», ha scritto alla [Lorenzin](#). Emanuele Guglielmelli, diret-

tore dell'unità di medicina d'urgenza e pronto soccorso del San Camillo - quello che una volta molto più semplicemente si chiamava primario - ha passato la giornata a rispondere alle domande dei giornalisti. «Qui abbiamo a disposizione un numero di posti limitato rispetto alle richieste, che in ogni caso facciamo di tutto per soddisfare interamente - spiega -. Il problema si fa più delicato quando abbiamo di fronte due pazienti e un solo posto letto». Un dilemma quotidiano. «Tra un paziente al quale non si può fare altro che assicurare una morte dignitosa e un altro che, invece, può essere salvato siamo costretti a fare una scelta», aggiunge Guglielmelli. E nel caso del signor Cairoli la scelta è stata di lasciarlo al pronto soccorso in mezzo agli altri pazienti. «Ma gli abbiamo assicurato il massimo delle cure e delle attenzioni possibili in quella situazione», conclude il direttore del pronto soccorso.

In questa vicenda, però, non c'è solo il profilo medico. C'è anche il rovescio umano della vicenda. «Quanto accaduto al signor Marcello Cairoli non doveva succedere. In Italia il pronto soccorso non è e non deve essere l'ultima tappa della vita di un paziente oncologico», ha fatto sapere la ministra [Lorenzin](#). Eppure è il suo stesso dicastero a fotografare una situazione disarmante: in 5 anni il sistema sanitario ha perso 24.155 posti letto. Due ore dopo, in sala d'attesa, le facce sono quasi tutte ancora le stesse. Al San Camillo, è il tempo che scorre la variabile imprevedibile. «Chissà quando finirà tutta questa attesa», allarga le braccia una signora. Già, chissà quando.

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI



**Il rapporto.** Studio del Tribunale dei diritti del malato e Simeu su 93 strutture: monitoraggio del dolore solo nel 60% dei casi

# Pronto soccorso, fino a 7 giorni per un ricovero

Per il triage in emergenza attese tra 9 e 17 minuti - Nel complesso giudizio «buono» ma il quadro è frammentato

## POCHI SPAZI DEDICATI

Gli ambienti per malati terminali nelle emergency room sono solo il 13%, gli spazi per i bambini invece sono inesistenti

**Barbara Gobbi**

ROMA

Arrivi in Pronto soccorso e non sai quanto ci resterai. Né se otterrai un ricovero in tempi congrui. O se durante l'attesa il tuo dolore sarà monitorato. O ancora, se vedrai tutelata la privacy. Del resto, non sai nemmeno se troverai del sapone a disposizione nei bagni, né se ti sarà concesso avere accanto un familiare. Succede al Nord come al Sud, perché le inefficienze delle cure in emergenza, fotografate dal rapporto «Lo stato di salute dei Pronto soccorso italiani» realizzato dal Tribunale per i diritti del malato-Cittadinanzattiva e dalla Società scientifica Simeu e presentato ieri all'ospedale San Giovanni-Addolorata di Roma, sono trasversali a tutto il paese.

E se nel complesso è «buono» il giudizio espresso dai circa 3 mila, tra pazienti e familiari, intervistati tra maggio e novembre 2015 in 93 delle 660 strutture di emergenza-urgenza presenti in Italia, l'indagine mette in luce una vera e propria schizofrenia nell'attuazione di standard e linee guida. Sempre che siano stati recepiti. La conseguenza è un quadro estremamente frammentato, di cui fanno le spese sia medici e operatori sanitari sia, soprattutto, i pazienti. Prime vittime del sovraffollamento nelle emergency room, che dilata i tempi fino all'inverosimile. Succede - a sorpresa - al Civico di Ivrea, dove un paziente con codice bianco per un primo accertamento resta in stand-by fino a 4 ore, che si dimezzano in caso di codice giallo. Così come al Grassi di Ostia: anche qui sono quasi due ore di attesa per casi mediamente gravi. Più in generale, si superano i due giorni

d'attesa nel 38% dei Dipartimenti di emergenza e accettazione (Dea) di II livello (i più complessi) e nel 20% dei pronto soccorso, per ottenere un posto letto. Attesa massima fino a 7 giorni (168 ore) in Osservazione breve intensiva (Obi), la principale innovazione organizzativa degli ultimi anni nei reparti d'emergenza, necessaria per stabilizzare e gestire i flussi di pazienti ma ancora presente solo per l'80% delle strutture monitorate al Nord e circa il 70% al Sud. L'Obi è sovraffollata nel 33% dei pronto soccorso, nel 38% dei Dea di I livello e nel 24% dei Dea di II livello. Mentre il «bed manager», cioè l'operatore che dovrebbe smistare i pazienti dal pronto soccorso al reparto e provvedere a ricoveri e dimissioni, compare in appena il 48% dei dipartimenti più articolati.

Ma i «buchi neri» non si limitano alle attese infinite: soltanto il 60% degli ospedali ha attivato procedure standardizzate o adottato linee guida sulla valutazione del dolore. Mentre il 30% dei pazienti non ha visto preservate privacy e riservatezza. Pochissimi gli spazi d'attesa attrezzati per i bambini: inesistenti nei Pronto soccorso «semplici», arrivano al 36% nei Dea di I livello e sfiorano il 29% nei Dea di II livello.

I pazienti chiederebbero inoltre più «umanità»: poter parlare con un operatore, avere vicini i propri cari, ricevere maggiore conforto. Elementi troppo spesso assenti, che fanno il paio con una comunicazione limitata: solo in un pronto soccorso su tre sono disponibili informazioni in più lingue, mentre nel 35% dei Dea di II livello, nel 43% dei Dea di I livello e nel 46% dei pronto soccorso mancano le informazioni sulle prestazioni con ticket.

Altra nota dolente: gli ambienti per malati terminali sono fermi al 13% nei pronto soccorso, al 36% nei Dea di I livello e al 45% nei Dea di II livello. Ungap drammatico, che si è

riproposto dopo il caso del paziente deceduto all'ospedale San Camillo-Forlanini di Roma. A fronte di ospedali in sofferenza organizzativa, le cure di Bse latitano. A denunciarlo è il coordinatore nazionale del Tdm-Cittadinanzattiva, Tonino Aceti: «La ministra Lorenzini - afferma - in seguito alla vicenda del San Camillo dovrebbe inviare ispettori sul territorio, dal momento che proprio l'assistenza domiciliare è risultata assente. Un malato oncologico terminale in pronto soccorso non dovrebbe arrivarci».

Secondo il report, un cittadino su quattro è inviato in pronto soccorso dal medico di base e nel 9% dei casi va in ospedale perché il suo dottore di famiglia è fuori dalla fascia di reperibilità. Intanto, la riorganizzazione dell'assistenza e degli spazi è ferma al palo, anche per lo stallone delle trattative per il rinnovo del contratto della medicina generale. «Stiamo conoscendo una battuta d'arresto malgrado il riordino previsto nel Patto per la salute - spiega il coordinatore degli assessori regionali Antonino Saitta - Colpa, anche, di un federalismo «anarchico» e spesso male interpretato. Dove le regioni si sono attivate, i pazienti si rivolgono alle cure sul territorio».

Resta il fatto che il rapporto Tdm-Simeu presenta molti buchi da colmare in ambito ospedaliero: basti pensare che neanche la metà delle strutture monitora in tempo reale i posti letto disponibili nei reparti. Su questo fronte, come su molti altri, servono formazione e sistemi informativi adeguati. «È cruciale che medici, infermieri e pazienti con i loro familiari si sentano dalla stessa parte nella tutela e nella promozione del servizio sanitario nazionale, a partire proprio dall'emergenza», spiega la presidente Simeu Maria Pia Ruggieri. «Anche per questo proponiamo la diffusione in tutte le strutture della Carta dei diritti al pronto soccorso».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# Pronto soccorso, è un incubo Sovraffollati e con attese di 48 ore

## Denuncia del Tdm: solo uno su dieci ha spazi per terminali

**San Camillo, Lorenzin  
avvia indagine sul malato  
di tumore morto dopo  
56 ore di agonia solitaria**

**DANIELA FASSINI**

**L**unghi tempi di attesa, anche fino a 2 giorni, sovraffollamento, poco personale, scarsa attenzione al dolore e mancata comunicazione con i pazienti. L'Italia del pronto soccorso, scattata dal Tribunale per i diritti del malato di Cittadinanzattiva e da Simeu (Società italiana della medicina di emergenza-urgenza) è a due velocità. Con situazioni che registrano enormi differenze tra Nord e Sud. C'è ad esempio l'Ospedale Santa Marta e Santa Venera di Acireale (Catania) dove l'attesa per il ricovero in reparto ha raggiunto il record di 7 giorni e quello dell'Ospedale di Dolo (Venezia) dove, invece, l'attesa in Pronto soccorso prima del ricovero è in media di sole due ore.

Il monitoraggio fotografa 93 strutture di emergenza urgenza; dà voce a 2.944 tra pazienti e familiari di pazienti intervistati; misura accessi, ricoveri e tempi di attesa di 88 strutture di emergenza urgenza. Solo in sei strutture su 10 si registra un'adeguata attenzione alla terapia del dolore mentre gli spazi dedicati al malato in fase terminale solo nel 13% delle strutture. E ancora: il 30% dei pazienti in pronto soccorso non ha visto preservarsi privacy e riservatezza, e la procedura di rivalutazione del dolore in tutto il percorso del paziente al pronto soccorso viene svolta da poco più del 60% delle strutture monitorate. Ma il vero problema resta la disomogeneità a seconda delle regioni: la situazione, rileva il monitoraggio, appare infatti «ancora oggi molto diversa fra strutture del Nord, del Centro e del sud, soprattutto come conseguenza di un'organizzazione dei servizi di emergenza non ancora standardizzata sul territorio nazionale». «C'è bisogno di una migliore e più trasparente gestione dei posti letto per evitare affolla-

menti, il sovraccarico del personale e garantire la dignità delle persone – ha dichiarato Tonino Aceti, coordinatore nazionale del Tribunale per i diritti del malato di Cittadinanzattiva – si inizi ad adottando in tutte le strutture la Carta dei Diritti al Pronto Soccorso e rispet-

tando le Leggi: va infatti garantita l'attivazione di letti di Osservazione Breve Intensiva previsti dal Decreto 70 del 2015 sugli standard ospedalieri, ancora oggi non disponibili in tutti gli ospedali». Nella carta dei diritti si chiede anche che la presenza del fami-

liare sia un diritto «e non un favore da chiedere di volta in volta».

Il Pronto Soccorso rappresenta per i cittadini «un punto di riferimento irrinunciabile e nel quale nutrono fiducia. È necessario però investire e migliorarlo per renderlo più accessibile e umano».

Intanto il giorno dopo la denuncia di Patrizio Cairoli, il figlio del malato oncologico terminale che ha trascorso le ultime sue 56 ore di vita al pronto soccorso dell'ospedale San Camillo di Roma, il ministro **Beatrice Lorenzin** ha annunciato l'avvio di un'inchiesta interna. «Quanto accaduto al signor Marcello Cairoli non doveva succedere, non da noi – risponde **Lorenzin**, pubblicando su Facebook il suo commento – In Italia il pronto soccorso degli ospedali non è e non deve essere l'ultima tappa della vita di un paziente oncologico». Il Direttore sanitario del San Camillo ha chiesto scusa alla famiglia dell'uomo morto. «È impensabile che un paziente muoia dietro una tenda senza che nessuno se ne sia accorto – ha detto Luca Casertano, in un'intervista a Tv2000 – Questa è nostra responsabilità: non siamo stati in grado di trovare un posto letto per questo paziente»

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# Il pronto soccorso è diventato un lusso Ormai si paga tutto

Stato a corto di fondi: le prestazioni gratuite sono sempre meno  
Uno strappo alla schiena può arrivare a costare 220 euro

di **ALESSIA PEDRIELLI**

■ Venticinque euro da pagare per essere corso al pronto soccorso con decine di punture di vespa sul corpo. È successo in provincia di Bergamo, qualche giorno fa, a un uomo di 43 anni. Potava la siepe e uno sciamme lo ha assalito. Si è fatto accompagnare all'ospedale, è stato visitato e rimandato a casa con il ticket da saldare: il suo «non era un caso urgente». Secondo la valutazione dei medici, che rispondono alle leggi sull'accesso alla medicina d'urgenza, avrebbe potuto rivolgersi al medico di base, senza scomodare l'ospedale. La stessa persona, nella stessa situazione, dieci anni fa non avrebbe speso un euro. Oggi chi si rivolge al pronto soccorso e non viene ricoverato - o trattenuto in osservazione - se non è esente per reddito deve pagare. E può andare anche peggio: se per accertare lo stato di salute servono esami, pure quelli finiscono nel conto. Che può diventare molto salato. Il ticket sul pronto soccorso esiste dal 2007. Nacque per scoraggiare gli «accessi impropri», evitare cioè che i cittadini che non hanno bisogno di cure urgenti usino la visita in ospedale come scorcio rispetto ai tempi (lunghi) delle prestazioni specialistiche prescritte dal medico di famiglia. Un principio valido in termini assoluti, che negli anni però, con la stretta economica del sistema sanitario, si è trasformato in tassa occulta sulla salute.

## COME FUNZIONA

Nella pratica, chi si rivolge al pronto soccorso viene valutato in prima battuta dagli infermieri dell'accettazione (è il cosiddetto *triage*), i quali assegnano un codice che determina l'ordine di entrata: bianco per chi può attendere; verde per i casi da valutare; giallo per le situazioni urgenti; rosso per i casi gravissimi. In ordine di priorità si passa alla visita. Per chi viene dimesso, è il medico che chiude la pratica a valutare la gravità del caso, cioè l'appropriatezza dell'accesso in pronto soccorso: il dottore assegna un nuovo codice d'uscita, a prescindere da quello che era stato in ingresso. Chi secondo il medico poteva essere curato altrove (esenti a parte) pagherà. E non solo per l'accesso considerato improprio - che costa da solo 25 euro - ma anche per gli esami che lo stesso medico ha ritenuto necessari.

Un anno fa a Montebelluna (Treviso) fece scalpore il caso di un'insegnante di educazione fisica rimasta bloccata per un fortissimo dolore alla schiena durante una lezione: la donna si rivolse al pronto soccorso, venne visitata e sottoposta a lastre ed ecografie. Dopo le analisi i medici non riscontrarono nessuna lesione (si era trattato di uno strappo muscolare) e la dimisero in codice bianco con un conto salatissimo: 220 euro per le analisi.

Lo scorso luglio, a Verona, altro caso: un giovane imprenditore, fino a quel momento in perfetta salute, si sveglia di notte con un lancinante dolore ai testicoli. Spaventato corre all'ospedale. Entra in codice verde, viene visitato e

sottoposto a esami. Secondo i medici non c'è nulla di grave: viene mandato a casa con un antinfiammatorio e 100 euro di ticket da pagare. Il dolore resta. Dopo giorni, il giovane si rivolge a un altro ospedale: la diagnosi è diversa, viene sottoposto a un'operazione. Aveva, eccome, un problema di salute. Superato il quale ha presentato ricorso e ottenuto il rimborso del ticket.

## RAGIONI POLITICHE

Il ticket sugli accessi impropri al pronto soccorso entrò in vigore il 2 gennaio 2007, introdotto dalla Finanziaria del governo Prodi. Il principio era semplice: chi accede per problemi di salute che potrebbero essere risolti dal medico di base, sborsa 25 euro. Per anni, in molte regioni, la norma restò solo sulla carta. Nel 2011 fu il governo Berlusconi a ripristinarla rendendola più stringente, imponendo un ticket anche sugli esami diagnostici effettuati su pazienti poi dimessi. Le regioni vennero lasciate libere di decidere il quando e il come dell'applicazione, con differenze evidenti nel gettito e nel trattamento riservato al cittadino. A fare capire quanto, in realtà, le diverse regioni abbiano applicato la normativa sono i dati forniti dalla Corte dei Conti, che dal 2012 monitora l'effettiva compartecipazione alla spesa sanitaria nazionale. Nei fatti, solo cinque si sono adeguate alle indicazioni della legge: Veneto, Lombardia, Emilia Romagna, Toscana e Puglia, oltre alle province autonome di Trento e Bolzano. Le entrate complessive che derivano da questi territori



**coprono da sole l'85% del totale degli introiti da pronto soccorso di tutta Italia.**

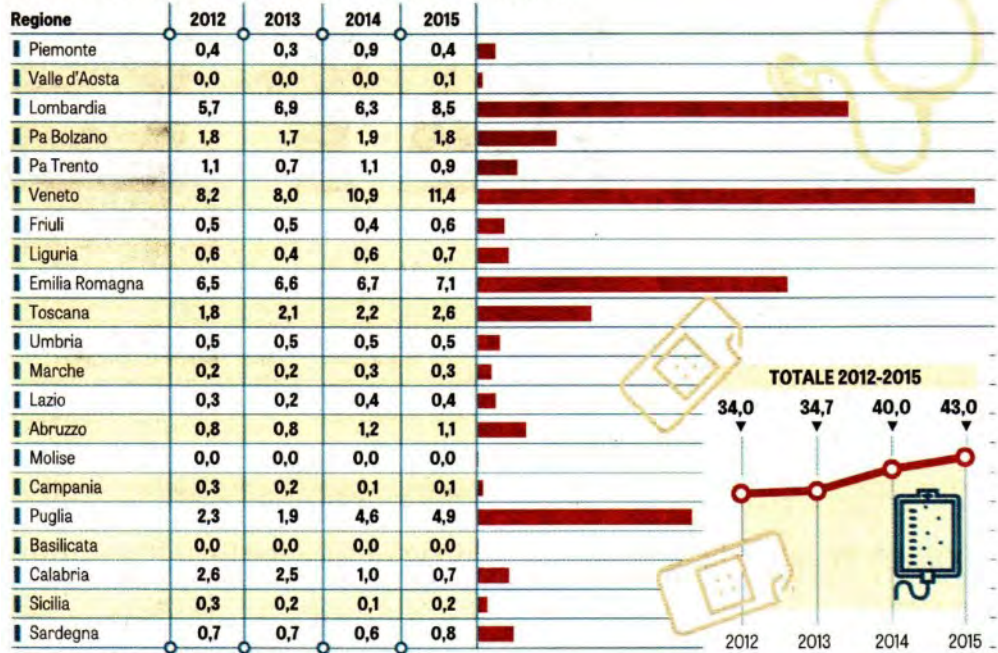
## PARADOSSI

Ne consegue che la stessa persona, con lo stesso malesere, rivolgendosi a tre pronto soccorso diversi nella penisola, potrebbe ritrovarsi a pagare cifre considerevolmente diverse. Ogni regione infatti applica esenzioni differenti per fasce di reddito e per tipologia di paziente. E pure i costi delle prestazioni variano da zona a zona. Emilia Romagna, Toscana, Umbria e Marche, ad esempio, ritengono esenti tutti i cittadini con reddito fino a 36.000 euro. In Veneto la soglia scende a 29.000, mentre in Lombardia la cosa si complica perché nel computo dello status economico finiscono anche gli altri componenti del nucleo familiare. Allo stesso modo una donna incinta o una persona affetta da una particolare patologia si troverà esentata dal pagamento per l'accesso in codice bianco in alcune parti d'Italia e dover pagare in altre. Costi diversi, infine, anche per le prestazioni che pesano sul ticket: un'ecografia all'addome in Veneto costa 105 euro, nel Lazio appena 60 euro.

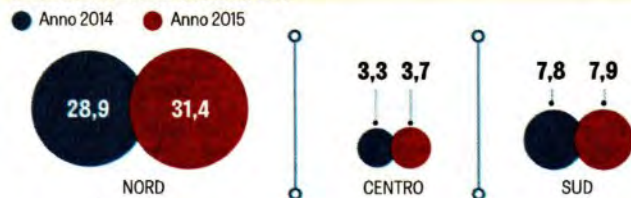
© RIPRODUZIONE RISERVATA

## DISPARITÀ

### PROVENTI DA TICKET SUL PRONTO SOCCORSO (MILIONI DI EURO)



### PER RIPARTIZIONE GEOGRAFICA



Fonte: Corte dei Conti Rapporto coordinamento finanza pubblica 2014, 2015, 2016



LaVerità

**Emergenza ospedali** Dopo il caso del pensionato lasciato agonizzare per 56 ore in pronto soccorso, emerge la fotografia della sanità italiana, piena di contraddizioni, di esempi virtuosi ma anche di sciatterie

# IL RISPETTO NEGATO AL DOLORE DEI MALATI

Emergenze e ospedali

## IL RISPETTO NEGATO AL DOLORE

### Eccellenze

Meno di due mesi fa la moglie del Nobel Sen venne operata a Roma, con successo

### Disfunzioni

A causa della carenza di posti letto, le attese per le emergenze arrivano a 7 giorni

### Sovraffollati

Dopo anni di tagli dolorosissimi, i centri di pronto soccorso sono l'imbuto di tutto

### Il rapporto

Cittadinanzattiva e Simeu hanno pubblicato un'indagine su 93 strutture ospedaliere

di **Gian Antonio Stella**

«**N**ulla da invidiare a Boston». Così

Amartya Sen, Premio Nobel per l'economia nel 1998, ringraziò meno di due mesi fa il pronto soccorso («eccellente») di un ospedale romano. Voleva elogiare pubblicamente tutti i medici per la collaborazione nell'assistere la moglie, che si era sentita male in riva al Tevere ed era stata subito operata, in piena notte, da un chirurgo precipitatosi sul posto.

«Siamo stati anche fortunati», aggiunse, «ma è importante ribadire che l'eccellenza delle cure mediche e la massima responsabilità di gestione possono andare d'accordo anche nel servizio aperto a tutti. Nel nostro caso, le cure sono state pagate dall'assicurazione medica di Harvard, ma è fantastico pensare che tutti i cittadini di questo Paese hanno libero e gratuito accesso a cure mediche di altissimo livello, giorno e notte». Testuale.

Evviva. Facemmo tutti un figurone. E di questi tempi, sono cose che tirano su il morale. Davanti al caso di Marcello Cairoli, lasciato per 56 ore ad agonizzare fino alla morte senza un minimo di privacy e di rispetto nel carnaio del San Camillo, ti chiedi però: è la stessa Roma? Sono gli stessi protocolli? È la stessa Sanità pubblica? Non c'entra proprio niente che di là ci fossero un docente di Harvard celeberrimo e che la moglie fosse una Rothschild e di qua un anonimo pensionato che ha avuto un nome, un volto, una dignità solo «dopo» la lettera del figlio?

**S**

ì. È quella che il ministro della Salute **Beatrice Lorenzin** elogiava ieri nella sua pagina

Facebook: «Il nostro Paese, grazie all'impegno di tutti gli operatori sanitari, offre ai pazienti e alle loro famiglie un eccellente livello di cure, anche in termini di umanizzazione». Certo, di là c'era un gioiello come il Gemelli e di qua un vecchio ospedale che si trascina dietro storici acciacchi come il San Camillo. Ma quella doppia faccia dell'assistenza sanitaria capitolina, un po' ottima e un po' scalagnata, è la fotografia di tutta la sanità italiana. Piena di esempi virtuosi che ci consolano e di sciatterie da far saltare i nervi.

Esattamente quel che emerge dal rapporto pubblicato ieri dal Tribunale per i Diritti del Malato di Cittadinanzattiva e da Simeu, la Società italiana della medicina di emergenza-urgenza. Un monitoraggio capillare su 93 «strutture di emergenza urgenza» che ha dato voce a



2.944 tra pazienti e familiari intervistati e misurato «accessi, ricoveri e tempi di attesa di 88 strutture».

Un quadro con punte di eccellenza e insieme sacche di degrado inaccettabili. Che significa che l'attesa media è di tre ore? Che in qualche centro che meglio funziona è di mezz'ora, in altri di quattro. Troppe. E se il «triage», lo smistamento di chi arriva e vuole essere visitato porta via in media dai 9 ai 17 minuti, questi variano però «in base all'area geografica». Chi vuol capire capisce.

Ciò che più colpisce sono tuttavia alcuni dati abnormi. Come i tempi di attesa per il ricovero in certi reparti che «possono superare le 48 ore». O il calvario imposto a chi ha dovuto aspettare, in un'«Osservazione breve intensiva», fino a 168 ore: sette giorni. Per non dire di dettagli assai significativi: come la carta igienica che, nelle realtà del Sud, è disponibile solo nel 60% dei pronto soccorso. Piccolo ma significativo segnale di quella mancanza di rispetto dovuto ai ricoverati.

Spiccano su tutti, però, due dati forniti dal coordinatore nazionale di Cittadinanzattiva, Tonino Aceti: «Il 53% dei pronto soccorso non co-

nosce in tempo reale i posti letto disponibili nella struttura» e solo il 13% dispone di «spazi dedicati al malato in fase terminale». È la conferma: il caso del pensionato morto al San Camillo dopo un'agonia velata solo da un paravento, non è stato una sfortunata eccezione. È il sistema stesso che non si occupa, per «scelta statutaria» verrebbe da dire, delle persone morenti. Ormai incurabili. Date per perse. Dopo anni di tagli radicali e dolorosissimi sui posti letto e sugli ambulatori e sulle alternative ai letti soppressi, come una seria assistenza domiciliare, per ovviare all'incapacità di incidere davvero il bisturi là dove erano gli sprechi insopportabili (si pensi a certi servizi di pulizia in Campania da 17.583 euro l'anno più Iva a posto letto contro i 5.125 di Padova), i centri di pronto soccorso costretti ad essere l'imbuto di tutto, arrancano. Ma non può essere la buona volontà di questi o quei singoli, mai venuta meno, a rimediare a un sistema che un po' troppo spesso sbanda. E tradisce le persone. Che finiscono per riconoscersi a torto o a ragione come vittime di quella «cultura dello scarto» di cui parla Francesco.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

# IL DIRITTO DI DAVIDE A UNA MORTE DIGNITOSA

LE IDEE

## Il piccolo Davide e il diritto a una morte dignitosa

Non possiamo far finta  
di non sapere: la politica  
affronti il tema eutanasia

GIULIANO PISAPIA

**C** ISONO fatti che ti colpiscono in modo particolare, che non riesci a toglierti dalla testa, che ti fanno pensare a un'ingiustizia che va sanata a tutti i costi. Non mi riferisco qui alle guerre, alla povertà, alle grandi tragedie di cui leggiamo ogni giorno con angoscia, ma a situazioni drammatiche, che possono sembrare "piccole", ma alle quali si può porre rimedio. Così, da quando il 5 ottobre ho letto su Repubblica la storia di Davide, nato senza reni e senza apparato urinario, affetto da una «malattia costantemente infausta», senza alcuna possibilità di sopravvivenza, condannato a morire presto ma intanto «trattato come cavia»; da quando ho letto le parole dei suoi genitori «oggi viviamo il dramma, sì all'eutanasia, lasciar andare è un atto d'amore», ho pensato che questo è un tema che è ora di affrontare, con il cuore caldo e la mente fredda. Perché, come scriveva già Indro Montanelli, «se noi abbiamo un diritto alla vita abbiamo anche un diritto alla morte». Un diritto a decidere il quando e il come della nostra morte.

Non c'è giorno in cui, in qualche casa, in qualche ospedale, in qualche famiglia non si ponga, concretamente, il tema del diritto a una morte dignitosa.

**I** L DIRITTO di scegliere se, e come, interrompere la propria sopravvivenza. Accade in presenza di patologie non curabili, di malattie alla fase terminale, di sofferenze non più sopportabili, di quella che è stata definita "non vita" in quanto ormai priva di ogni dignità. È un tema difficile, delicato, che pone domande e crea dubbi. Di carattere etico, filosofico, religioso, ma che deve essere affrontato, tenendo conto della realtà e della situazioni concrete. Non ci si può limitare a rimuoverlo, bisogna avere il coraggio di affrontarlo, uscendo dagli schemi, superando le ideologie, rispettando le diverse opinioni ma, anche, rispettando la volontà di chi soffre e dei suoi familiari.

Da tempo, in Parlamento, vi sono proposte di legge che, in pas-



sato, avevano soprattutto l'obiettivo di aprire la discussione, cercare soluzioni, anche legislative, per permettere, con tutte le cautele necessarie, con tutti i controlli doverosi, di rispettare la volontà di chi si trova in una situazione di sofferenza non più sopportabile, di malattia non più curabile. E dargli la possibilità di scegliere se proseguire una vita "meramente apparente", evidentemente con l'aiuto e l'assistenza di medici, psicologi, familiari e, perché no, amici.

È giusto parlare, oltre che di "vita dignitosa", anche di "morte dignitosa"? Credo di sì, lo dobbiamo a chi si trova in condizioni disperate e senza speranza di un futuro. In una lettera, che risale a molti anni fa, un medico che si occupava di malati terminali scriveva «...nei loro occhi, negli ultimi giorni della loro vita, ho letto la voglia di farla finita. Qualcuno mi ha chiesto espressamente di aiutarlo in questo senso. La mia coscienza, l'etica, la fede, il senso di umanità, la cultura hanno vacillato. E oggi mi chiedo se questo mostro quasi impronunciabile, l'eutanasia, sia da giudicare assolutamente impraticabile». Proprio in quei giorni da un'indagine di ricercatori dell'Università cattolica, svolta nei centri di terapia intensiva, emergeva che circa il 4 per cento dei rianimatori che assistevano persone in situazione estremamente critica avrebbe praticato la cosiddetta "eutanasia attiva" e che l'80 per cento aveva attuato almeno una volta quella passiva, staccando la spina del respiratore, spesso senza consultare il paziente (i questionari erano evidentemente a risposta anonima). Sono passati quasi 15 anni e, credo o temo, che quelle percentuali non siano affatto diminuite.

Certo, da allora sono stati fatti indubbi passi avanti sulla terapia antidolorifica ed è cresciuta nel Paese la contrarietà a ogni tipo di accanimento. Del resto il divieto di accanimento terapeutico ha trovato piena legittimità: a livello europeo con la Convenzione di Oviedo per la protezione dei diritti dell'uomo e della dignità dell'essere umano (sottoscritta e ratificata nel nostro paese), in Italia col nuovo codice di deontologia medica. Anche la chiesa cattolica ormai considera lecito «sospendere l'applicazione delle cure quando i risultati non rispondono all'aspettativa», tenendo conto del «giusto desiderio del malato e dei suoi cari» (Enciclica *Evangelium Vitae*).

Sulla "dolce morte" invece nessun passo avanti, malgrado le sempre più numerose proposte di legge depositate in questi anni in Parlamento. Altri Paesi quella strada l'hanno intrapresa, con precisi paletti e con regole tassative tali da garantire la persona malata, i suoi familiari, i medici e la collettività. Si potrebbe prevedere la non punibilità del medico che pratica l'eutanasia se rispetta precise condizioni e procedure. Mi limito ad accennarne alcune. Il paziente deve essere capace di intendere e volere al momento della richiesta di eutanasia (se non in grado di decidere autonomamente, a causa della malattia, possono farla i familiari); la richiesta deve essere volontaria, ponderata e ripetuta e non deve esserci stata alcuna pressione esterna; chi chiede la "dolce morte" deve essere affetto da una malattia con prognosi infausta e in fase terminale, senza alcuna prospettiva di sopravvivenza; le sue sofferenze fisiche o psichiche devono essere costanti e insopportabili tanto da non poter essere eliminate con trattamenti farmacologici. Il medico deve, previo consulto con altro medico e con l'équipe sanitaria, dare piena informazione al paziente sulle prospettive di vita e su eventuali efficaci trattamenti palliativi. Una Commissione nazionale, di cui facciano parte medici, psicologi, professori universitari e anche esperti di materie giuridiche, dovrà verificare, qualora vi siano dei dubbi, se siano state rispettate le condizioni e le procedure previste dalla legge.

Pur nella piena consapevolezza della difficoltà e della delicatezza di un simile percorso, certo non breve, non si può continuare a rimuovere il problema, a far finta di non sapere, a nascondere la realtà: sarebbe la scelta peggiore. Meglio fare il possibile per cercare una soluzione giusta, ragionevole e praticabile. In caso contrario forte sarà il rischio che, come già è accaduto e sta accadendo, aumentino sempre di più coloro che finiranno col fare un percorso diverso: sfideranno la vita o cercheranno la morte, in luoghi, anche a noi vicini, che potrebbero non dare quelle garanzie e tutele che uno Stato laico deve sempre poter dare. Non è, e non sarà facile, ma credo sia ora di provarci.

(Con questo articolo l'autore, ex sindaco di Milano, inizia la sua collaborazione con Repubblica)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

TEMPI LUNGI L'ITER POTRÀ ENTRARE NEL VIVO SOLO DOPO L'APPROVAZIONE DELLA MANOVRA. IL SOTTOSEGRETARIO DELLA VEDOVA PROMETTE BATTAGLIA

# Cannabis, sfuma la legalizzazione

Nuovo stop alla legge, che torna all'esame delle commissioni. Esultano i centristi

● **ROMA.** Nuovo stop alla legge sulla legalizzazione della cannabis. L'Aula della Camera ha infatti stabilito, così come però largamente previsto, che il provvedimento debba tornare all'esame delle commissioni parlamentari. Esultano i centristi di Area popolare, che parlando di «successo» contro una «legge sbagliata» mentre l'ex Radicale e sottosegretario agli Esteri Benedetto Della Vedova promette battaglia e Sinistra Italiana assicura che la battuta di arresto sarà solo momentanea.

Di sicuro, osserva però la presidente della commissione Giustizia di Montecitorio Donatella Ferrante, l'iter non potrà che entrare nel vivo dopo l'esame della manovra perché «comporta oneri per lo Stato». Un fatto che Della Vedova giudica «paradossale», considerando che se approvate le misure porterebbero «miliardi al bilancio dello Stato» mentre il suo costo è di «qualche decina di migliaia di euro».

Fatto sta che, una volta avviata la sessione di Bilancio i margini di riducono drasticamente e quindi è facile che i tempi si allunghino. D'altro canto, dice sempre Ferrante, «su una materia del genere è difficile costruire un accordo direttamente in Aula. Occorre trovarlo in Commissione». Non si dovrà però ricominciare tutto daccapo: discussione generale e audizioni sono già state fatte e una strada potrebbe essere quella di «dare vita a un comitato ristretto - è la proposta della presidente della commissione Giustizia - che rediga un testo base».

Il nuovo passaggio in commissione, mette in guardia il deputato di Possibile Pippo Civati, verrà però «strumentalizzato da quanti sono contrari alla legalizzazione, nella speranza che finisca nella palude proibizionista». Che infatti è esattamente quello che auspica Forza Italia (il ritorno in commissione sia de profundis, scrive su Twitter il deputato azzurro Luca Squeri). Secondo invece il deputato di Sinistra Italiana e relatore del provvedimento sulla cannabis Da-

niele Farina, proprio il rinvio «apre ad un accordo, che non potrà riguardare soltanto l'accesso agli usi terapeutici ma anche gli altri punti di riforma, tra i quali la coltivazione per uso personale». Ma, è la tesi contraria di Area popolare, «non esistono droghe innocue mentre l'uso terapeutico - afferma il capogruppo di Ap Maurizio Lupi - è un'altra cosa che trova il nostro sostegno sul piano della salute pubblica».

«Il rinvio della proposta di legge per la legalizzazione della Cannabis dimostra soltanto una cosa: il Governo è alla canna del gas. La paura di spaccare la maggioranza e di sballare ancora di più l'esito del referendum, hanno indotto i renziani a profferire il famoso contrordine compagni e a rinviare in commissione la pdl, tombandola definitivamente. Amen. Non staremo a strapparci le vesti ma è opportuno porre in evidenza i contrasti interni al centrosinistra e la paura di assumere decisioni significative per il patrimonio culturale della sinistra italiana» dice il capogruppo di Fdi alla Camera Fabio Rampelli.

«Bene, come previsto, il ritorno in commissione del ddl cannabis legale. Si arriverà ai voti sull'ostruzionismo proibizionista di Ap e del centrodestra, mi auguro non monolitici, e capiremo chi vuole togliere un mercato di massa al monopolio criminale, introducendo controlli e tasse come per alcool e tabacco, e chi vuole lasciare le cose esattamente come stanno oggi». risponde in serata sui social Della Vedova, promotore dell'intergruppo cannabis legale.

**Chiara Scalise**



# Così i figli nati in provetta ereditano l'infertilità dei padri

Solo il 30 per cento degli europei ha una quantità ottimale di spermatozoi

“Per loro difficile procreare”  
Uno studio dimostra che hanno gli stessi problemi dei papà

ELVIRA NASELLI

ROMA. Avranno le stesse difficoltà dei genitori a procreare. Parliamo dei figli della fecondazione assistita. E a prevedere la sorte di migliaia di maschi nati grazie alla cosiddetta tecnica Icsi è la prima indagine mai fatta sul destino sanitario di ragazzi che oggi hanno dai 18 anni in su, concepiti tra il 1992 e il 1996 grazie all'iniezione di un singolo spermatozoo di papà nell'ovulo della futura mamma. La tecnica Icsi serve a trattare l'infertilità maschile grave poiché consente di scegliere - tra i pochi buoni per procreare - proprio lo spermatozoo di migliore qualità. Oggi quei bambini classe 90 sono giovani uomini, e i ricercatori del centro di Genetica Medica dell'università belga di Ziekenhuis hanno deciso di studiarli. Pubblicando i risultati su *Human Reproduction*.

Sotto il microscopio, il seme di 54 ragazzi tra 18 e 22 anni confrontato con quello di un gruppo di coetanei concepiti naturalmente. Il risultato è che i figli della provetta hanno uno sperma per diverse ragioni inefficiente. Come se l'infertilità dei genitori, causata spesso da fattori genetici, fosse stata ereditata.

Cosa non sorprendente per i genetisti, ma mai dimostrata. Quando questi ragazzi furono

concepiti - infatti - i medici avvisarono i genitori della possibilità che l'infertilità passasse anche ai figli, ma nessuna coppia si tirò indietro. Per il desiderio di avere un bambino e, dissero ai medici, perché pensavano che, se fosse accaduto, la medicina avrebbe potuto aiutare anche il figlio come aveva aiutato il padre.

«Questi primi risultati - ha spiegato André Van Steirteghem, uno degli autori dello studio - indicano che un certo livello di difficoltà a procreare è stato trasmesso ai figli. Ma dalle caratteristiche del seme del futuro padre i medici non erano in grado di prevedere se i ragazzi sarebbero stati infertili. Perché, oltre a quelle genetiche, possono esserci altre cause».

Il fatto è che la fertilità maschile è in drastico calo: solo il 30% degli europei ha una qualità ottimale degli spermatozoi. I motivi sono tanti. «Una causa è certamente genetica - spiega Carlo Foresta, endocrinologo e andrologo dell'università di Padova - ma conosciamo soltanto alcuni dei geni responsabili della minore produzione di spermatozoi. Spesso abbiamo altre ragioni: infezioni, malformazioni, squilibri ormonali». Molte volte sono cause trattabili. Ma la tendenza è quella di bypassare tutto e procedere con la Icsi pur se sarebbe possibile, forse, farne a meno. Anche perché - riflette Antonio Novelli, responsabile del laboratorio di Genetica Medica dell'ospedale Bambino Gesù di Roma - la faccenda della fertilità umana è assai complicata, e coinvolge il modo in cui i geni si interfacciano con l'ambiente. Tanto che l'inquinamento ambientale è una delle cause della difficoltà dei maschi a fare figli.

Insomma, suggeriscono gli esperti, la fecondazione assistita è una materia da maneggiare con cautela. A partire dalla Icsi «che però oggi si usa anche se non servirebbe», commenta il ginecologo Andrea Borini. In Italia - precisa Giulia Scaravelli, direttrice del registro Pma dell'Iss - la percentuale è molto alta. Ma le cose non vanno diversamente nel resto d'Europa.

REPRODUZIONE RISERVATA



**Il vincitore del premio Lagrange 2016 spiega il suo lavoro**

# Assalto globale alle malattie con internet e i social (senza scordare la biologia)

## Il paziente e la cura

I dati fanno ridefinire i sintomi del morbo in base al vissuto di chi ne è affetto

di **John Brownstein**

**L**a mia carriera è incentrata sull'uso delle nuove tecnologie per studiare i modelli delle malattie e, in particolare, per capire in che modo i dati appropriatamente analizzati possano avere un impatto incisivo sullo screening, il controllo e la prevenzione. È evidente che accanto ai tanti ostacoli che si frappongono a un'effettiva riduzione delle malattie, la mancanza di informazioni rappresenta tuttora una delle minacce maggiori. Storicamente le epidemie sono state segnalate attraverso infrastrutture sanitarie pubbliche organizzate in vari livelli, cosa che può comportare lunghi ritardi nella trasmissione delle informazioni e quindi amplificare ancor più i rischi per la salute pubblica globale. Il numero crescente di episodi legati a malattie infettive contagiose di rilievo internazionale, come l'emergenza Ebola nell'Africa occidentale o la diffusione del virus Zika nelle Americhe, evidenzia il preciso bisogno di incrementare la comunicazione reciproca tra governi locali e comunità internazionale.

In parallelo, la tecnologia di internet ha modificato significativamente il panorama del monitoraggio della salute pubblica e della raccolta di dati sulle epidemie. Le informazioni relative a malattie ed epidemie vengono infatti diffuse non solo online tramite gli an-

nunci ufficiali delle agenzie governative ma anche attraverso canali informali come social network, blog, chat, ricerche web, media locali e piattaforme di *crowdsourcing*. A questi flussi di dati è stato riconosciuto il merito di aver contribuito ad abbreviare il gap temporale fra lo scoppio di un'epidemia e la sua identificazione ufficiale, consentendo una risposta più rapida contro la minaccia alla salute pubblica. Queste fonti online creano tutte insieme un'immagine della salute a livello globale sostanzialmente diversa da quella prodotta dalle strutture tradizionali di screening sanitario. La rapida diffusione nell'ultimo decennio dell'accesso a internet e del suo utilizzo ha inoltre potenzialmente fornito una via di comunicazione più aperta, che potrebbe indurre i governi locali a una maggiore trasparenza.

Il ruolo dei dati digitali nella diagnosi va oltre la sorveglianza e l'identificazione precoce: queste informazioni consentono di ridefinire il manifestarsi della malattia in termini di esperienza vissuta dai singoli pazienti, ampliando così la nostra capacità di classificare e comprendere le varie patologie. La crescita e l'evoluzione dei prodotti digitali e della loro applicazione in ambito medico conferma questa interpretazione di ciò che ormai chiamiamo il «fenotipo digitale»: social media, forum, comunità online, tecnologie *wearable* — come braccialetti fitness e smartwatch — e dispositivi mobili forniscono un *corpus* sempre maggiore di dati relativi alla salute, in grado di modellare la nostra stima dell'intero spettro delle patologie umane, dalla diagnosi al trattamento, fino alla gestione delle malattie croniche.

Queste informazioni hanno

un valore intrinseco che supera e va oltre l'esame fisico, i valori riscontrati in laboratorio e i dati della diagnostica per immagini — ovvero i nostri approcci tradizionali per delineare il fenotipo di una malattia: se ben raccolti e analizzati, questi dati hanno il potenziale di modificare radicalmente la nostra concezione delle varie manifestazioni di una malattia, fornendo una visione più completa e dettagliata delle esperienze individuali.

Con la comparsa sul mercato di nuovi prodotti e grazie all'interazione dei singoli con le comunità online, l'utilizzo dei dati digitali per la salute pubblica continuerà ad aumentare. Per strutturare la nostra comprensione dei fenotipi digitali e della loro applicazione in vista di un affinamento delle cure, saranno necessari metodi sofisticati di acquisizione e analisi dei flussi di dati sanitari, con modalità rigorose. Un potenziale e determinante limite al successo di questi approcci sarà la capacità, da parte del sistema sanitario, di integrare queste informazioni nelle pratiche cliniche e pubbliche in modi eticamente irreprensibili, legali e rispettosi della privacy dei pazienti. Gli *stakeholder* già lamentano un sovraccarico di dati: la sfida consisterà quindi nel far sì che queste nuove informazioni abbiano un effettivo valore aggiunto. Di vitale importanza saranno anche i nuovi strumenti per l'interpretazione e la semplificazione dei dati in vista dell'utilizzo nelle decisioni quotidiane. Quali che siano la sua velocità di sviluppo e gli ostacoli da superare, la convergenza di tecnologie digitali e biologia è qualcosa di inevitabile, destinato a cambiare il modo in cui comprendiamo e trattiamo le patologie.

(traduzione di **Silvia Crupano**)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

