



RASSEGNA STAMPA

30-11-2016

1. GIORNALE Proseguono i viaggi per cure oncologiche
2. STAMPA Eternit, giustizia più lontana - Il giudice: "Non c'è dolo l'omicidio è colposo"
3. STAMPA Una cura al mesotelioma: la nuova battaglia di Casale contro l'amianto che uccide
4. QUOTIDIANO SANITÀ Amianto. Presentato in Senato il Testo unico. Fabbri (Pd): "Dà certezza giustizia alle vittime"
5. GIORNALE Il premier nega i 50 milioni ai bimbi malati per «punire» Emiliano
6. IL FATTO QUOTIDIANO Lettera. Le mamme dei bambini malati di cancro: "Il governo di Erode" - "Su Taranto le menzogne di un Erode"
7. PICCOLO Vaccini obbligatori in asilo il governo approva Trieste
8. AVVENIRE Vaccini. Anche a Trieste obbligatori per iscriversi all'asilo
9. GIORNALE Stipendi bassi, malasanità e sistema in crisi Così mille medici l'anno fuggono all'estero
10. QUOTIDIANO SANITÀ Medici in fuga dall'Italia. E il Servizio sanitario nazionale rischia di restare senza 7.280 ospedalieri
11. AVVENIRE Azzardo. In aumento le scommesse tra i giovani, anche minori
12. LAREPUBBLICA.IT Salute delle donne, vivono di più ma sempre più colpite da 'malattie maschili'
13. MESSAGGERO Aids, in Italia i casi sono in lieve calo
14. GIORNALE Nuovo efficace antibiotico per vincere i batteri killer

Dal Mezzogiorno

Proseguono i viaggi per cure oncologiche

■ Ogni anno quasi 800mila italiani colpiti dal cancro sono costretti a cambiare Regione per curarsi. Soprattutto dal Sud verso il Nord, in particolare Milano: dalla Campania 55mila persone, dalla Calabria 52mila, dalla Sicilia 33mila, dall'Abruzzo 12mila e dalla Sardegna 10mila. Il valore economico annuo di queste migrazioni sanitarie è pari a 2 miliardi di euro. Preoccupa soprattutto la situazione in Calabria: il 62% dei pazienti con tumore del polmone e il 42% dei cittadini con cancro del seno vanno fuori Regione per eseguire l'intervento chirurgico di asportazione della malattia. Complessivamente, considerando la chirurgia per le neoplasie più importanti (polmone, seno, colon retto, prostata, vescica e tumori ginecologici), la migrazione sanitaria in Calabria raggiunge il 37%, con 1.999 ospedalizzazioni nel 2012 fuori dai confini locali. A queste si aggiungono 1.941 ricoveri per chemioterapia extra Regione che rappresenta il 10% circa dei trattamenti medici. Infatti al crescere delle prestazioni di oncologia medica in Regione, che riduce sempre più questa percentuale, non fa riscontro un pari progresso delle prestazioni chirurgiche. Sono dati preoccupanti denunciati dall'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM). i



DERUBRICATA L'ACCUSA PER I MORTI D'AMIANTO: OMICIDIO COLPOSO E NON VOLONTARIO

Eternit, giustizia più lontana

Massone e un commento di SILVANA MOSSANO ALLE PAG. 5 E 21

Vittime dell'amianto Il giudice: "Non c'è dolo l'omicidio è colposo"

Torino, derubricata l'accusa al magnate svizzero Schmidheiny
È imputato per la morte di 258 persone. Processo diviso in 4 sedi

TORINO

Non ci sarà un nuovo, unico processo all'imprenditore svizzero Stephan Schmidheiny imputato di 258 morti di amianto. Potrebbero essere 4. Il giudice torinese Federica Bompieri ha mandato a giudizio l'ultimo patron di Eternit Italia in vita per omicidio colposo e non doloso come chiesto dal pm Gianfranco Colace. Ha fissato anche la data del processo a Torino: il 14 giugno 2016, ma solo per la morte di due delle 258 vittime che il pm aveva elencato nel capo di imputazione. Sono due persone di Cavagnolo, dove operò uno stabilimento dell'Eternit. Questa porzione di causa rimane a Torino per "competenza territoriale". Poi il processo è stato smembrato in altre 3 parti: a Reggio Emilia per 2 vittime di Rubiera dell'Emilia, a Napoli per 8 morti di Bagnoli e tutti gli altri alla procura di Vercelli che, dopo la revisione delle circoscrizioni giudiziarie, ha accorpato il tribunale di Casale. Il numero più corposo di vittime

(forse oltre 240), è quello dei casalesi. Il gup ha anche ordinato alcune prescrizioni: dovrebbero essere tre, e sempre riferite alla competenza territoriale torinese, mentre saranno gli altri giudici delle sedi in cui il caso Eternit Bis è stato frazionato a valutare chi è prescritto e chi no. Dipenderà anche dal tipo di reato che ciascuna procura riterrà di contestare. Insomma: si ricomincia da capo.

Il primo compito tocca alla cancelleria; dovrà fare tre copie della monumentale mole di faldoni e inviarle a Vercelli, a Napoli e a Reggio Emilia. Poi sarà dato incarico a un pm di ogni sede di studiare la complessa vicenda e, se riterrà che ci sono i presupposti, chiederà il rinvio a giudizio partendo dall'udienza preliminare. Altre tre. D'altronde, il gup Bompieri, superato l'impasse del "ne bis in idem" (non si può processare la stessa persona due volte per gli stessi fatti) dopo il pronunciamento della Corte Costituzionale, non ha però ritenuto

fondate le argomentazioni a sostegno del reato di omicidio volontario. Il pm Colace ci ha provato fino all'ultimo. Una mezz'ora intensa ieri mattina, all'ultima seduta dell'udienza preliminare. «Qui - ha detto - ci sono 258 vite spezzate. Si vittime dell'amianto, ma non per un fato avverso, bensì vittime delle scelte dell'uomo, anzi, di un uomo preciso che è l'imputato di questo procedimento, consapevole che sarebbero rimasti sul campo molti morti». Di altro avviso i difensori Astolfo Di Amato e Guido Carlo Alleva, che commentano: «Crollata la mostruosità di un soggetto che avrebbe avuto la volontà di provocare tante morti». Convinzione che invece il pm aveva sostenuto ripercorrendo «dieci anni, dal 1976 al 1986, di scelte ininterrotte e consapevoli da parte di Schmidheiny; decise di continuare a utilizzare l'amianto anche quando c'erano già altre tecnologie e materiali alternativi». Nel Palazzo di Giustizia di Torino, però, questa tesi non è passata.

[SIL. MOS.]

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI



UNA CURA AL MESOTELIOMA: LA NUOVA BATTAGLIA DI CASALE CONTRO L'AMIANTO CHE UCCIDE

SILVANA MOSSANO

Questo dramma di morti nella malapolvere e per la malapolvere sembra non finire mai. La giustizia, che potrebbe e dovrebbe placare l'inquietudine di un torto subito, pare più invisibile della fibra che provoca la morte di mesotelioma. Perché, a Casale Monferrato e non solo, dove si è sparso amianto come polvere di stelle, un torto l'abbiamo subito, inconsapevoli e inermi.

Per cinque anni si sono esposte bandiere tricolore lungo tutto il percorso del maxiprocesso Eternit in cui era stato contestato il reato di disastro ambientale doloso. Restò in piedi, con relative condanne, per due gradi di giudizio, poi franò in quello che avrebbe dovuto sancire la sua definizione: la Cassazione concluse tutto nella prescrizione. La procura di Torino tirò fuori altre carte e imboccò un'altra via, peraltro tra le righe evocata dalla Suprema Corte, quella di un procedimento per le morti singole, anziché il reato collettivo di disastro. Ne compilò un elenco di 258: sono soltanto un campione, incompleto, dei lutti di questa città. E accusò l'ultimo dei proprietari di Eternit Italiana ancora vivente, l'imprenditore svizzero Stephan Schmidheiny, di aver messo in conto consapevolmente che questi uomini e queste donne, madri e padri di famiglia, figli che hanno preceduto contro natura i genitori, fratelli, sorelle avrebbero potuto morire per l'amianto che usciva largamente dalla fabbrica, e volteggiava nell'aria, nei cortili, nelle case. Anche questa ipotesi non va. Un giudice non ha ritenuto fondata questa consapevolezza,

questa «volizione» in gergo giuridico, da parte dell'imputato. Non nega una colpa cosciente, cioè la previsione, nell'agire dell'imputato, che delle persone sarebbero morte, ma esclude la volontà specifica di aver agito per quello scopo. Colpa e non dolo. E il fascicolo è stato smembrato in quattro parti, i tempi per incardinare nuovi procedimenti si allungano, il gufo della prescrizione è in agguato.

E allora che si fa? Si piange? Ci si sfoga dando la colpa a pubblici ministeri, a giudici, ad avvocati? No, si va avanti. Ci sono già tanti ragazzi che hanno raccolto l'eredità di chi adesso un po' stanco lo è davvero. Sì, si va avanti.

Altri magistrati prenderanno in mano quelle carte e proveranno a ragionare per capire se esistono altre ricostruzioni possibili. Quando si arriverà a celebrare quei processi sarà durissima, perché si apriranno, come non si è mai fatto prima, le porte di ogni casa, di ogni camera da letto, di ogni stanza di ospedale dove sono passate le vittime, dove i loro familiari le hanno viste soffrire, impaurite quanto dignitose. Si va avanti perché, per sopire questa inquietudine, e per superare quest'angoscia latente, c'è bisogno di mettere ordine. C'è un modo: trovare la cura che sconfigga il mesotelioma. Di mal d'amianto si deve guarire. In fretta. È un'illusione sperare che la giustizia passi anche attraverso la disponibilità responsabile, autentica e scevra da ricatti, da parte del magnate svizzero verso un risarcimento senza limitazioni, etiche e quantitative, a priori, che porti a compimento la ricerca di una cura salvifica?

© RYN/ND AL CUNO DIRITTI RISERVATI



Martedì 29 NOVEMBRE 2016

Amianto. Presentato in Senato il Testo unico. Fabbri (Pd): “Dà certezza giustizia alle vittime”

Il provvedimento, elaborato dalla Commissione parlamentare d'inchiesta sul fenomeno degli infortuni e delle malattie professionali in collaborazione con l'Università degli Studi di Milano, è stato presentato oggi a Palazzo Giustiniani nel corso della II Assemblea nazionale sull'Amianto. Per la presidente della commissione Camilla Fabbri: "È un punto di partenza ed è a disposizione delle associazioni e di tutte le realtà per eventuali suggerimenti". [IL TESTO](#)

“Il testo Unico sull'amianto nasce per riordinare e integrare tutta la complessa e contraddittoria normativa, garantendo efficacia all'azione legislativa e amministrativa, ma anche certezza di giustizia alle vittime e alle loro famiglie. A 24 anni dalla legge 257, con cui nel 1992 è stato bandito l'amianto, ancora molta strada deve essere compiuta, come dimostra l'inchiesta della nostra Commissione che ci ha portato, solo per citare alcune realtà, all'ex isochimica di Avellino e a Casale Monferrato". Così oggi la presidente della Commissione parlamentare d'inchiesta sul fenomeno degli infortuni e delle malattie professionali, Camilla Fabbri, è intervenuta a Palazzo Giustiniani alla II Assemblea nazionale sull'Amianto nel corso della quale è stato presentato il ddl per il Testo Unico sull'amianto, elaborato dalla Commissione stessa con la collaborazione dell'Università degli Studi di Milano.

"Questo Testo unico, contenuto nel ddl a mia prima firma - ha spiegato - vuole essere un punto di partenza ed è a disposizione delle associazioni e di tutte le realtà per eventuali suggerimenti. Sono 128 articoli suddivisi in 8 titoli che toccano diverse materie: dall'ambiente alla sicurezza del lavoro, dallo sviluppo alla giustizia. Le più importanti novità sono: l'obbligo di denuncia e di bonifica, esteso a tutti gli edifici, compresi quelli privati, per poter garantire una mappatura affidabile da parte di Regioni e Asl e l'obbligo di trasmissione da parte del medico e dell'Asl ai Centri operativi regionali (Cor) delle informazioni relative ai pazienti, in caso di accertamento della malattia, ai fini dell'inserimento nel registro tumori presso l'Inail (ReNaM)".

"Obiettivo infatti - ha aggiunto Fabbri - è mappare tutto l'amianto e censire le patologie, senza più discrepanze regionali. Ci sono poi le misure per la riconversione delle aree industriali dismesse, perché l'amianto sia anche una occasione di sviluppo, e l'istituzione dell'Agenzia Nazionale Amianto. Sul piano processuale, abbiamo previsto il raddoppio dei termini delle indagini preliminari e della prescrizione e il patrocinio a spese dello Stato per le vittime dell'amianto e i familiari, perché sia garantita giustizia".

Il provvedimento è composto di 128 articoli suddivisi in 8 titoli: 1) Disposizioni generali 2) Tutela dell'ambiente 3) Tutela della sicurezza del lavoro 4) Tutela della salute collettiva 5) Misure previdenziali 6) Incentivi per gli interventi di bonifica 7) Agenzia Nazionale Amianto 8) Sanzioni, disposizioni processuali e abrogazioni.

Titolo 1 – Disposizioni generali

individua il campo di applicazione: tutte le strutture edilizie, pubbliche e private; siti industriali dismessi; mezzi di trasporto; macchinari. Novità rispetto alla legge 257/92 che si occupa principalmente di edifici pubblici.

Titolo 2 – Tutela dell'ambiente

a) individua il soggetto titolare degli obblighi funzionali alla bonifica coincidente con il proprietario dell'edificio o dei beni e, nel caso di proprietà in condominio, con l'amministratore condominiale. Novità è dunque l'introduzione di un soggetto "obbligato" a bonificare anche l'"ambiente di vita" e non solo il luogo di lavoro.

b) introduce l'obbligo di valutazione del rischio e di denuncia degli edifici o dei beni che possono emanare fibre di amianto per una vera mappatura da parte di Regioni e Asl, che devono formulare il piano regionale amianto. Ancora non esiste infatti una mappatura omogenea.

Titolo 3 – Tutela della sicurezza del lavoro

si amplia il novero delle attività lavorative anche a quelle che espongono ad un rischio indiretto nonché a quelle che possono causare un rischio per l'ambiente esterno: si stabilisce l'obbligo del datore di lavoro di occuparsi non solo dei dipendenti ma anche della collettività.

Titolo 4 – Tutela della salute collettiva

a) si prevede l'obbligo di trasmissione da parte del medico e dell'Asl ai Centri operativi regionali (Cor) delle informazioni acquisite, in caso di accertamento di patologia, ai fini dell'inserimento nel registro tumori presso l'Inail (ReNaM). Per questo viene introdotta l'omissione di referto per il medico che non segnala e l'omissione di atti di ufficio per il Cor che non registra.

b) il ReNaM non più registro solo dei mesoteliomi ma anche degli altri tumori determinati dalle fibre asbestiformi.

Titolo 5 – Misure previdenziali

per ottenere il beneficio pensionistico previsto per i lavoratori esposti all'amianto per un periodo non inferiore a 10 anni, come vuole la normativa, si stabilisce che l'Inail debba computare anche permessi, festività, ferie, periodi di sospensione per malattia o infortunio o collocamento in cassa integrazione.

Titolo 6 – Incentivi per gli interventi di bonifica

introduce misure per la riconversione e riqualificazione delle aree industriali dismesse previa individuazione parte delle Regioni d'intesa con i Comuni. Per rendere i progetti rapidamente attuabili, essi devono essere adottati tramite accordi di programma. Progetti che devono prevedere la destinazione di una quota non inferiore al 20% a finalità di servizio pubblico e per edilizia residenziale sociale.

Titolo 7 – Agenzia Nazionale Amianto

istituisce una Agenzia per l'acquisizione dei censimenti e dei piani regionali; la formazione del personale ispettivo e tecnico anche di Asl, dell'Ispettorato Nazionale, dell'Inps, dell'Inail; il coordinamento nazionale della vigilanza; la costituzione dell'albo dei consulenti tecnici e dei periti.

Titolo 8 – Sanzioni, disposizioni processuali e abrogazioni

a) i termini delle indagini preliminari e della prescrizione vengono raddoppiati in caso di processi per i reati di disastro, lesioni e morti per malattie asbesto derivate.

b) si impone l'obbligo speciale di ricorrere all'incidente probatorio per la testimonianza della persona offesa e per la perizia (testimonianze e perizie anticipate nella fase di indagine).

c) si garantisce il patrocinio a spese dello Stato per le vittime dell'amianto e i familiari nell'ambito dei processi per disastro, omicidio, lesioni.

IL GOVERNATORE SPONSOR DEL NO

Il premier nega i 50 milioni ai bimbi malati per «punire» Emiliano

Giuseppe Marino

L'intrigo si gioca tutto in una notte, quella in cui la commissione Bilancio della Camera procede non stop per completare l'esame degli emendamenti alla manovra finanziaria inzeppata di «mance» referendarie. A sorpresa uno degli emendamenti che fino a poche ore prima era blindato, viene «scaricato» dal governo: è lo stanziamento da 50 milioni di euro destinato alla Asl di Taranto per la cura dei malati di tumore

legati all'Ilva. Categoria nella quale sono rientranti tanti bambini ai cui genitori, raccolti in un'associazione, il premier aveva promesso un appoggio, giurando di essere più fedele a questo impegno che «agli astrusi regolamenti dell'Unione Europea», tormentone del premier versione antieuropeista. Si scopre solo ora un retroscena velenoso dietro quella scelta incomprensibile: sarebbe stato un siluro contro il governatore della Puglia Emiliano, schierato per il No al referendum.

a pagina 5

Il premier toglie i soldi ai bimbi malati di tumore per punire Emiliano

Lo stop ai fondi per le vittime dell'Ilva ripicca per il No. Renzi: intesa da 1 miliardo con i Riva

LA POLEMICA

di Giuseppe Marino

Roma
L'intrigo si gioca tutto in una notte, quella in cui la Commissione Bilancio della Camera procede non stop per completare l'esame degli emendamenti alla manovra finanziaria inzeppata di «mance» referendarie. A sorpresa uno degli emendamenti che fino a poche ore prima era blindato, viene «scaricato» dal governo: è lo stanziamento da 50 milioni di euro destinato alla Asl di Taranto per la cura dei malati di tumore legati all'inquinamento dell'Ilva. Categoria in cui sono rientranti tanti bambini ai cui genitori, raccolti in un'associazione, Renzi aveva

promesso un appoggio, giurando di essere più fedele a questo impegno che «agli astrusi regolamenti Ue», tormentone del premier versione antieuropeista. Si scopre solo ora un retroscena velenoso dietro quella scelta incomprensibile: sarebbe stato un siluro contro il governatore Emiliano schierato per il No al referendum.

Quella notte, il presidente della Commissione, Francesco Boccia, che da pugliese conosce bene la vicenda resta di stucco. Tanto da sospendere la seduta e andare a parlare con i rappresentanti del governo: il mancato appoggio a quell'emendamento, debolmente motivato, è incomprensibile. Il faccia a faccia si svolge nell'aula della commissione

Giustizia: un confronto aspro, i toni salgono. Ma non c'è niente da fare: da Palazzo Chigi non arriva il via libera. La Commissione tenta di recuperare bloccando 50 milioni di euro nelle tabelle collegate alla legge di Bilancio, ma anche questa mossa ha lo stop.

Poche ore dopo però il caso esce dalle stanze del Parlamento e scatena una bufera: il governo, che ha elargito denaro a



pioggia a tutte le categorie da cui si aspetta di racimolare un Sì il 4 dicembre, viene accusato di togliere denaro ai bambini malati di tumore, a Taranto scoppia un mezzo tumulto. Il sottosegretario alla presidenza del Consiglio Claudio De Vincenti capisce che il cerino rischia di restare acceso in mano a lui e si affretta a sfilarsi, promettendo che porrà presto rimedio. Il giorno dopo Renzi scarica il barile sul collega di partito: «Ha deciso il presidente della commissione di Bilancio». Boccia però non ci sta e minaccia di mostrare gli sms di quella notte convulsa in cui è scoppiato il caso. Sms che, giura, proverebbero che è stata una scelta del governo. De Vincenti parla di strumentalizzazioni, ma in realtà conferma il ruolo del governo nello stop, quando dice che la norma è stata bocciata «perché non chiariva l'utilizzo effettivo delle risorse e questo non si può proprio fare».

Ma la spiegazione non regge. Dietro lo stop ci sarebbe invece la volontà di Renzi di punire l'ex amico Michele Emiliano. Secondo l'*Huffington Post*, il governatore della Puglia il 9 novembre avrebbe avuto un incontro riservato a Palazzo Chigi con Renzi, che gli chiedeva di cambiare idea sul No o almeno di tenere un profilo basso. Finisce in lite. E Renzi, si sa, non perdona chi disobbedisce. E decide di mandare un segnale a Emiliano: occhio che i cordoni della borsa ce li ho in mano io. Senza rendersi conto del rischio boomerang, essendoci di mezzo dei bimbi malati. Poi cerca di rimediare a scoppio ritardato. Infatti ieri sera, nella diretta *Facebook*, Renzi annuncia: «Si è conclusa la contrattazione tra la famiglia Riva e Ilva: in arrivo oltre un miliardo di euro».

La vicenda

L'emendamento

Nella legge di Stabilità viene inserito un emendamento che destina 50 milioni di euro per i presidi medici di Taranto che devono far fronte all'emergenza dell'Ilva

Il colpo di mano

In commissione Bilancio alla Camera il testo, e lo stanziamento conseguente, sparisce. Il premier attribuisce la responsabilità al presidente di commissione Boccia (Pd)

La guerriglia

Il governatore della Puglia Michele Emiliano, mai tenero nei confronti del premier, ma che si era astenuto dalla campagna a favore del No aspetta Renzi sabato per un confronto

FURIBONDO
Il governatore della Puglia Michele Emiliano aspetta il presidente del Consiglio Matteo Renzi per sabato 3 dicembre. L'accoglienza non sarà calorosa: dalla manovra sono spariti 50 milioni per curare i malati a causa dell'Ilva



TARANTO La lettera dei genitori: "Era stato lei a usare i nostri figli contro l'Ue"

Le mamme dei bambini malati di cancro: "Il governo di Erode"

■ "Se l'Europa vuole impedire di salvare i bimbi di Taranto ha perso la strada per tornare a casa", diceva il primo ministro. Noi, dicono oggi i parenti delle vittime, "non vogliamo elemosine"

A PAG. 7

LA LETTERA

Tumori dei bambini I genitori: "Certi che, come altre volte, non risponderà"

"Su Taranto le menzogne di un Erode"



Incontro rifiutato

"Forse temeva si parlasse di soldi, ma volevamo riportarle indietro le sue parole sui nostri bambini"

Signor Matteo Renzi, presidente del Consiglio, per la seconda volta, come Genitori tarantini, Le scriviamo certi del fatto che, come successo in precedenza, non otterremo risposta. Ci preme, tuttavia, rimarcare la Sua posizione nei confronti della città di Taranto, ancora una volta vittima delle Sue irrispettose menzogne.

Intanto, ci stupisce il fatto che Lei abbia voluto dedicare un pensiero al nostro sit-in, tra l'altro bollandolo come stravagante e strumentale per il solo fatto di essere stato organizzato nel giorno del silenzio elettorale, e neppure una parola sulla nostra richiesta di incontrarla. Come Lei ben saprà, il sit-in è solo un modo per accompagnare la delegazione che dovrebbe incontrare il presidente del Consiglio, ma è seconda all'incontro stesso. Non sappiamo quale sia la Sua idea, ma la nostra è che il gior-

no del silenzio elettorale non è una festa comandata, non è un momento di sospensione delle attività istituzionali; in questo giorno, la Sua carica e le Sue responsabilità istituzionali non vanno in vacanza.

Ci appare chiaro come il sole che Lei non ha alcun interesse verso i problemi della città di Taranto che, vogliamo ricordarLe, è a tutti gli effetti un territorio dello Stato italiano e non un "possedimento" dello Stato italiano. Al di là dei proclami da Lei enunciati durante la Sua prima visita nella nostra città, nulla ha fatto di quanto promesso. "Se l'Europa vuole impedire di salvare i bambini di Taranto ha perso la strada per tornare a casa. Io sono più fedele agli impegni con quei bambini che a qualche regolamento astruso dell'Ue." Sì, primo ministro, sono Sue parole. Aveva dichiarato che ai bambini di Taranto avrebbe pensato Lei. C'è un precedente storico di grande effetto, per questo: Erode.

D'altro canto, proprio la Corte europea dei Diritti dell'Uomo, grazie alla denuncia dei tarantini, ha aperto una procedura di urgenza proprio contro lo Stato italiano. E Lei si preoccupa del silenzio elettorale? Lei e i suoi ministri fate secretare i risultati degli ultimi rapporti sanitari che riguardano la città di Taranto, ma solo fino a 7 dicembre? Riparlerete dei 50 milioni, ritor-

nati nel cilindro del prestigiatore, solo il 12 dicembre? Farete tutto questo dopo il referendum? Signor Renzi, il silenzio elettorale non ferma l'insopportabile ed inumana emergenza sanitaria che colpisce in altissime percentuali i tarantini.

Lei ha temuto che si sarebbe parlato di soldi, temendo che Lei potessimo ricordare quei capitoli di spesa ben più consistenti che avete pensato di destinare ad un torneo di tennis o quelli già destinati a quel popolarissimo sport che chiamano golf. Tranquillo, seppur importanti, i 50 milioni sono solo una misera considerazione del danno che avete procurato, Lei e i Suoi predecessori, a Taranto, ai suoi figli e al suo futuro; un minimo indennizzo per gli omicidi di Stato.

No, Presidente, saremmo venuti per riportarLe indietro le Sue stesse parole sui bambini di Taranto che tanto hanno offeso la città fondata dagli Spartani. Siamo in attesa di un Suo invito in altra



data, perché i genitori tarantini non partono per venire a Roma ed essere additati come elemosinanti. In genere, vengono a Roma per fare curare i propri figli.

**ASSOCIAZIONE DEI GENITORI
TARANTINI DEI BAMBINI
MORTI PER TUMORE**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



In piazza per Taranto *LaPresse*



Non solo Ilva L'impianto *Ansa*

Obbligo vaccini, plauso del governo

«Trieste esempio da seguire». Il Comune annuncia controlli a tappeto. No del Codacons

«Una scelta molto coraggiosa e molto condivisibile». È una promozione a pieni voti quella espressa dal governo, per voce del sottosegretario alla Sanità [Vito De Filippo](#), nei confronti del Comune di Trieste, primo in Italia ad aver introdotto i vaccini obbligatori per i bimbi iscritti all'asilo. Ma, mentre il Comune annuncia controlli a tappeto, il Codacons annuncia battaglia.

■ BALLICO E SARTI ALLE PAGINE 2 E 3

SALUTE » IL CASO

Vaccini obbligatori in asilo il governo approva Trieste

Il [sottosegretario De Filippo](#): «Scelta molto condivisibile e coraggiosa»

Telesca avverte il centrodestra: «Non strumentalizzi la sicurezza dei bimbi»

Per il braccio destro del **ministro** vanno appoggiati i **territori** che promuovono «azioni **determinate**» su questa linea

“ L'INFORMAZIONE DISTORTA

Il 35% dei siti che segue questi temi invita alla rivolta

“ IL MODELLO EMILIA ROMAGNA

A tracciare la strada è stato il governatore Bonaccini

“ L'APPELLO AI SINDACI

Dipiazza invita ora altri colleghi a seguire il proprio esempio

di **Marco Ballico**

► TRIESTE

«Una scelta molto coraggiosa e molto condivisibile». È una promozione a pieni voti quella espressa dal governo, per voce del sottosegretario alla Sanità [Vito De Filippo](#), nei confronti del Comune di Trieste, primo in Italia ad aver introdotto i vaccini obbligatori per i bimbi iscritti all'asilo. Una scelta che il braccio destro del ministro [Lorenzin](#) spera possa essere imitata anche da altre città italiane.

«Quando vediamo che territori come l'Emilia e Trieste calano azioni così determinate, non possiamo che essere soddisfatti. La copertura vaccinale nel Paese è scesa pericolosamente anche a causa di una straordinaria disinformazione sul tema. Basta pensare che il 35% dei siti che parlano di vaccini sono contro i vaccini stessi. Dobbiamo far capire alle famiglie che non esistono rischi per i loro bambini: quella delle vaccinazioni è stata una delle grandi rivoluzioni che hanno interessato l'Italia

al pari dell'acqua potabile».

Infine un messaggio forte e chiaro rivolto alla Regione che, finora, aveva sempre chiarito di



considerare l'opzione dell'obbligatorietà dei vaccini come l'*extrema ratio* e di voler privilegiare la strada dell'informazione. «Quello sicuramente è il primo passo da compiere, ma rischia di non essere sufficiente - conclude De Filippo -. Dobbiamo combattere con gli strumenti più efficaci questo "tsunami" della disinformazione». Musica per le orecchie degli esponenti dell'opposizione come la forzista Sandra Savino, che definisce l'iniziativa del Comune di Trieste «scelta intelligente». Ma Maria Sandra Telesca, su un tema che diventa in fretta materia da botta e risposta, invita a non strumentalizzare: «Le vaccinazioni, e in generale la protezione sanitaria dei bambini e di tutta la popolazione, non devono diventare arma di scontro politico».

L'assessore regionale alla Salute non contesta, non si oppone, ma chiarisce: «Abbiamo sempre tenuto aperta l'opzione di introdurre l'obbligatorietà a livello regionale, ma in prima istanza vogliamo percorrere la strada dell'informazione, della persuasione e del coinvolgimento. Su questa strada - prosegue -, i medici e gli operatori sanitari svolgono un ruolo fondamentale nello stabilire e mantenere un impegno costante nella comunicazione, tenendo alta la fiducia nelle vaccinazioni».

I dati che collocano Trieste sotto la soglia di guardia del 95%, tanto che Roberto Dipiaz-

za parla di «pericoloso campanello d'allarme»? Telesca ricorda il percorso regionale di sensibilizzazione: «È già stato convocato un incontro con l'Ordine dei medici, vedremo anche i pediatri di libera scelta, i medici di medicina generale e le ostetriche, e faremo in modo di coinvolgere e stimolare pure i professionisti in questa campagna. Abbiamo, non da oggi, l'obiettivo di alzare sensibilmente le percentuali dei bambini vaccinati in regione. E seguiamo da vicino quanto si sta sviluppando a livello di legislazione nazionale - conclude l'assessore -, in particolare l'ipotesi avanzata dalla presidente della commissione Igiene e Sanità del Senato, Emilia Grazia De Biasi, di una legge in cui l'elemento prescrittivo sia in equilibrio con quello culturale e di responsabilità sociale».

Da parte del centrodestra arriva al contrario un plauso incondizionato alla decisione della maggioranza triestina. «Scelta intelligente», dice appunto la segretaria regionale di Fi Savino, «visto che la salute pubblica deve prevalere su assurde convinzioni che non hanno riscontri scientifici». Ma anche una scelta «logica». Non a caso, insiste Savino, «l'Emilia Romagna ha fatto un intervento deciso, peraltro incassandosi l'appoggio di Serracchiani. Visto che proprio l'assessore Telesca ha detto che la questione non va strumentalizzata politicamente, au-

spico che sostenga con forza l'iniziativa dell'amministrazione giuliana anche se non è del suo colore politico».

Deciso anche Dipiazza: «Sono i sindaci e le giunte comunali che devono avere il coraggio di fare le scelte, esercitando le proprie prerogative e senza tentennamenti in attesa di provvedimenti calati dall'alto». Scelte, rimarca il sindaco, «da prendere nell'interesse del cittadino. Che Trieste sia il primo Comune d'Italia a volere le vaccinazioni obbligatorie dei bambini per accedere agli asili, mi auguro venga preso come esempio». Perché le vaccinazioni, «oltre a garantire la protezione individuale dei nostri bambini, riducono il rischio di contrarre le malattie fra gli altri componenti della comunità dato che si abbassa la possibilità di trasmissione dell'agente patogeno».

Dall'assessore Brandi arriva infine un richiamo alla Regione: «Abbiamo adottato l'obbligo della vaccinazione per i bambini che frequentano gli asili comunali e convenzionati a Trieste per superare l'inerzia di un'amministrazione Fvg per quale questa decisione deve essere uno stimolo a legiferare». Chiusura con stoccata: «Serracchiani da una parte plaude all'iniziativa dell'Emilia Romagna, ma dall'altro non ha finora avuto il coraggio di fare in Fvg quello che invece ritiene giusto per altre regioni».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Vaccini. Anche a Trieste obbligatori per iscriversi all'asilo

**La scelta sulle orme
dell'Emilia Romagna
Intanto il Veneto vara
misure straordinarie: non
si scenderà più sotto il
90% di copertura**

Vaccini, il fronte dell'obbligatorietà per l'accesso agli asili – aperto settimana scorsa dalla Regione Emilia Romagna – si allarga. Da ieri Trieste è la prima città in Italia ad aver introdotto la norma: d'ora in poi solo bimbi vaccinati negli asili di competenza comunale e in quelli del privato convenzionato. I regolamenti sono stati modificati dal consiglio comunale, che ha approvato la delibera proposta dall'assessore all'Infanzia, Angela Brandi.

La decisione arriva in un contesto che vede una flessione significativa del ricorso alle vaccinazioni in Friuli Venezia Giulia, con proprio Trieste attestata decisamente sotto la soglia del 95%, che garantisce il mantenimento della sicurezza nella salute pubblica (antidifterica, anti-tetanica, antipolio e antiepatite B registrano rispettivamente percentuali dell'89%, 91%, 92% e 89%). Ulteriore impulso alla scelta è venuto poi dai casi di tubercolosi che hanno riguardato alcuni bambini contagiati inavvertitamente da una pediatra che aveva contratto il virus. La misura varrà sia i nidi che per le scuole d'infanzia, andando dunque a coprire il segmento da 0 a 6 anni. A Trieste sono circa 4mila i bambini interessati. Il provvedimento sarà attivo da inizio 2017, quando si apriranno le iscrizioni al prossimo anno scolastico. Le vaccinazioni andranno attestate da un'autocertificazione, ma il Comune ha già annunciato verifiche a tappeto. Sempre ieri anche il Veneto ha deciso per un cambio di passo in tema di vaccinazioni: l'obbligo qui per ora non verrà reintrodotta, ma una delibera approvata su proposta dell'assessore alla Sanità Luca Coletto e presentata dal presidente Luca Zaia e dallo stesso assessore prevede delle misure straordinarie per il recupero delle coperture vaccinali in età pediatrica in regione. Nelle scuole dell'infanzia e materne dove la percentuale di bambini vaccinati dovesse scendere sotto il 90% non sarà più possibile che si iscrivano altri bambini non vaccinati.



L'EMERGENZA DIETRO I DATI ISTAT

Stipendi bassi, malasana e sistema in crisi Così mille medici l'anno fuggono all'estero

Aumento record dei camici bianchi espatriati: +596% dal 2009 al 2014

Francesca Angeli

Roma L'Italia regala ogni anno all'estero mille Ferrari rosso fiammante pronte per la Formula Uno. Macchine brillanti costruite nel nostro Paese che invece corrono per la Svizzera, la Danimarca o l'Inghilterra. Una metafora efficace per capire quanto sta perdendo il nostro Paese in termini di capitale umano a causa di quello che è un vero e proprio esodo di laureati in medicina. I dati Istat implacabili raccontano un aumento esponenziale dei medici che si rivolgono al [ministero della Salute](#) per ottenere la documentazione utile per esercitare all'estero. Erano 396 nel 2009 e sono saliti a 2.363 nel 2014, un incremento pari al 596 per cento. E nel 2015 per i soli laureati in medicina e chirurgia il dicastero ha rilasciato 1.112 attestati di conformità e 1.724 attestati di *good stan-*

ding, le certificazioni richieste per lavorare all'estero. L'Anao Assomed, sindacato degli ospedalieri, segnala un'emorragia pari a un migliaio di camici bianchi all'anno.

Una perdita enorme da punto di vista economico perché la formazione di un medico costa circa 150mila euro, più o meno come una Ferrari, appunto. La prima ragione dell'esodo è lo stipendio. All'estero i medici guadagnano il doppio o il triplo di quello che incasserebbero dal nostro Servizio sanitario nazionale. In Svizzera un medico al primo anno di assunzione guadagna circa 80mila euro lordi, sicuramente più del doppio rispetto allo stipendio che percepirebbe in Italia. Ma circoscrivere a motivazioni puramente economiche la diaspora dei camici bianchi sarebbe riduttivo. Il problema è più complesso e riguarda an-

che il riconoscimento della professionalità di chi lavora negli ospedali. Negli ultimi anni sono aumentate in modo esponenziale le denunce a carico dei medici per presunti casi di malasana, che poi nella maggioranza dei casi si sono rivelati infondati. Parallelamente è aumentata a dismisura la cosiddetta medicina difensiva. Purtroppo spesso la prima preoccupazione di un medico è che il paziente possa fargli causa «a prescindere». Alla fuga dei medici giovani nel corso dei prossimi 10 anni si affiancherà il pensionamento di migliaia di medici, quelli della generazione del baby boom. Progressivamente usciranno dalla professione circa 47.300 medici specialisti del Ssn, a cui aggiungere circa 8.200 tra medici universitari e specialisti ambulatoriali oltre a circa 30mila medici di famiglia. E il turn over è limitato al 50 per cento.

150mila

Il costo totale, in euro, della formazione universitaria di un medico in Italia. Pari più o meno al prezzo di acquisto di una Ferrari

2.363

I medici che nel 2014 hanno chiesto al [ministero della Salute](#) la documentazione per poter esercitare all'estero



Martedì 29 NOVEMBRE 2016

Medici in fuga dall'Italia. E il Servizio sanitario nazionale rischia di restare senza 7.280 ospedalieri. Il dossier e le proposte dell'Anaa

Ogni anno circa 1.000 laureati o specialisti emigrano all'estero in cerca di un futuro professionale che l'Italia non riesce ad offrire. Ma di questo passo, e con oltre 80.000 pensionamenti attesi nei prossimi 10 anni, il Ssn rischia di trovarsi senza il numero di medici necessario a tenere in piedi il sistema: 7.280 i soli specialisti ospedalieri che non si riuscirebbe a rimpiazzare. La ricetta Anaa? Una seria programmazione dei posti nelle Università e nelle Scuole di Specializzazione e la trasformazione del contratto di formazione-lavoro per anticipare l'incontro tra i due mondi. [Il dossier](#)

Gli imbuti formativi (ovvero il gap tra numero di accessi alle Scuole di Medicina e Chirurgia e l'insufficiente numero di contratti specialistici, dilatato enormemente negli ultimi anni da ricorsi al Tar) e lavorativi (la difficoltà di esaurire un'alta domanda occupazionale post laurea e post specialistica) stanno inducendo di anno in anno una importante emigrazione di medici italiani verso altri paesi europei, Francia, Germania, Svezia, Danimarca, Regno Unito e Svizzera in particolare, oltre che verso gli Stati Uniti. Secondo dati Istat, i professionisti del settore sanitario che hanno chiesto al Ministero della Salute la documentazione utile per esercitare all'estero sono passati da 396 nel 2009 a 2363 nel 2014 (+ 596%). Nel 2015 per i soli laureati in Medicina e Chirurgia, il Ministero della Salute ha rilasciato 1112 attestati di conformità e 1724 attestati di good standing. Nel Regno Unito, secondo i dati del General Medical Council, i medici italiani che prestano servizio sono più di 3000, rappresentando l'1,1% degli iscritti nel 2014. Tra il 2014 e il 2015 sono aumentati di circa 200 unità. Oramai siamo a circa 1000 laureati o specialisti che emigrano ogni anno.

Per l'Italia il costo della formazione per singolo medico si aggira intorno a 150.000 euro. In termini economici, è come se regalassimo mille Ferrari all'anno agli altri paesi europei ed extra europei. Ovviamente il danno non è solo economico. Noi perdiamo talenti, intelligenze, saperi professionali, sottratti per incuria alla sostenibilità qualitativa del nostro Ssn e più in generale allo sviluppo scientifico e culturale del nostro Paese.

Anche il blocco del turnover sta incidendo pesantemente sulle dinamiche di sostenibilità del nostro Ssn. Il ricambio generazionale è bloccato e con esso quel trasferimento di conoscenze e capacità tecniche sostenuto dalla fisiologica osmosi tra generazioni professionali diverse. Nel 2017, se non cambiano le politiche sull'assunzione in servizio, l'età media dei medici ospedalieri sarà superiore a 55 anni, la più alta nel panorama europeo e la seconda al mondo dopo Israele (Dati Oecd 2015).

La responsabilità di questo spreco di risorse umane ed economiche ha precise connotazioni.

La crisi economica del 2008 si è portata dietro un importante de-finanziamento del Ssn che solo recentemente sembra rallentare. Il controllo della spesa per il personale è diventata la leva principale di intervento per raggiungere l'equilibrio economico nelle regioni in piano di rientro.

L'assunzione del personale è bloccata dalla Legge 191/2009, che vieta, per questo settore, una spesa superiore a quella del 2004 ridotta dell'1.4%. Il turnover di fatto è limitato al 25-50% delle uscite. Dal 2009 al 2014 il numero dei medici dipendenti a tempo indeterminato si è ridotto di 7.000 unità. Nelle Aziende sono così dilagate le assunzioni di specialisti convenzionati o con contratti atipici o libero professionali.

Lo scenario che si prospetta nei prossimi 10 anni nel Ssn è drammatico. Da un lato l'uscita dal sistema per pensionamento di circa 47.300 medici specialisti del Ssn, a cui aggiungere circa 8.200 tra medici universitari e specialisti ambulatoriali, e dall'altro circa 14.300 precari tra tempi determinati e contrattisti alla ricerca di una

stabilizzazione definitiva del loro rapporto di lavoro. L'esodo diventa biblico se aggiungiamo anche i circa 30.000 medici di medicina generale che raggiungeranno i criteri di quiescenza nei prossimi 10 anni (Dati Enpam 2016).

L'impovertimento delle dotazioni organiche, in un settore dove il lavoro umano e il saper fare sono fondamentali per erogare buone cure, è un rischio non trascurabile. Lo sblocco del turnover e la stabilizzazione di tutto il precariato diventano due necessità ineludibili per garantire le caratteristiche di equità e universalità su cui si fonda il nostro Ssn nonché la qualità dei servizi.

In tutta evidenza il futuro del Ssn è determinato dal numero e dalla qualità dei nuovi specialisti, aspetti attualmente di esclusiva pertinenza dell'Università. Fino a quando la Legge non consentirà l'ingresso del medico non specialista in Ospedale, per formarlo in quella sede, come in tutto il mondo occidentale, il Ssn non ha alcuna autonomia nella definizione del proprio fabbisogno futuro.

È possibile arrivare a migliori risultati attraverso una collaborazione stretta fra l'Università e gli Ospedali, che devono essere coinvolti, in tutta la rete ospedaliera, per consentire agli specializzandi di svolgere quelle attività pratiche previste dalla normativa e che, per ovvii motivi di dotazione di posti letto e casistiche operatorie, non può essere garantita dalla sola Università. Se ogni specializzando deve acquisire conoscenze e abilità manuali di progressiva complessità, solo mettendo in rete una serie di strutture ospedaliere all'interno di un bacino d'utenza definito, è possibile garantirgli un percorso formativo adeguato, organizzando la sua presenza durante gli anni di specializzazione sia in strutture ospedaliere di tipo periferico, con casistica meno complessa, sia in ospedali di più elevato livello operativo.

Noi riteniamo che da queste considerazioni si possa partire per recuperare un ruolo formativo del sistema sanitario pubblico. Tale esigenza non nasce da particolari rivendicazioni categoriali, per quanto legittime, ma dalla consapevolezza del contributo fondamentale che il Ssn può dare alla formazione medica orientando i nuovi professionisti verso il "saper fare" e verso quei valori di qualità, efficacia, appropriatezza, corretto uso delle risorse e attenzione al sociale che possono rendere equo e sostenibile il servizio sanitario pubblico in un'epoca di risorse economiche limitate.

In concreto, pensiamo che aumentare il numero degli studenti iscritti al corso di laurea in Medicina e Chirurgia, al di fuori da seri studi di programmazione che tengano insieme aspetti demografici, dinamiche pensionistiche, esigenze del sistema in termini di formazione, qualità e quantità del personale, non risolve il problema della prossima carenza di medici specialisti perché i primi risultati si vedrebbero solo dopo 10-11 anni. Inoltre si rischia di ripetere, nel lungo periodo, il fenomeno della plethora medica.

Noi proponiamo in base ai dati illustrati che il numero dei posti per la Scuola di Medicina e Chirurgia debba essere limitato a circa 6.500 ogni anno, mentre le borse di studio per la formazione post laurea dovrebbero aumentare fino a circa 7.200, magari anche con finanziamenti europei considerata l'emigrazione dei nostri laureati e specialisti verso altri paesi della Comunità.

Una strozzatura è data dall'imposizione del titolo di specializzazione come requisito di accesso al lavoro nel Ssn. Occorre, pertanto, anticipare l'incontro tra il mondo della formazione e quello del lavoro, oggi estranei l'uno all'altro, animati da conflittualità latenti o manifeste e contenziosi infiniti, consentendo ai giovani medici di raggiungere il massimo della tutela previdenziale ed al sistema sanitario di utilizzare le energie più fresche. La soluzione consiste nella trasformazione del contratto di formazione-lavoro in contratto a tempo determinato con oneri previdenziali ed accessori a carico delle Regioni e nel conseguente inserimento dei giovani medici nella rete formativa regionale. Recuperare il ruolo professionalizzante degli Ospedali rappresenta la strada maestra per garantire insieme il futuro dei giovani medici e quello dei sistemi sanitari.

Carlo Palermo
Vice Segretario Nazionale Vicario Anaa Assomed

Fabio Ragazzo
Direttivo Nazionale Anaa Giovani

Domenico Montemurro
Responsabile Nazionale Anaa Giovani

Matteo D'Arienzo
Responsabile Regionale Anaa Giovani Emilia Romagna

Azzardo. In aumento le scommesse tra i giovani, anche minori

Convegno Cnca

Cnr: dato in contrasto con il leggero calo dei giocatori. L'intergruppo: l'erario rinunci a parte delle entrate dal gioco

Roma - Dopo anni di crescita, il gioco d'azzardo sembra registrare una battuta d'arresto. Ma tra i giovani torna a crescere. È l'allarme del Cnr, lanciato all'incontro organizzato dal Cnca al [ministero della Salute](#). Dove i parlamentari dell'intergruppo contro l'azzardo - Ap, M5s, Pd - ribadiscono l'urgenza del divieto alla pubblicità e della rinuncia dello Stato a una parte degli introiti del gioco.

Elisa Benedetti, dell'Istituto di Fisiologia clinica del Cnr, cita l'indagine Ipsad 2013-2014 da cui risulta che il 42,7% degli italiani tra 15 e i 64 anni ha giocato soldi almeno una volta; percentuale che nel 2010-2011 era al 47,3%. Peccato che tra i giovani invece gli scommettitori sono cresciuti, tra 2014 e 2015, dal 39% al 42%, con un 7% che dichiara di giocare 4 o più volte a settimana. Aumentano addirittura i giocatori minorenni, per i quali il gioco d'azzardo sarebbe vietato: il 38% tra 15-17enni (550 mila ragazzi) ha giocato d'azzardo nel 2015, nel 2014 erano il 35%.

Margherita Taddeo, responsabile azzardo di FederSerD, segnala che nel 2015 «i giocatori assistiti sono stati 13.136, di cui il 34% nuovi assistiti».

Il tentativo trasversale di vietare la pubblicità dell'azzardo, com'è noto, è stato vanificato dal voto di fiducia alla Camera sulla legge di bilancio. Ma l'intergruppo parlamentare contro l'azzardo non demorde: «Il divieto di pubblicità - dice Lorenzo Basso (Pd) - è la preconditione culturale. E dobbiamo prendere la decisione coraggiosa di mettere la salvaguardia della salute al primo posto, mettendo in conto una diminuzione delle entrate per lo Stato». Concorde Paola Binetti (Ap): «Sì, i proventi dell'azzardo debbono diminuire progressivamente. Abbiamo un governo del fare, ma sull'azzardo non fa niente. È un tabù: se finiamo la legislatura senza legiferare sull'azzardo chiudiamo con una macchia per collusione di interessi». E Giovanni Endrizzi (M5S) è preoccupato perché la clausola di supremazia nella riforma costituzionale «potrebbe resettare le leggi regionali che regolamentano l'azzardo». (L.Liv.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Benessere Donna

Home

Alimentazione

Forma & Bellezza

Medicina

Prevenzione

Ricerca

Benessere donna

Video

Salute delle donne, vivono di più ma sempre più colpite da 'malattie maschili'

E' quanto emerge dal Libro bianco di Onda sul benessere femminile. Consumano sempre più farmaci

di ELVIRA NASELLI

29 novembre 2016



DIECI anni e cinque edizioni. Tutte dedicate, come sempre, alla salute delle donne italiane. Che hanno un'aspettativa di vita più lunga rispetto agli uomini (85 anni contro 80,3), ma nel contempo consumano più farmaci e muoiono per **malattie** che un tempo erano considerate **maschili**, come le patologie cardiovascolari, l'obesità o il carcinoma polmonare. Il Libro bianco sulla **salute delle donne**, a cura di Onda (Osservatorio nazionale

sulla salute della donna), con il supporto di Farmindustria, è l'appuntamento biennale con il mondo della medicina al femminile. Un insieme di dati importanti per una specificità di genere, che vuol dire anche diverso accesso alle terapie, agli studi sperimentali, ai nuovi farmaci.

La medicina. I dati sono quelli dell'Osservasalute 2015, e disegnano una fotografia di quanto sia necessaria più attenzione per la medicina di genere e per un welfare tagliato su misura. Non è solo una questione di salute. "Le donne italiane hanno anche peggiori condizioni lavorative rispetto agli uomini – ammette **Francesca Merzagora**, presidente di Onda, che attribuisce anche i Bollini Rosa agli ospedali a misura di donna – cosa che le espone a maggiori rischi di stress, con ripercussioni sulla salute. Ma la nostra sfida resta quella di modificare l'impostazione della medicina a misura d'uomo".

Il libro. Il libro bianco è un focus sui **punti nascita, sulla fertilità e le campagne di prevenzione, sulle malattie autoimmuni, sulle fragilità delle anziane.** E anche sulla violenza di genere. Tutto in un volume, corredato anche di un'indagine conoscitiva su **800 donne tra 18 e 64 anni**, diviso in quattro parti e ricco di dati importanti.

Le donne. Vivono di più e sono più longeve, si diceva, anche se gli uomini cominciano a recuperare lo svantaggio. Ma si ammalano – prima causa di morte nella popolazione femminile – di malattie cerebro-vascolari e ischemiche del cuore. In oncologia la prima causa di morte è il cancro al seno, seguito da quello al colon retto. Le donne sono anche meno attive degli uomini, solo il 7 per cento pratica sport contro il 27,1 degli uomini, ma utilizzano più farmaci nella fascia d'età 15-64 (il 10 per cento in più). Inoltre hanno una maggiore attitudine alla



la Repubblica

tvzap la social TV

Seguici su

STASERA IN TV

21:15 - 23:00
Mio papà

21:20 - 23:40
Stasera Casa Mika

21:10 - 23:40
Biancaneve e il cacciatore

21:10 - 00:35
Le Iene Show

78/100

[Guida Tv completa »](#)

CLASSIFICA TVZAP SOCIALSCORE

1. Report

83/100

Mi piace

ILMIOLIBRO

EBOOK

medicalizzazione ma anche più reazioni avverse ai farmaci (1.7 volte rispetto ai maschi). Specificità che va indagata, anche per garantire un accesso equo ai farmaci più innovativi. "L'analisi delle relazioni tra genere ed efficacia delle cure è una grande prospettiva – precisa **Massimo Scaccabarozzi**, presidente di Farindustria – e cresce l'attenzione per la salute femminile: sono 850 i farmaci in sviluppo per malattie che colpiscono le donne, dal diabete ai tumori, dalle autoimmuni a quelle muscolo-scheletriche".

Punti nascita. Ancora il 10 per cento dei parti annui avviene in strutture inadeguate e insicure, sotto quel tetto dei 500 parti annui che l'Oms fissa come soglia di sicurezza. Altro importante requisito è la presenza nelle 24 ore di ginecologo, ostetrica, anestesista e neonatologo o pediatra.

Salute sessuale e riproduttiva. Continua il calo di nascite, il tasso ormai si è attestato a 1,39 figli per donna. Donne sempre più anziane, si è passati infatti dai 23-25 anni degli anni '70 agli attuali 31,4. Motivo, tra l'altro, che ha spinto il ministero della Salute a presentare il tanto contestato (per la scelta del tipo di pubblicità) piano nazionale per la fertilità che prevede la tutela e la conservazione della fertilità nei pazienti oncologici prevedendo anche centri di Oncofertilità nelle regioni.

Il cuore. Sopra i 50 anni, quando gli **ormoni** non proteggono più perché si è in **menopausa**, le malattie cardiovascolari sono la causa principale di mortalità e disabilità. Anche i fattori di rischio sono in certi casi al femminile. A quelli tradizionali, comuni per tutti, come ipertensione, diabete, sovrappeso, familiarità, età e tabagismo, si aggiungono infatti patologie più frequenti nelle donne, come disordini trombotici e malattie autoimmuni, sindrome dell'ovaio polistico, complicanze della gravidanza e menopausa. Importante, dunque, una sensibilizzazione specifica. A donne e medici, per assicurare diagnosi precoci ed interventi appropriati.

Depressione. Il 30 per cento di tutte le patologie al femminile riguarda l'area della salute mentale. Che vuol dire soprattutto depressione (nel 30 per cento dei casi) e colpisce da due a tre volte più donne che uomini, spesso insieme a disturbi alimentari o del sonno. Le donne sono più a rischio nel periodo della gravidanza e dopo il parto, prima e dopo la menopausa.

Oncologia. Prevenzione primaria e diagnosi precoce restano le armi più efficaci. Ma i nuovi farmaci hanno permesso di agire su bersagli specifici dei tumori, consentendo un miglioramento della prognosi e meno tossicità. Importanti i passi avanti nel cancro alla mammella, e c'è attesa per i progressi che riguardano il tumore alle ovaie.

Sovrappeso e obesità. Il 9,5 per cento delle donne e l'11,3 per cento degli uomini è obeso. Ma gli effetti sulla salute variano con il genere.

Dolore. In Occidente circa dodici milioni di donne soffrono di dolore cronico. Dolore dovuto a lombalgia, emicrania, artrosi, artrite o, in ambito ginecologico, dismenorrea ed endometriosi. Esiste una diversa sensibilità al dolore, così come è diversa la risposta ai trattamenti analgesici, e agli effetti collaterali dei farmaci. Per questo è importante pensare a trattamenti mirati, anche per genere.

Anziane. Il mondo degli anziani è soprattutto donna. Sopra i 75 anni una donna su tre ha la sindrome della fragilità, una su due ha almeno due malattie croniche. Spesso sono donne che perdono l'autosufficienza. E per questo è importante un modello di assistenza domiciliare sul territorio.

Violenza. Un terzo delle donne è stato vittima di violenza nella vita. Secondo dati Istat 2014, in Italia sono 6 milioni e 788 mila, tra 16 e 70 anni quelle che hanno subito violenza, pari al 31,5 per cento. Di queste, nel 21,5 per cento si tratta di violenza sessuale. Gli effetti sulla salute fisica, mentale e riproduttiva sono pesantissimi.

Welfare. Differenze di retribuzione e di prestazioni lavorative, di pensione e dunque di reddito. Fa eccezione l'industria farmaceutica, dove le donne hanno più spazio per le assunzioni e dove vengono applicate strategie che permettono un bilanciamento tra carriera, famiglia e vita privata.

Domani si celebra la Giornata mondiale dedicata all'Hiv, che ora si può fronteggiare grazie a cure innovative. Ma le diagnosi sono ancora in ritardo

Aids, in Italia i casi sono in lieve calo

I numeri

77%

delle persone sieropositive in Italia sono maschi, il contagio tra 20-30 anni

36

gli anni, in media, delle donne quando scoprono di essere entrate in contatto con il virus

789

i nuovi casi di Aids, quindi malattia conclamata, che sono stati segnalati nel 2015

28,8%

dei casi di sieropositività che sono stati notificati l'anno scorso riguardano persone straniere

36,9%

delle segnalazioni tra gli stranieri riguardano donne, la maggioranza si prostituiscono

50%

dei casi di Aids è costituito da persone che non sapevano di essere positive al virus Hiv

LE PERSONE PIÙ A RISCHIO RESTANO GLI UOMINI SCOPRONO LA MALATTIA INTORNO AI 40 ANNI

L'ALLARME

Un fiocco rosso sul mondo domani ricorderà che è la Giornata dedicata all'Aids. L'infezione, apparsa agli inizi degli anni Ottanta, con la forza prepotente e distruttiva di una bomba. Capace, come un ordigno, di annientare e costringere a risorgere. Con gli esempi dei grandi deceduti per il vi-

rus. Uno per tutti, Freddie Mercury dei Queen, morto il 24 novembre di 25 anni fa.

Forti di terapie che, in Occidente, permettono una normale quotidianità alle persone sieropositive e di una cultura di prevenzione (pur tra tante difficoltà) che inizia a farsi strada. La prova, da noi, è il lieve calo di nuove diagnosi segnalate nel 2015. Un «leggero» calo, da tre anni a oggi, sottolineano all'Istituto superiore di sanità dove domani, dalle 10 alle 18, sarà attivo il numero verde 800.861.061 per ogni tipo di informazione, da tre anni ad oggi.

Una diminuzione per tutte le modalità di trasmissione tranne che per gli uomini che hanno legami omosessuali. Diminuisce la proporzione di coloro che si iniettano dro-

ga (il contagio con lo scambio della siringa) ma aumenta, appunto, l'abitudine a non proteggersi. La maggioranza delle nuove diagnosi, infatti, si deve a rapporti sessuali, esattamente l'85% dei casi. Gli uomini, i più colpiti: nel 2015 il 77% dei nuovi pazienti era maschio con età media di 39 anni.

LA SICUREZZA

Una costante unisce lei e lui: arrivare alla diagnosi di infezione di Hiv in una condizione clinica avanzata e preoccupante. Prova che non sono stati "ascoltati" i possibili segnali manifestati dall'organismo e che mai ci si è domandati sulla sicurezza di un rapporto. «Oltre il 50% dei casi di Aids è costituito da persone che non sapevano di essere sieropo-



sitive», ricordano gli epidemiologi dell'Istituto di sanità. Forse questo significa che non si sono mai sottoposti ad un test e che non hanno mai iniziato le terapie antiretrovirali. Lazio, Lombardia, Liguria ed Emilia Romagna le regioni con la più alta quota di pazienti. Dall'inizio dell'epidemia (1982) a oggi le persone malate di Aids in Italia sono state oltre 68.000, più di 43.000 quelle decedute. Nei laboratori, intanto, si continua a pensare al vaccino. In Sudafrica è iniziato il test sulla popolazione di un nuovo vaccino contro il virus Hiv, il primo di nuovo sviluppo in sette anni. Lo ha an-

nunciato il National Institute of Health statunitense, che finanzia il progetto. Il vaccino che sarà testato è una versione "rinforzata" dell'unico che ha fin qui dato segno di offrire qualche protezione in un trial in Thailandia nel 2009. In questa fase saranno arruolati 5400 uomini e donne tra 18 e 35 anni in tutto il paese, dove ogni giorno ci sono oltre mille infezioni.

LA SPERIMENTAZIONE

La versione precedente ha mostrato un'efficacia del 31,2% nella protezione, che gli esperti sperano di aumentare con un cambiamento in al-

cune componenti e nel calendario di somministrazione, con i primi risultati che dovrebbero arrivare nel 2020. «Se impiegato insieme alle armi che abbiamo attualmente contro il virus un vaccino efficace potrebbe essere il chiodo finale nella bara dell'Hiv - spiega Anthony Fauci, direttore del National Institute of Allergy and Infectious Diseases -. Anche un vaccino moderatamente efficace potrebbe diminuire significativamente il peso della malattia in paesi e popolazioni ad alto tasso di infezione».

Carla Massi

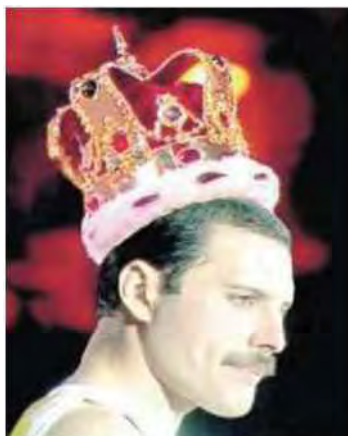
© RIPRODUZIONE RISERVATA

La campagna

Scoprire l'infezione in pochi minuti Lila lancia "Fatti un regalo: fai il test!"

Scoprire in poche decine di minuti l'infezione da Hiv con il test rapido su sangue e fluido orale. Per diffondere la conoscenza e l'accesso gratuito all'esame, Lila (Lega Italiana per la Lotta contro l'Aids) promuove «Fatti un regalo: fai il test!», la campagna di sensibilizzazione e raccolta fondi fino al 3 dicembre con numero solidale 45517. Oggi con i test rapidi per l'Hiv la scoperta può essere semplice e immediata. Il test può essere condotto anche al di fuori dei presidi sanitari, e dà un esito attendibile nell'arco di poche decine di minuti. Con i fondi raccolti Lila potrà proseguire

la campagna informativa e incoraggiare l'accesso al test, renderlo disponibile gratuitamente nelle proprie sedi locali e formare il personale in modo che possa essere effettuato anche in contesti non convenzionali, in orario serale o durante il week-end. Linee telefoniche della Lila saranno dedicate alla consulenza sui comportamenti a rischio, a sostegno in caso di dubbi e a informazioni sul che fare nel momento in cui si sospetta di essere entrati in contatto con il virus. Una sezione «speciale» sul sito nazionale lila.it e sui siti locali indicherà i centri screening.



Freddie Mercury, morto di Aids

INFEZIONI

Nuovo efficace antibiotico per vincere i batteri killer

Luisa Romagnoni

■ *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* e *Pseudomonas aeruginosa*. Sono batteri killer, resistenti alle attuali terapie antibiotiche. Una vera minaccia: rappresentano il 70% di tutti i patogeni gram-negativi, causa più comune di infezioni, come quelle intra-addominali e del tratto urinario. In Italia le infezioni correlate all'assistenza (Ica), colpiscono ogni anno quasi 300mila pazienti, con circa 4.500-7mila decessi. Una risposta a queste condizioni, arriva da una innovativa e potente terapia antibiotica: una associazione di una nuova cefalosporina e tazobactam, un inibitore delle beta-lattamasi. Il farmaco, di recente ha ottenuto dall'Aifa la rimborsabilità in classe H, per il trattamento delle infezioni intra-addominali complicate, pielonefrite acuta e infezioni complicate delle vie urinarie. «È il primo di una serie di nuovi antibiotici, in grado di rispondere ai criteri dell'antimicrobial stewardship», afferma Pierluigi Viale, direttore malattie infettive al policlinico Sant'Orsola-Malpighi di Bologna e professore ordinario di malattie infettive

all'università di Bologna. «Il suo spettro d'azione molto mirato, quasi chirurgico, permette di utilizzarlo nei confronti di specifici profili di resistenza massimizzando quindi l'efficacia della terapia, evitando così l'ulteriore selezione di specie resistenti». La nuova combinazione antibiotica è stata valutata in due studi clinici: in pazienti con infezioni complicate delle vie urinarie, ha eliminato l'infezione nell'85 per cento dei casi trattati, rispetto al 75 per cento della terapia di confronto (levofloxacina). Nelle infezioni complicate intra-addominali, ha portato a guarigione il 94 per cento dei pazienti. In entrambi i trial il farmaco ha rivelato un buon profilo di tollerabilità e sicurezza. «Può rappresentare un'opzione terapeutica innovativa rispetto alle terapie attualmente disponibili ed è un'alternativa valida per evitare un uso estensivo dei carbapenemici, i selettori più potenti di germi Gram-negativi multiresistenti nell'intestino dei pazienti fragili, ricoverati a lungo in ospedale», afferma Carlo Tascini, direttore della 1° divisione di malattie infettive a indirizzo neurologico dell'ospedale Cotugno, Napoli.

