

F. VENEZIA GIULIA/ Parte l'iter di approvazione del Ddl di riforma del servizio sanitario

# Prende forma il Ssr integrato

## Accorpamenti e sinergie interaziendali al cuore del provvedimento



**I**nizia il prossimo 20 settembre in Friuli Venezia Giulia, con l'avvio dell'ossatura da parte della Terza Commissione. Fine di approvazione del disegno di legge "Riordino istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale" (Ddl n. 214) presentato dalla Giunta lo scorso 25 luglio. L'obiettivo del vicepresidente regionale è assicurare alla Sanità Luca Ciriani (ha ricevuto la delega, contestualmente alla presentazione del disegno di legge, dal Presidente Renato Trevisi che l'aveva tenuto fino a ora per sé) e di portare in Consiglio il provvedimento entro ottobre.

La proposta di riordino				
	Popolazione	Personale	Posti letto	Diramati ospedale
Azienda Isonzo-Torviscosa	382.134	3.287	446	28.876
Azienda Friulana	541.405	4.493	834	35.119
Azienda Friuli occidentale	313.309	988	-	-
Azienda Trieste	-	3.986	875	37.476
Azienda Udine (con Gorizia)	-	4.247	1.021	44.238
Azienda Pordenone	-	2.768	841	37.227
Ircs Carlo	-	743	175	11.072
Ircs Cro	-	642	150	9.304

La Giunta punta a far approvare il nuovo assetto della Sanità, che è previsto dovrebbe entrare in vigore il primo gennaio 2014 (prima delle elezioni per il rinnovo del Consiglio regionale, in calendario nella primavera del prossimo anno) evitando, se possibile, di portare la discussione in aula quando il clima per elettorale influirebbe le scelte.

Gli obiettivi della riforma sono, soprattutto, semplici: secondo la Giunta, la Sanità regionale è già a un livello di eccellenza, ma è necessario prevedere un miglioramento delle prestazioni e, soprattutto, la sua sostenibilità in futuro, a fronte di un aumento delle dotazioni

per l'invecchiamento della popolazione, contestuale a un calo delle risorse economiche disponibili. Ricordiamo che dall'1997 la Regione è fiorente del Servizio sanitario nazionale e che le risorse per il comparto sono garantite dai due decreti della centrale tributaria riscossa in loco. Entrate che la crisi sta pesantemente erodendo, a fronte di una spesa che sta agguagliando complessivamente un 2,5-2,6 miliardi di euro l'anno.

Il Ddl presentato, dopo una gestazione durata molti mesi, è un testo molto asciutto, di apparenza e articolo. Il nuovo modello organizzativo prevede il diramamento delle attività ad Aziende

per i servizi sanitari, che quindi diventeranno, affiancate dalle Aziende ospedaliere universitarie di Udine e Trieste, dall'Azienda ospedaliera di Pordenone e dagli istituti di ricerca e cura "Centro di riferimento oncologico di Aviano" e Carlo Galvani di Treviso.

Più nel dettaglio, il Ddl accorpamento delle Aziende "Isonzo" e della n. 2 "Isonzo" nascerà Azienda per i servizi sanitari Isonzo-Torviscosa, mentre le Aziende n. 3 "Alto Friuli", n. 4 "Medio Friuli" e n. 5 "Bassa Friulana" andranno a formare una nuova Azienda denominata "Friulana". Il tutto attraverso un decreto del Presidente della Regione. Inoltre, la legge di riordino

prevede che la struttura ospedaliera universitaria di Udine incorpori l'Istituto di Medicina fisica e riabilitazione Gorizia di Udine (attualmente inserito nell'Asl n. 4 "Medio Friuli"), date le sue caratteristiche di presidio di riferimento regionale per la riabilitazione.

che la popolazione di riferimento non potrà essere inferiore ai 100mila abitanti, escludendo però le zone montane.

Sul fronte Regione poi, attraverso la programmazione e gli indirizzi organizzativi, che dovrà definire la forma e le modalità per integrare Asl, Ao e Ircs anche per garantire la continuità assistenziale, lo scambio dei professionisti nei presidi di assistenza e la realizzazione di economie di scala.

Secondo la Giunta, per l'attuazione, il disegno di legge non ha bisogno di procedere alla modifica del sistema normativo regionale esistente perché le norme che disciplinano gli enti del Ssr sono per lo più applicabili in un sistema costituzionale e organizzativo diverso da quello attuale. In ogni caso si procederà a una "manutenzione" delle leggi vigenti per adeguarle anche da un punto di vista formale al nuovo assetto. Dalla riforma, sul cui disegno le opposizioni hanno già espresso dure critiche, la Giunta si aspetta di ottenere, grazie alla riduzione delle aziende e all'aumento delle loro dimensioni, significativi risparmi economici ma anche una maggiore continuità di cure tra ospedali e territorio.

Franco Tanel  
CORRISPONDENTE

### SICILIA

## Punti nascita: ginecologi uniti per il riordino

**T**re anni di appassionato lavoro progettuale e le scelte coraggiose di un assessore fortemente innovativo come Massimo Russo hanno finalmente permesso in Sicilia l'adozione di importanti provvedimenti relativi al percorso nascita che rappresentano un salto del cambiamento verso la razionalizzazione e l'accorciamento delle strutture sanitarie e dei professionisti. È per questo motivo che i ginecologi e i neonatologi siciliani, in rappresentanza delle società scientifiche e sindacali, si sono riuniti a Palermo per fare il punto sulle riforme e sottolineare l'importanza di un processo venuto innovativo che ha guidato allo sviluppo della rete materno-infantile puntando su qualità, appropriatezza e sicurezza.

La nuova rete dei punti nascita in Sicilia è il frutto di uno straordinario lavoro di équipe condotto dallo staff dell'assessorato insieme ai rappresentanti delle società scientifiche e ai migliori professionisti siciliani. Un lavoro responsabile, in linea con gli accenti raggiunti in Conferenza Stato-Regioni e centrale sul tema della sicurezza, quella della madre e del nascituro, immarcescibile, ma anche quella degli operatori sanitari che devono poter svolgere il proprio lavoro nelle migliori condizioni per il raggiungimento di alti livelli di qualità e appropriatezza.

«La nuova rete è un'occasione unica»

Il trasporto materno-assistito (Stato), lo sviluppo e l'implementazione delle metodologie del punto dolore. Particolare attenzione è stata poi rivolta al riordino dei servizi territoriali, con il rafforzamento delle attività consultative e l'attivazione della rete territorio-ospedale-territorio di riferimento per ogni percorso nascita.

«Il quadro della gravidanza», i protocolli per la gestione della gravidanza a termine e delle gravidanze a rischio, la promozione della parto-valetta e dell'allattamento al seno e il programma di sviluppo delle competenze degli operatori rappresentano altri punti qualificanti per il miglioramento della qualità, della sicurezza e degli esiti delle prestazioni sanitarie.

«Il modello siciliano, insomma, è innovativo e inimitabile, anche alla luce degli ambiziosi traguardi da raggiungere. Chi pensa di poter tornare indietro, con motivazioni strumentali o peggio ancora demagogiche, non riuscirà a stimolare, penalizzare e smontare il lavoro svolto con passione e lungimiranza grazie al quale la Sicilia può vantare il primato di riforma, avviata e in linea, riconosciuta dalla Conferenza Stato-Regioni e presso i modelli da altre Regioni».

Il quadro siciliano rappresenta adesso un punto di riferimento a livello nazionale. La Società italiana di ginecologia e ostetricia (Sigo) già da tempo è impegnata per la sicurezza e la ricostruzione del centro con meno di 500 parti l'anno per garantire la sicurezza delle madri e dei loro bambini, senza contare che questa riforma consentirà un risparmio della spesa pubblica e aprirà nuove possibilità di impiego per i ginecologi nelle strutture più grandi, dove crescerà il numero delle nascite e sarà necessario utilizzare un maggior numero di operatori sanitari. Non solo, l'accorpamento degli organi aiuti a risolvere il problema della cronica carenza di specialisti in ginecologia. Oggi in Italia l'8 per cento dei parti avviene in strutture che accolgono meno di 500 parti annui e che non possono garantire la sicurezza delle pazienti. Circa il 67% delle nascite avviene invece in ospedali con almeno 1000 parti annui. Dovranno aumentare questa quota fino al 90 per cento.

Paolo Scallo  
Vicepresidente Sigo  
Direttore UO di Ginecologia e ostetricia  
Ospedale Corvitauro di Catania

### MARCHE

## L'arte come cura nelle corsie: all'Ao «Riuniti Marche-Nord»

**N**on è una moda, non è una tendenza, non è un fenomeno new age. È, finalmente, un punto di vista differente, che tiene conto degli aspetti psicologici della malattia, spesso dimenticati e non "nutriti" con i farmaci. L'arte in ospedale è questo, è attenzione alla persona malata. È cura oltre la cura, un principio diventato un nuovo modo per l'Azienda ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord", che ha scelto di sviluppare una serie di progetti sul fronte dell'umanizzazione.

L'idea è quella di offrire ai degnati e visitatori ambienti confortevoli e accoglienti, grazie anche alla professionalità del personale, che rappresenta un grande punto di forza di molte Unità operative. Molte prestazioni di fotografia, pitture e sculture sono state allestite sia a Pesaro che a Fano, grazie alla generosità di artisti di fama che hanno donato una quantità di opere, il cui valore oggi è stimato in 240mila euro. Lavori unici, non solo e inseriti in case realizzate per gli ambienti in cui sono ospitati, espressione di una poetica che tiene conto del luogo, del carico di sofferenza e di esperienze che si accumulano in un ospedale.

C'è di tutto nelle varie espressioni, dal dipingere di colore i pupi dell'installazione alla Galleria di Fano alle tinte felpe della grafica storica dell'Agave

nel rispetto cure post-accute, dalle suggestive critiche delle opere fotografiche della Radiologia di Pesaro ai fiammettoni in ceramica che ricordano la natura e l'habitat in diversi reparti sempre del "San Salvatore". Un allestimento pregevole, quello messo in campo dai "Marche Nord", che ha anche partecipato alla Fiera di Milano "Arte accessibile", non come espositore commerciale ma per promuovere un progetto innovativo che integra l'arte con i luoghi di cura. «Abbiamo in cantiere numerose altre iniziative tese a migliorare l'organizzazione e

accoglienza - sottolinea il Dr. Aldo Ricci - che passano per l'organizzazione di laboratori didattici di arte contemporanea, appuntamenti musicali e momenti dedicati alla lettura. Molti studi evidenziano la connessione empatica della creatività intesa come linguaggio universale, che trasvola gli schemi e riesce a fornire nuove motivazioni esistenziali ai malati. La nostra azienda ha scelto di compiere questo percorso, consapevole anche della valenza patrimoniale culturale del proprio, poiché la presenza di elementi artistici in corsie e negli spazi comuni rende le prestazioni in ospedale meno aggressive».

Lidia Caprara  
CORRISPONDENTE



## Punti nascita: ginecologi uniti per il riordino

Tre anni di appassionato lavoro progettuale e le scelte coraggiose di un assessore fortemente innovativo come Massimo Russo hanno finalmente permesso in Sicilia l'adozione di importantissimi provvedimenti relativi al percorso nascita che rappresentano pietre miliari del cambiamento verso la razionalizzazione e l'accreditamento delle strutture sanitarie e dei professionisti. È per questo motivo che i ginecologi e i neonatologi siciliani, in rappresentanza delle società scientifiche e sindacali, si sono riuniti a Palermo per fare il punto sulla riforma e sottolineare l'importanza di un processo veramente innovativo che ha guardato allo sviluppo della rete materno-infantile puntando su qualità, appropriatezza e sicurezza.

La nuova rete dei punti nascita in Sicilia è il frutto di uno straordinario lavoro di équipe condotto dallo staff dell'assessorato insieme ai rappresentanti delle società scientifiche e ai migliori professionisti siciliani. Un lavoro responsabile, in linea con gli accordi raggiunti in Conferenza Stato-Regioni e centrato sul tema della sicurezza: quella della madre e del nascituro, innanzitutto, ma anche quella degli operatori sanitari che devono poter svolgere il proprio lavoro nelle migliori condizioni per il raggiungimento di alti profili di qualità e appropriatezza.

I dati sulla mortalità perinatale erano allarmanti, la Sicilia "vantava" anche il triste primato, dopo la Campania, del maggior numero di cesarei (53,1%), un basso numero di gravidanze seguite presso i consultori (meno del 15%) e un'elevata percentuale di assistenza ostetrica privata (86%). Gravi carenze da superare con interventi di riordino e razionalizzazione in ambito strutturale, tecnologico e organizzativo, già pensati quando è stato redatto il nuovo Piano sanitario regionale che ha colmato una lacuna di oltre un decennio. In Sicilia si registrava inoltre il più alto numero di punti nascita con meno di 500 parti l'anno, ben 38. Queste strutture saranno riconvertite e potranno essere mantenute solo in caso di eccezionali e motivate esigenze, laddove sarà difficile o impossibile attivare i servizi di trasporto assistito materno.

Con l'obiettivo di ridurre l'elevato rischio per la salute della donna, del neonato e degli operatori, molto maggiore nelle strutture più piccole come confermato da evidenze scientifiche, il decreto dell'assessore stabilisce la dismissione di punti nascita con un numero di parti/anno di gran lunga inferiore a 500, privi di guardia attiva h24 ostetrica, neonatologica e anestesiologicala. Di contro, razionalizzando le risorse, sono stati programmati il potenziamento e la messa in sicurezza dei punti nascita dell'intera rete regionale pubblica e privata, prevedendo anche il potenziamento dei servizi di trasporto per le emergenze neonatali (Sten) e del trasporto materno-assistito (Stam), lo sviluppo e l'implementazione delle metodologie del parto indolore. Particolare attenzione è stata poi rivolta al riordino dei servizi territoriali, con il rafforzamento delle attività consultoriali e l'attivazione della rete territorio-ospedale-territorio dell'intero percorso nascita.

Il "quaderno della gravidanza", i protocolli per la gestione della gravidanza a termine e delle gravidanze a rischio, la promozione della parto-analgesia e dell'allattamento al seno e il programma di sviluppo delle competenze degli operatori rappresentano altri punti qualificanti per il miglioramento della qualità, della sicurezza e degli esiti delle prestazioni sanitarie.

Bisogna, infine, rilevare lo spirito di collaborazione degli operatori di tutta l'area materno-infantile e dei componenti del tavolo tecnico che hanno creduto in un modello vincente, realizzando un vero "gioco di squadra" tra operatori sanitari,

istituzioni e buona politica. Riteniamo che questa sia l'unica forma efficace per il cambiamento.

Il modello siciliano, insomma, è insostituibile e inarrestabile, anche alla luce degli ambiziosi traguardi da raggiungere. Chi pensa di poter tornare indietro, con motivazioni strumentali o peggio ancora demagogiche, non riuscirà a sminuire, penalizzare o mortificare il lavoro svolto con passione e lungimiranza grazie al quale la Sicilia può vantare il primato di riforme, avviate o in itinere, riconosciuto dalla Conferenza Stato-Regioni e preso a modello da altre Regioni.

Il quadro siciliano rappresenta adesso un punto di riferimento a livello nazionale. La Società italiana di ginecologia e ostetricia (Sigo) già da tempo è impegnata per la chiusura e la riconversione dei centri con meno di 500 parti l'anno per garantire la sicurezza delle madri e dei loro bambini: senza contare che questa riforma consentirà un risparmio della spesa pubblica e aprirà nuove possibilità di impiego per i ginecologi nelle strutture più grandi, dove crescerà il numero delle nascite e sarà necessario utilizzare un maggior numero di operatori sanitari. Non solo, l'accorpamento degli organici aiuterà a risolvere il problema della cronica carenza di specialisti in ginecologia. Oggi in Italia l'8 per cento dei parti avviene in strutture che accolgono meno di 500 parti annui e che non possono garantire la sicurezza delle pazienti. Circa il 67% delle nascite avviene invece in ospedali con almeno 1.000 parti annui. Dovremo aumentare questa quota fino al 90 per cento.

Paolo Scollo

Vicepresidente Sigo

Direttore Uo di Ginecologia e ostetricia

Ospedale Cannizzaro di Catania



**L'inchiesta**

## L'era delle post-mamme record d'ovociti congelati

VERA SCHIAVAZZI

**L'**OROLOGIO biologico e quello amoroso, lavorativo, personale, sono

difficili da sincronizzare. Ci prova il "social freezing", una tecnica che furoreggia negli Stati Uniti - dove sono le mamme a proporla

alle figlie - e che si sta diffondendo anche in Italia, non senza polemiche. La ricetta è semplice: poiché quello che conta quando

si parla di fertilità non è tanto l'età anagrafica della madre.

SEGUE A PAGINA 23

# “Mamme sì, ma domani” così manager e single fermano l'orologio biologico *Ovociti congelati, boom anche in Italia*

(segue dalla prima pagina)

**VERA SCHIAVAZZI**

**M**A QUELLA biologica dei suoi ovociti, perché non prelevarli a 30 o 35 anni, quando sono ancora giovani, lasciando alla donna diversi anni di tempo per decidere, incontrare il partner giusto, consolidarsi nel proprio lavoro, prima tentare la strada della maternità? Negli Stati Uniti sono almeno 15.000 le giovani donne che hanno "messo in banca" gli ovociti, in attesa di una decisione che potrebbe anche non arrivare mai, in Italia si raggiungerà presto quota 500: piccole cifre, che però crescono costantemente e cominciamo a occupare spazio nei convegni e nella letteratura medica.

«Le prime sono state alcune nostre colleghe - racconta Alberto Revelli, docente di Fisiopatologia della riproduzione umana alla clinica universitaria del Sant'Anna di Torino - che essendo più informate hanno colto le potenzialità di questa tecnica, ma anche i suoi limiti: il "social freezing" lascia libertà alle pazienti, ma va fat-

to nel momento giusto e a certe condizioni. È una chance, non una certezza». Ma Revelli pensa anche che la tecnica abbia grandi possibilità di sviluppo: «Che l'età della prima gravidanza si stia spostando sempre più in là (oggi è già stabile verso i 32 anni, ndr) è una tendenza ormai consolidata. Purtroppo anche le percentuali di successo nella fecondazione assistita scendono drasticamente, specie dopo i 40 anni. È facile immaginare che un numero crescente di pazienti possa fare questa scelta, che oltretutto ha il vantaggio di non coinvolgere nessun altro e di essere perfettamente legale».

«L'importante è non creare false speranze - aggiunge Andrea Borini, responsabile clinico del centro Tecnobios di Bologna - Diciamo che congelare gli ovociti a 30 o 35 anni aumenta le possibilità di una donna che non abbia già in partenza forti problemi di infertilità di diventare mamma a 40, se deciderà di farlo». «Segnalo questa possibilità a tutte le mie pazienti - dice invece Alessandra Graziottin, gine-

cologa e oncologa - In Italia c'è troppa reticenza nell'informare con chiarezza sulle alternative esistenti». E precisa: «Congelare gli ovociti è da tempo una scelta che è doveroso suggerire a chi deve sottoporsi a una chemioterapia, nel qual caso non si può definire "social freezing", ma la verità è che bisognerebbe consigliarlo anche alle fumatrici, a chi ha problemi di cisti ovariche o precedenti familiari di menopausa precoce».

L'idea non piace a tutti. E se negli Stati Uniti *anchorwoman* come Diane Sawyer hanno espresso in diretta tv il loro

entusiasmo, in Italia il gruppo Donnamed, centro romano specializzato guidato dal dottor Angelo Tocci, dissente dal congelamento indiscriminato: «Può funzionare per le pazienti giovani, fermo restando che anche per loro è meglio tentare con altre procedure, a cominciare da quelle naturali, senza rinviare». Dal punto di vista scientifico, non c'è niente di meglio che diventare

mamma a 25 anni. Basta aver trovato l'uomo giusto, avere una ragionevole sicurezza economica e una casa. Facile, no?

**Sempre di più**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**le under 40 che provano il "social freezing": oltre 400**

**lo hanno già fatto**

## Il social freezing

E' la scelta di congelare i propri ovociti in modo da averli a disposizione negli anni successivi per tentare una gravidanza quando non si è più giovani



L'aggettivo 'social' si riferisce alle ragioni, che non sono mediche: la mancanza di un partner, di un lavoro stabile o l'impegno nella carriera che possono indurre una donna a rinviare la maternità

## A chi serve

A donne sane e fertili, che non abbiano superato i 40 anni (ma anche dopo i 35 le possibilità scendono drasticamente)

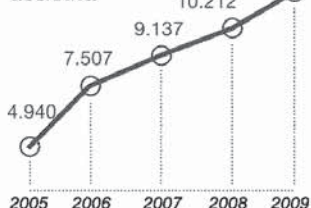


## I numeri



## In Italia

Bambini nati da fecondazione assistita



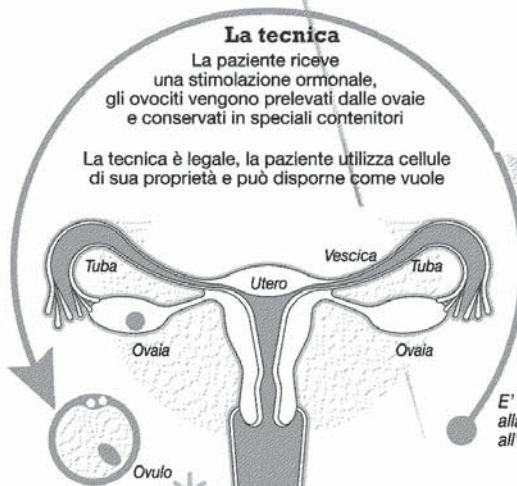
Coppie che ricorrono alla fecondazione assistita



## La tecnica

La paziente riceve una stimolazione ormonale, gli ovociti vengono prelevati dalle ovaie e conservati in speciali contenitori

La tecnica è legale, la paziente utilizza cellule di sua proprietà e può disporne come vuole



E' un'alternativa all'ovodonazione alla quale molte donne fanno ricorso all'estero perché vietata in Italia

-150° C la temperatura alla quale gli ovuli vengono conservati

10 anni il tempo limite di conservazione

3-4000 euro il costo medio della procedura

8 i centri che praticano questa tecnica in Italia

70% le possibilità degli ovociti di restare vitali una volta scongelati



# Allarme per il fumo a 15 anni «Triplica il rischio di morte»

*E uno studio rivela: a scuola otto prof su dieci con la sigaretta*

**Donatella Barbetta**

**L'ADOLESCENZA** è l'età delle sfide, ma sapere che iniziare a fumare a 15 anni triplica il rischio di morte per tumore rispetto a chi comincia dieci anni più tardi, non può lasciare indifferente nemmeno il più spregiudicato dei ragazzi. I giovanissimi, però, potrebbero dire che non viene dato loro il buon esempio, perché quasi 8 insegnanti su dieci delle superiori, il 77%, e uno su due alle medie, sono stati visti fumare dagli studenti «nei luoghi più vari all'interno della scuola» e

## RISULTATI CHOC

**Marino: «I tabagisti vivono dieci anni meno degli altri»  
Boom della 'bionda' rollata**

il 3% è stato visto con una 'bionda' addirittura in classe. Sono alcuni risultati choc dello studio 'Generazione in fumo, strategie per non cominciare, strumenti per smettere', presentato a Palazzo Madama dall'associazione *I-think* del senatore e medico Ignazio Marino.

**È ALLARME** rosso, visto che circa l'87% dei fumatori comincia entro

i 20 anni. Tra i 15 e i 24 anni fuma il 15,9% dei maschi e il 21,8% delle femmine. In Italia, circa un milione e mezzo di ragazzi.

Ogni giorno, si legge nello studio, condotto sulle principali ricerche italiane e internazionali, quasi centomila giovani iniziano a fumare. «La vita di un fumatore abituale — precisa Marino, presidente della commissione d'inchiesta sul Servizio sanitario nazionale — è di circa 10 anni inferiore rispetto a quella di un non fumatore». Dalle pagine di *I-think* l'ultima tendenza: nonostante sia ancora bassa la percen-

tuale di utilizzo, la sigaretta 'rollata', con cartine e tabacco trinciato, è quella che negli ultimi anni ha avuto il maggior incremento tra i ragazzi, dovuto al prezzo dimezzato rispetto al pacchetto grazie alla più bassa tassazione.

**SONO 70MILA** i morti nel nostro Paese attribuibili ogni anno al fumo, con costi diretti, per il Servizio sanitario nazionale, passati da 4,217 miliardi del 2005 a «circa 7 miliardi di euro nel 2011», aggiun-

ge Marino. Ecco perché bisogna partire dalla prevenzione e dai giovani. «Non c'è bisogno di nuove leggi — osserva il senatore — c'è tutto nel disegno di legge bipartisan, presentato nel 2010 con Antonio Tomassini, presidente della Commissione sanità del Senato: innalzamento a 18 anni dell'età per l'acquisto e il consumo di prodotti a base di tabacco; estensione del divieto di fumo alle pertinenze delle scuole; maggiori sanzioni per chiunque venda o somministri prodotti a base di tabacco a under 18; istituzione di un Fondo per la prevenzione e la riduzione dei danni del tabagismo; inserimento di un 'bugiardino' sulla quantità delle sostanze cancerogene nelle sigarette».

**NEL SUO** intervento, il ministro della Salute, Renato Balduzzi, si è espresso favorevolmente sull'ipotesi di inserire come emendamenti nel decreto sulla sanità alcuni contenuti del disegno di legge.

70.000

DECESSI

Sono causati ogni anno in Italia dal fumo di tabacco, con malattie che vanno dall'enfisema alla broncopolmonite

100.000

GIOVANI

Quelli che ogni giorno iniziano a fumare nel mondo. L'87% dei tabagisti comincia entro i 20 anni





## L'INDAGINE

# Contro il fumo una battaglia (persa) che ci costa 7 miliardi

*Nonostante le costose strategie di contrasto, sempre più giovani iniziano. Il 77 % dei prof cede al vizio davanti agli alunni*

### Francesca Angeli

**Roma** I ragazzi cominciano sempre prima a fumare. Soprattutto a scuola. Anzi è proprio negli istituti scolastici che si avvicina per la prima volta alla nicotina. E non c'è da stupirsi visto che nelle superiori quasi 8 docenti su dieci fumano davanti ai loro studenti proprio dentro i locali scolastici. È questo il dato più preoccupante che emerge dallo studio curato dall'associazione *I-tink* presieduta dal senatore del Pd, Ignazio Marino. Risultati illustrati dallo stesso Marino e dal presidente della Commissione Igiene e sanità del Senato, Antonio Tomassini, Pdl, alla presenza del **ministro della Salute, Renato Balduzzi**, e dal sottosegretario all'Istruzione, Marco Rossi Doria. Dall'indagine emerge che il 77 per cento dei docenti delle superiori ed il 49 di quelli delle medie sono stati visti fumare dai propri studenti all'interno della scuola. Un 3 per cento dei professori fuma addirittura in classe.

Tra i ragazzi delle superiori l'82 per cen-

to ha visto i compagni fumare a scuola mentre nove studenti su dieci ammettono pure di fumare spinelli. «Un quindicenne ha una probabilità di morire di cancro tre volte maggiore rispetto a chi inizia dieci anni più tardi ma circa l'87 per cento dei fumatori inizia entro i 20 anni - spiega Marino - Nella fascia d'età tra i 15 e i 14 anni fuma il 15.9 per cento dei maschi e il 21.8 delle femmine, circa un milione e mezzo di ragazzi». Ogni anno nel nostro Paese si calcolano 70.000 morti legate al fumo con un costo sanitario che nel 2005 era di 4,2 miliardi e nel 2011 è salito a 7 miliardi di euro.

«Si comincia a fumare per sentirsi parte del gruppo e la scuola, nella quale gli studenti vedono con la sigaretta in bocca anche i professori è il luogo in cui i giovani più fumano - insiste Marino - In Italia non sono ancora in atto strategie di prevenzione adeguate».

Dunque, nonostante ci sia già una legge che vieta il fumo nei luoghi aperti al

pubblico, i senatori Marino e Tomassini hanno ritenuto necessario mettere a punto un ddl che ribadisce l'assoluto divieto di fumo nelle scuole. Non solo. Nella legge si prevede pure il divieto di vendita e

consumo dei prodotti del tabacco per i minori di diciotto anni. Un punto sul quale è d'accordo anche il **ministro Balduzzi** che ha già previsto nel cosiddetto decreto sanità il divieto di vendita ai minori con l'obbligo per gli esercenti di chiedere l'esibizione di un documento di identità in caso di dubbio. Si prevedono multe salate in caso di violazione del divieto e anche la sospensione della licenza. Le norme entreranno in vigore dal 1 gennaio 2013. Balduzzi non esclude di inserire alcune delle norme contenute nel ddl anti-fumo anche nel decreto per accelerarne l'approvazione. E sulla regolamentazione europea afferma: «Bisogna andare avanti ma con gradualità ed equilibrio».



### CATTIVE ABITUDINI

Si inizia fumare da giovanissimi e il servizio sanitario spende oltre 7 miliardi di euro l'anno per i danni collaterali da fumo



## Otto insegnanti su dieci fumano a scuola Tre su cento anche in classe

In Italia quasi 8 insegnanti su dieci delle superiori (il 77%) e uno su due alle medie sono stati visti fumare dagli studenti «nei luoghi più vari all'interno della scuola» e il 3% è stato visto fumare addirittura in classe. È quanto emerge da uno studio dell'associazione I-Think, presieduto dal senatore Ignazio Marino, dal quale risulta anche che l'82% dei ragazzi delle superiori e il 51% delle medie ha visto fumare i compagni a scuola. Quasi nove studenti su 10 delle superiori poi, ammettono di fumare anche spinelli, dato che si ferma al 28% alle medie. E i dirigenti scolastici non sono da meno. Agli studenti delle superiori, infatti, è capitato di vederli fumare anche in presidenza. Il fumo di tabacco provoca ogni anno in Italia 70 mila morti. E l'impatto sul Servizio sanitario nazionale non è da poco: nel 2011 sono stati spesi circa 7 miliardi di euro. Marino ha ricordato anche i principali punti del disegno di legge bipartisan, presentato insieme al presidente della Commissione Sanità del Senato Antonio Tomassini nel 2010, per dissuadere i giovani dal fumo: innalzamento a 18 anni per l'acquisto e il consumo di tabacco; l'estensione del divieto di fumo alle pertinenze delle scuole; maggiori sanzioni per chiunque venda o somministri prodotti a base di tabacco ai minori di 18 anni.





## Fumo, in arrivo giro di vite Tabacco solo ai maggiorenni

LUCIANA CIMINO  
ROMA

Fumare costa. Non solo al proprio portafoglio ma anche alla collettività. La spesa del Sistema Sanitario Nazionale per lottare contro i danni causati dal tabagismo è passata da 4,2 miliardi nel 2005 a 7 miliardi nel 2011, secondo i dati forniti dal presidente della commissione d'inchiesta del S.s.n, Ignazio Marino che ha presentato ieri in Senato uno studio sul fumo redatto dall'associazione i-think, da lui presieduta.

Lo studio sottolinea come ogni anno il vizio della sigaretta provochi 70mila morti (il 15% del totale), attribuibili a malattie legate al consumo di tabacco, dall'enfisema alla broncopolmonite. Ma si sofferma anche sull'incidenza che il gesto di accendersi una "bionda" ha sui ragazzini. Che cominciano vedendo non solo i genitori e i coetanei fumare (l'82% dei ragazzi delle superiori e il 51% delle medie ha compagni che fumano) ma anche i propri insegnanti: quasi 8 insegnanti su

dieci delle superiori (il 77%)

Chi comincia a fumare a 15 anni ha «una probabilità di morire di cancro tre volte maggiore rispetto a chi inizia 10 anni più tardi», si legge nello studio di i-think «Generazione in fumo, strategie per non cominciare, strumenti per smettere». E' una insana abitudine che si prende da giovani. L'87% dei fumatori, infatti, inizia entro i 20 anni. Ogni giorno tra gli 80.000 e i 100.000 giovani iniziano a fumare e rimane vittima del tabacco una persona ogni 6 secondi. «La vita di un fumatore - ha spiegato Marino - è di circa 10 anni inferiore rispetto a quella di un non fumatore». L'unica chiave è dunque la prevenzione e secondo Marino il modo già c'è. «Tutti gli strumenti di deterrenza e di prevenzione per dissuadere i giovani dal cominciare a fumare e aiutarli a smettere sono contenuti nel ddl bipartisan, presentato insieme al presidente Antonio Tomassini nel 2010». Nel dettaglio: innalzamento a 18 anni per l'acquisto di tabacco; estensione del divieto di fumo alle pertinenze del-

le scuole; maggiori sanzioni per chiun-

que somministri tabacco ai minori; l'istituzione di un fondo per i danni del tabagismo; l'inserimento di un bugiardo nel pacchetto che riveli la quantità delle sostanze cancerogene contenute nelle sigarette. «È tutto lì, non c'è bisogno di nuove leggi» dice Marino. Ora, a distanza di due anni quel ddl potrebbe vedere la luce.

Il Ministro alla Salute Balduzzi, si è detto infatti favorevole, giudicando «positivamente l'integrazione dei contenuti del decreto» sanità sul capitolo fumo «ove ci sia l'accordo della maggioranza parlamentare». Per Tomassini, presidente della commissione Sanità del Senato le strade sono due: «si potrebbe tradurre in emendamenti al decreto le nostre proposte o se cercare di riprendere l'esame del ddl che già aveva ottenuto la procedura deliberante. Noi continueremo a premere in entrambe le direzioni».





**TERAPIE** Lo studio di due medici d'Oltralpe

# Inutile un farmaco su due È polemica sulla scoperta dei ricercatori francesi

*Sarebbero mal tollerati e pericolosi per la salute. E il consumatore verrebbe spinto ad acquistarli dalla pubblicità, anche se in realtà non ne ha bisogno*

## **Enza Cusmai**

■ Un libro d'accusa sull'inutilità dei farmaci ha scosso le coscienze in Francia. In 900 pagine, due medici francesi, Philippe Even e Bernard Debré, passano al setaccio 4 mila medicine e ne bocchiano il 75 per cento. In particolare, per i due esperti, la metà dei prodotti sul mercato è inutile, il 20 per cento è scarsamente tollerato dai malati e il 5 per cento è addirittura potenzialmente pericoloso per la salute. La conclusione lapidaria potrebbe non riguardarci, visto che è stata confezionata Oltralpe. Ma qui parliamo di farmaci, un settore senza confini geografici o politici. E c'è da domandarsi se i dati snocciolati dai due medici francesi potrebbero rispecchiare anche la realtà di casa nostra. Dove, è un fatto, sono messi in bella mostra in farmacia migliaia di prodotti, molti dei quali si replicano, perché hanno principi attivi identici. Cambiano solo la marca e il colore della scatoletta. Così si lascia al consumatore finale la scelta di cosa acquistare. Tra l'altro, i patiti delle pillole, ormai possono liberamente comprare ben 230 farmaci anche al supermercato come gli antivirali per uso topico a base di aciclovir, antinfiammatori da applicare sulla pelle, colliri anti allergici, antimicotici vaginali. Insomma, c'è una grande scelta sul mer-

cato delle pillole, ma la domanda dei prodotti è molto alta, soprattutto quando non si pagano di tasca propria. Nel 2011, in Italia sono state acquistate oltre un miliardo di confezioni di farmaci tutte pagate dal Servizio sanitario nazionale, mentre i privati hanno integrato comprando 730 milioni di confezioni di fascia C. In pratica, lo Stato ha sganciato più di 12 miliardi di euro per coprire i costi dei medicinali alla collettività e i cittadini hanno speso altri 6 miliardi e 346 mila euro per il resto dei farmaci non convenzionati. Alla fine il business dei medicinali ha superato i 18 miliardi di euro in un solo anno. Il bello è che non tutte le pastiglie vengono ingoiate. Due confezioni su dieci, cioè il 20%, finisce nella spazzatura perché le compresse sono troppo rispetto alla terapia oppure perché il farmaco si acquista per precauzione, tanto per non rimanere senza nel

## **SPRECO**

**In Italia due confezioni su dieci vengono buttate nella spazzatura**

momento del bisogno. Ma alla fine dell'anno, su una spesa di 400 euro per famiglia, ben 80 euro si trasforma in monnezza. Ne sa qualcosa l'Amsa di Milano che nel 2007 ha raccolto, tramite le farmacie, 160 tonnellate di medicina-

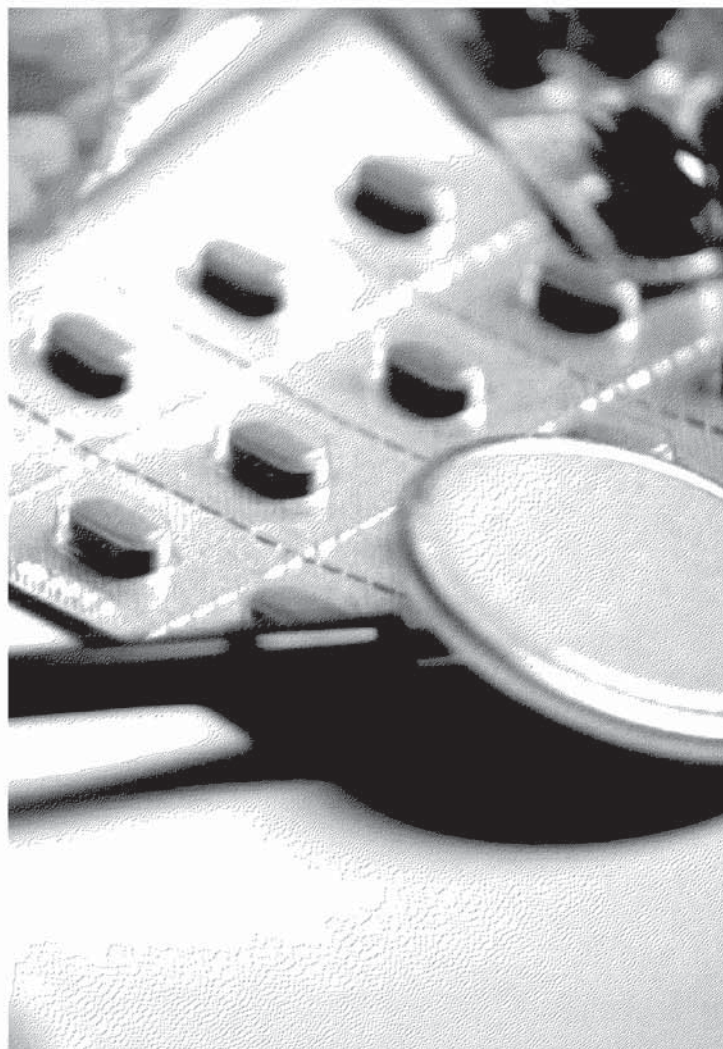
li scaduti. Dunque, verso i farmaci esiste un rapporto di amore-odio da parte del consumatore. Non si vorrebbero ma si comprano anche quando non servirebbero. Colpa anche della pubblicità incalzante che entra nella testa e nel cuore della gente ma che alla fine non è altro che un restyling di un vecchio farmaco già tenuto nel cassetto. E i due medici francesi criticano soprattutto la mancanza di innovazione nel settore farmaceutico. Dopo la scoperta di antibiotici e vaccini, solo i trattamenti per cancro, patologie cardiache e diabete hanno smosso le acque della ricerca. E da trent'anni, cioè dopo il 1990, tutto si è fatto più complicato e costoso. Le scoperte scientifiche sono lente e sviluppate nei laboratori, meno nelle industrie farmaceutiche che si sarebbero limitate ad allargare il concetto di malattia. Così, a detta degli autori del libro - denuncia, siamo diventati tutti ipertesi, diabetici oppure con il colesterolo sopra le righe. E le aziende puntano sui prodotti correlati alla prevenzione, destinati a persone sane. Even cita l'esempio delle statine, sostanze impiegate per controllare il colesterolo e usato da 60 milioni di persone nel mondo anche se ci sono dubbi sulla loro efficacia. Even e Debré accusano le imprese farmaceutiche che snocciola-



no dei dati non sempre corrispondenti alla realtà. I due medici affermano che solo il 5% della spesa va alla ricerca, e che quasi la metà del fatturato è destinato al marketing

o per fare lobbying. E tutto per soddisfare la richiesta di paesi ricchi. In ben tre quarti del pianeta, invece, si muore prima dei 40 anni per

mancanza di antibiotici e vaccini.



**PILLOLE** Nel 2011 è stato acquistato oltre un miliardo di confezioni





# Il paradosso dell'obeso

## “Il grasso fa vivere meglio”

Le ultime ricerche smentiscono ciò che pareva assodato: magro non è sempre bello. A molte malattie si reagisce se si hanno più chili. A patto però di fare esercizio

HARRIET BROWN

**Q**ualche anno fa Mercedes Carnethon, ricercatrice sul diabete alla Feinberg School of Medicine della Northwestern University, si è trovata a riflettere su un enigma: benché l'obesità sia il principale fattore di rischio per il diabete di tipo 2, anche un considerevole numero di soggetti normopeso sviluppa la malattia. Perché? Per trovare una risposta, la dottoressa Carnethon ha scoperto qualcosa di ben più sconcertante: i diabetici normopeso presentano il doppio delle probabilità di morire rispetto a quelli sovrappeso o obesi. Si tratta dell'ennesimo esempio di uno sconcertante fenomeno medico che gli scienziati chiamano "il paradosso dell'obesità".

Sempre più spesso si dimostra che i soggetti sovrappeso e moderatamente obesi affetti da disturbi cronici vivono meglio e più a lungo di quelli normopeso che soffrono dei medesimi disturbi. La quantità di prove sta spingendo alcuni esperti a riesaminare dei postulati a lungo considerati irrefutabili cir-

**Secondo alcuni studi, i soggetti dializzati presentano minori probabilità di morire se sono sovrappeso**

ca il nesso tra malattie e grasso corporeo. Nel 2002 il dottor Carl Lavie, direttore del programma di riabilitazione cardiaca al John Ochsner Heart and Vascular Institute di New Orleans, fu uno dei primi a documentare il paradosso dell'obesità in soggetti che avevano subito un collasso. Lavie tentò per più di un anno di far pubblicare i risultati

del suo studio. «Credevano tutti che i miei dati contenessero degli errori», ricorda. Le prove però erano ovunque. Secondo una ricerca, i soggetti dializzati sovrappeso presentavano minori probabilità di morire rispetto a quelli normopeso o sottopeso. Secondo un altro studio, i sovrappeso che soffrivano di disturbi coronarici vivevano meglio di quelli più magri. E nel 2007 uno studio condotto da oltre 10 anni su 11 mila canadesi evidenziò che i soggetti sovrappeso avevano minori probabilità di morire di qualsiasi causa. Ad oggi, gli scienziati hanno documentato risultati simili in soggetti colpiti da collasso, disturbi cardiaci, ictus, insufficienza renale, ipertensione arteriale - e, più recentemente, diabete.

Gli esperti sono alla ricerca di una spiegazione. Un'ipotesi è che una volta che una malattia cronica si è sviluppata il corpo diventi catabolico, ovvero richieda riserve di energia e calorie superiori alla norma, e se i pazienti in questione non le possiedono possono diventare denutriti anche se il loro peso è normale, come dichiara il dottor Gregg Fonarow, del programma di cardiologia preventiva all'Università della California. Altri si concentrano sulla genetica: forse quei soggetti magri che sviluppano disturbi cronici presentano delle varianti genetiche che li rendono più a rischio.

Forse, poi, i medici non trattano i pazienti magri con la stessa combattività che riservano a quelli più pesanti - o forse il problema sta nei parametri di valutazione. La maggior parte dei ricercatori misura l'obesità in base all'indice di massa corporea (Bmi, Body mass index), che si basa su un semplice rapporto tra altezza e peso, ma non considera il grasso corporeo, la massa muscolare magra, le anomalie metaboliche. Forse, affermano alcuni esperti, siamo talmente abituati a

inquadrare le questioni di salute in termini di obesità da non vedere altre potenziali cause di malattia.

Il dottor Neil Ruderman, endocrinologo alla Boston University, fu il primo a identificare, nel 1981, la condizione di coloro che definì «normopeso metabolicamente obesi», il cui Bmi rientra nei valori, ma che hanno anomalie metaboliche e tendono ad accumulare grasso nella zona mediana del corpo - il che spesso si riflette negativamente su cuore, fegato e altri organi. Il livello di fitness, oltre ad essere un'importante fonte di confusione, non viene nemmeno preso in considerazione, benché le ricerche che lo prendono in esame dimostrano che dal punto di vista della salute, essere grassi e in forma è meglio

**Una regolare attività aerobica potrebbe non determinare calo ponderale, ma migliora lo stato del fegato**

che essere magri e poco allenati. Una regolare attività aerobica potrebbe non determinare un calo ponderale, ma riduce certamente la presenza di grasso nel fegato.

Nel 2005, mentre esaminava i dati dell'Osservatorio nazionale sulla salute e la nutrizione, l'epidemiologa Katherine Flegal si rese conto che i maggiori rischi di mortalità erano correlati con le due estremità dello spettro: l'essere sottopeso o severamente obesi. I minori rischi di mortalità si riscontravano nei soggetti appartenenti alla categoria sovrappeso, mentre i moderatamente obesi non presentavano maggiori rischi rispetto ai normopeso.

Quale che sia la spiegazione del paradosso dell'obesità, la maggior



parte degli esperti concorda nel ritenere che i dati gettano un'ombra di dubbio sul ruolo del grasso corporeo. «Mantenersi in forma fa be-

ne contenere il proprio peso fa bene», dichiara il dottor Lavie. «Dovendo scegliere, però, si direbbe che mantenere un buon livello di

fitness sia più importante che restare magri».

(Copyright The New York Times-

la Repubblica/Traduzione di Marzia Porta)

## Gli obesi nel mondo



## Il confronto (in %)

### STATI UNITI

Sovrappeso  
 donne 61,3  
 uomini 72,1

Obesi  
 donne 34,3  
 uomini 33,1

### GERMANIA

Sovrappeso  
 59  
 75,5

Obesi  
 20,2  
 17,1

### ITALIA

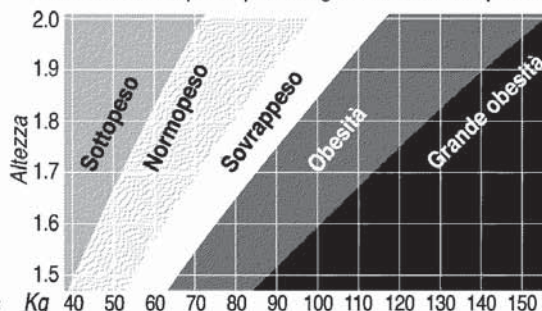
Sovrappeso  
 35,7  
 53

Obesi  
 9,1  
 10,5

Fonte:OMS

## Come si calcola l'obesità

Indice di massa corporea: peso in Kg diviso l'altezza al quadrato





## L'importanza del sonno per i pazienti Perché in ospedale ci svegliano alle sei?

di GIUSEPPE REMUZZI

**L**e luci si accendono, l'infermiera sveglia il pa-

ziente. All'alba. Termometro, c'è da provare la febbre. È un risveglio standard negli ospedali. Ora pe-

rò uno studio americano sulla rivista *Annals of Internal Medicine* spiega che i rumori ospedalieri nuoc-

ciono alla salute mentre il sonno aiuta a guarire.

A PAGINA 31

# Perché svegliamo i pazienti all'alba quando il sonno aiuta a guarire?

## Dai carrelli ai telefoni: gli ospedali sono troppo rumorosi

di GIUSEPPE REMUZZI

«**S**vegliare una persona senza motivi non è un reato grave. La prima volta almeno». Così Robert Anson Heinlein in «Lazarus Long l'Immortale». «Buon giorno», dico una di queste mattine a un ammalato dell'ospedale. «Come va?». «Bene, cioè abbastanza bene», mi risponde, e io «perché abbastanza, non si trova bene qui da noi?». «Dormo male». «Che succede?». «Le infermiere sono gentili, ma alle sei del mattino a volte nel bel mezzo di un sogno accendono la luce e mi svegliano: è l'ora del termometro. Ma io la febbre non l'ho, non l'ho mai avuta. E poi c'è da provare la pressione. Perché? La mia è sempre stata normale, certo che se mi svegliano in quel modo lì si alza. E dopo tutto questo trambusto non mi riaddormento più». E ancora: «Ho dormito poco, qualche pisolino come i gatti — mi dice un mattino un altro malato — è normale, sono in Ospedale».

No, non è affatto normale. E qualcuno di là dall'oceano ha cominciato ad occuparsene seriamente. Jeremy Ackerman, per esempio, il quale da anni si batte perché medici e infermieri dell'ospedale

capiscano che è ben difficile che gli ammalati si riprendano in fretta dai loro malanni se non dormono bene. Ackerman, che lavora ad Atlanta, ha convinto certi suoi colleghi di Emory University ad affrontare il problema con le regole della scienza. Ma indagare le reazioni del cervello in risposta ai rumori e farlo con i malati dell'ospedale non è così facile, e forse non è nemmeno tanto giusto. Così Orfeu Buxton è ricorso a uno stratagemma: ha registrato per diverse notti i rumori del suo ospedale e poi li ha fatti ascoltare a dodici dei suoi studenti mentre dormivano. Ciascuno di questi studenti era collegato a un apparecchio che registrava l'encefalogramma nel sonno, così si potevano rilevare variazioni del tracciato in risposta ai rumori. Cambiando intensità e tipo di rumore poi si sarebbe potuto capire cos'è che disturba di più il sonno: gli allarmi delle pompe di infusione, per esempio, e quelli di tante altre apparecchiature, oppure i campanelli dei malati che hanno bisogno di aiuto o i telefoni a cui non sempre si riesce a rispondere subito e allora suonano per minuti interminabili, e ancora i carrelli delle medicazioni e tanti altri ru-

mor.

Gli studiosi hanno visto (il lavoro di Orfeu Buxton è pubblicato su «Annals of Internal Medicine» di questi giorni) che la cosa peggiore, specialmente nei periodi di sonno leggero, sono gli allarmi delle pompe di infusione e la gente che parla ad alta voce nei corridoi o addirittura fuori dalle stanze (basterebbe avere il garbo di chiudere le porte, ma negli ospedali non lo fa quasi nessuno). Questi rumori svegliavano gli studenti quasi sempre. C'era anche chi non si svegliava o non ricordava di essersi svegliato ma tutti, con i rumori dell'ospedale, al mattino si sentivano già un po' stanchi.

Un limite dello studio di Emory University è che gli studenti sono giovani e sani, mentre chi si ricovera in ospedale di solito ha una certa età e tante altre ragioni per non dormire, a cominciare dai dolori o dai fastidi legati alla malattia. E per le persone anziane e malate, specie se si è appena riusciti a prendere sonno, svegliarsi di soprassalto è una tragedia. Anche perché se non si dorme la pressione del sangue si alza (per via dell'adrenalina e di altri ormoni) e questo alla lunga fa male an-



che al cuore, e poi ci sono disturbi dell'umore, difficoltà a concentrarsi e perdita di memoria. I più vecchi poi, che hanno bisogno di ricoveri frequenti, se non dormono per tante notti di fila perdono l'orientamento e in casi particolari si arriva al delirio. E si dovrebbe fare di tutto per evitarlo — qualche

ospedale negli Stati Uniti ha stabilito un «quiet time» proprio per questo —: gli anziani che hanno disturbi cognitivi legati all'ospedalizzazione alla fine muoiono più degli altri.

Insomma, quello dei rumori in Ospedale è un problema grave a cui si dovrebbe dare davvero molta più at-

tenzione. Oggi si parla tanto di «Ospedale senza dolore», è uno slogan, creato soprattutto per sensibilizzare medici e infermieri. Giusto, giustissimo, e speriamo di arrivarci davvero, un giorno, a un ospedale dove chi si ricovera non debba soffrire per niente.

A quando l'«Ospedale sen-

za rumore»?

### A voce alta

Nei corridoi si parla ad alta voce: basterebbe chiudere le porte, ma non lo fa quasi nessuno

## In reparto

L'esperimento è stato condotto su 12 studenti per tre giorni: nel primo i ragazzi sono stati registrati nel sonno in un ambiente in assenza di rumori. Nel 2° e 3° giorno sono stati sottoposti ad alcuni tipi di rumori. Le reazioni sono state registrate con elettroencefalogramma ed elettrocardiogramma

### I RUMORI

-  Conversazione tra due o più persone
-  Chiusura/apertura delle porte
-  Suono del telefono
-  Scarico dell'acqua della toilette
-  Macchina per l'acqua potabile
-  Allarme delle pompe di infusione
-  Passaggio del carrello della lavanderia
-  Passaggio di un elicottero
-  Rumori del traffico



Fonte: Studio di Orfeu M. Buxton, *Annals of Internal Medicine*

### I RISULTATI



Il tasso di interruzione del sonno durante il suono dell'allarme delle pompe di infusione



La parte di pazienti che si è svegliata a causa di una conversazione tra altre persone

**+10** battiti al minuto

L'aumento delle pulsazioni al cuore provocato da un suono

### LE CONSEGUENZE DELL'INTERRUZIONE DEL SONNO

 **Iperensione**

 **Malattie cardiache (cardiovascolari e coronariche)**

 **Compromissione della funzione immunitaria**

 **Deficit dell'attenzione e della memoria**

 **Depressione**

D'ARCO



# Tumori, indici da paura nei 44 siti più inquinati

## il dossier

**Taranto, ma anche Gela, Porto Torres, Casale tra le aree industriali dove la situazione ambientale incide sulla mortalità**

DA ROMA **PINO CIOCIOLA**

**T**ante morti in più ogni anno, oltre 1.200, e quelle per tumori che schizzano al 43% a fronte del 30% di media nazionale. È quanto accade nei "Siti di interesse nazionale per le bonifiche" (Sin), che coincidono con i maggiori agglomerati industriali e sono stati studiati dal "Progetto Sentieri" ("Studio epidemiologico nazionale dei territori e degli insediamenti esposti a rischio da inquinamento"), coordinato dall'Istituto superiore di Sanità, presentato ieri dai ministri per la Salute e per l'Ambiente, Renato Balduzzi e Corrado Clini.

Un panorama sconcertante al quale i ricercatori sono giunti esaminando 44 Sin e valutando la mortalità nelle popolazioni residenti su dati riguardanti il periodo 1995/2002, durante il quale si sono registrate appunto quasi 10mila morti in più rispetto alle attese. Con gli indi-

catori di mortalità calcolati per 63 cause o gruppi di cause.

«Il dato probabilmente è un po' sovrastimato, ma l'ordine di grandezza è giusto», ha spiegato Pietro Comba dell'Istituto superiore di Sanità, l'autore principale dello studio. Come sempre poi c'è la precisazione degli esperti: in pochi casi è possibile attribuire con certezza la correlazione fra agenti inquinanti e maggiore mortalità, però in quasi tutti i Sin questo "sospetto" è tanto forte da far «raccomandare ulteriori indagini».

**L'amianto.** La presenza di amianto è stata la motivazione esclusiva per il riconoscimento di sei Sin (Balangero, Emarese, Casale Monferrato, Broni, Bari-Fibronit e Biancavilla) e «in tutti, con l'esclusione di Emarese, si sono osservati incrementi della mortalità per tumore maligno della pleura». Ed in sei siti con presenza di altre sorgenti di inquinamento oltre all'amianto, «la mortalità per tumore maligno della pleura è in eccesso a Pitelli, Massa Carrara, Priolo e nell'Area del litorale vesuviano».

**Le raffinerie.** Difficile, come detto, correlare direttamente cause ed effetti. Tuttavia, in alcuni casi, è possibile: per gli incrementi di mortalità per tumore polmonare e malat-

tie respiratorie non tumorali, «a Gela e Porto Torres è stato suggerito un ruolo delle emissioni di raffinerie e poli petrolchimici», come anche «a Taranto e nel Sulcis-Iglesiente-Guspinese un ruolo delle emissioni degli stabilimenti metallurgici».

**I metalli pesanti.** Negli eccessi di mortalità per malformazioni congenite e condizioni morbose perinatali «è stato valutato possibile un ruolo eziologico dell'inquinamento ambientale a Massa Carrara, Falconara, Milazzo e Porto Torres», annotano i ricercatori dell'Istituto di Sanità. Mentre per le patologie del sistema urinario, in particolare le insufficienze renali, «un ruolo causale di metalli pesanti, Ipa e composti alogenati, è stato ipotizzato a Massa Carrara, Piombino, Orbetello, nel Basso bacino del fiume Chienti e nel Sulcis-Iglesiente-Guspinese».

**Il piombo e il mercurio.** Incrementi di malattie neurologiche per i quali è stato sospettato un ruolo di piombo, mercurio e solventi organoalogenati – si legge ancora nel "Progetto Sentieri" – «sono stati osservati rispettivamente a Trento Nord, Grado e Marano e nel Basso bacino del fiume Chienti». E «l'incremento dei linfomi non-Hodgkin a Brescia è stato messo in relazione con la contaminazione diffusa da policlorobifenili».

«**Sovramortalità.** Tornando a dare un'occhiata complessiva, «è emerso che la mortalità in tutti i Sin, per le cause di morte con evidenza a priori "Sufficiente" o "Limitata" per le esposizioni ambientali presenti, supera l'atteso». Una sovrasmortalità che è stata riscontrata anche estendendo l'analisi a tutte le cause di morte, con una media di oltre 1.200 casi annui in più.

**Necessità dei dati.** Ultima annotazione: «Il gruppo di lavoro del Progetto ritiene che la produzione di ulteriori dati epidemiologici relativi alle popolazioni residenti nei Sin sia necessaria per una più approfondita comprensione dell'impatto sanitario dei siti contaminati e una migliore individuazione delle priorità negli interventi di risanamento ambientale». Perciò i risultati sono stati già condivisi con i ministeri della Salute e dell'Ambiente, le Regioni, le Asl, le Arpa e i Comuni interessati.

**Nuove sinergie.** Così da consentire – chiudono ottimisticamente i ricercatori – «l'attivazione di sinergie fra le strutture pubbliche con competenze in materia di protezione dell'ambiente e di tutela della salute, e su questa base l'avvio di un processo di comunicazione con la popolazione scientificamente fondato e trasparente».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

### I «SIN»

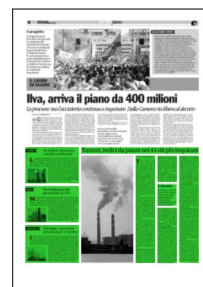
## Sei milioni di persone a rischio ambientale

**L**a popolazione residente (al Censimento 2001) nei "Siti d'interesse nazionale per le bonifiche" (Sin) studiati dal progetto Sentieri costituisce il 10% di quella italiana (circa 6 milioni). E i 44 Sin mostrano grande eterogeneità per numero di Comuni e popolazione residente: 15 includono un solo Comune, arrivando ai 48 di Casale Monferrato e ai 77 del Litorale Domizio Flegreo e Agro Aversano.



Il concetto di sito inquinato venne introdotto, con la definizione di "aree ad elevato rischio ambientale", dalla legge 349 dell'86. Un sito viene considerato inquinato quando in una delle matrici (suolo o sottosuolo o acque) si riscontra anche un solo superamento nella concentrazione degli inquinanti indice rispetto alla concentrazione limite prevista dalla normativa. (P.Cio.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA





**ILVA**

## Mortalità generale più alta fino al 15%

**N**ella zona del polo siderurgico di Taranto si rileva un eccesso tra il 10% e il 15% della mortalità generale e per tutti i tumori, sia nelle donne che negli uomini, come ha rilevato il "Progetto Sentieri. Il quadro della mortalità per la popolazione residente testimonia la presenza di «un ambiente di vita insalubre» ed è «in linea con i precedenti studi descrittivi sulla mortalità condotti nell'area, ma anche con dati di incidenza e morbosità».



L'evidenza di un ambiente sfavorevole «è dovuta alla convergenza dei dati di monitoraggio ambientale e biologico e relativi al tipo e all'entità delle emissioni industriali», ma anche «ai risultati di studi epidemiologici di tipo analitico, descrittivo geografico» e «indagini epidemiologiche multicentriche e di valutazione d'impatto sanitario». (P.Cio.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**TARANTO**

## Patologie: i nuovi dati arriveranno il 12 ottobre

**I** nuovi dati sulla mortalità nel sito dell'Ilva di Taranto saranno resi noti il 12 ottobre, come ha confermato ieri il ministro della Salute: «Stiamo attendendo conferme relative a tre profili. La prima è che su un arco di dodici anni c'è una variazione dell'esposizione per alcune patologie. Inoltre stiamo elaborando i risultati di un monitoraggio biologico per valutare una criticità relativa ai prodotti caseari. Infine,



saranno presentati i risultati di uno studio nazionale sull'inquinamento dei mitili», che dovrebbero essere presentati il 12 ottobre». Sempre a proposito di Ilva: «Non dico che i dati epidemiologici della Procura di Taranto sono inaffidabili – spiega il ministro dell'Ambiente, Corrado Clini –. Anzi, appena la Procura mi ha fatto avere quella perizia, ho subito riaperto la procedura per l'Autorizzazione integrata ambientale». (P.Cio.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## DOSSIER

# Sei milioni di italiani vivono in zone ad alto rischio ambientale

## L'allarme del Cnr e dell'Istituto Superiore di Sanità: morti in eccesso

### ARIA INQUINATA

**In aumento i casi di mortalità non solo tra gli operai ma anche tra chi vive vicino alle fabbriche**

PAOLO RUSSO  
ROMA

Una, dieci, quarantaquattro Ilva che con polveri, esalazioni e fumi minacciano la salute dei 6 milioni di italiani che vivono nelle aree ad alto rischio ambientale. Quelle passate al setaccio dallo studio di Cnr e Istituto superiore di sanità «Sentieri». Un nome che evoca una vecchia soap televisiva e che invece parla di morti da avvelenamento industriale. Almeno 1.200 decessi l'anno in eccesso rispetto alle normali medie nazionali, con tassi più alti soprattutto a sud e nelle aree contaminate dall'amianto, dove nel periodo 2003-2008 c'è stata un'impennata del 32% dei decessi per tumore della pleura. Il rapporto presentato ieri dal Ministro della Salute, Renato Balduzzi, sembra dire che le bonifiche realizzate o solo annunciate in questi anni non hanno prodotto effetti perché intorno ai grandi poli chimici e petrolchimici, nelle vicinanze di centrali elettriche e siderurgiche, di miniere, porti, discariche e incenerito-

ri la mortalità è più alta del 15% rispetto al resto del Paese.

Nei 44 siti censiti dallo studio in media sono le vie respiratorie quelle più colpite. Dove c'è presenza di amianto le morti in eccesso per tumore polmonare sono ben 330 e quelle per carcinoma pleurico sono il triplo della norma (416 morti in eccesso). Ma il tumore al polmone miete vittime anche intorno a poli petrolchimici e raffinerie (643 casi in eccesso). I dati sugli inceneritori sembrano invece dar ragione a tanti comitati territoriali, visto che nei loro dintorni la percentuale di carcinomi al fegato è doppia rispetto agli standard.

Nella lista dei siti a maggior rischio si conferma l'Ilva, dove i dati sono però fermi al periodo 2000-2004, con un eccesso tra il 10 e il 15% di tutti i tumori e con un picco del +24% di quelli al polmone. «Il 12 ottobre il Ministero della salute presenterà i nuovi dati», ha annunciato Balduzzi. Precisando anche: «non credo che la magistratura abbia dati diversi da quelli di cui disponiamo». Il ministero continua a smentire ma secondo indiscrezioni i nuovi dati confermerebbero il trend negativo degli ultimi anni. Ma per ora le informazioni restano il cassetto. Forse per non creare ostacoli al progetto di risanamento da 400 milioni dal quale dipende il futuro occupa-

zionale dell'azienda, presentato ieri in Procura dal Presidente dell'Ilva, Bruno Ferrante, proprio mentre i custodi ordinavano di spengere parte dell'impianto siderurgico.

Ma non c'è solo Taranto a vivere l'allarme rosso che sembra voler far conflagrare il diritto alla salute con quello al lavoro. La Ferriera di Servola a Trieste, per ammissione dello stesso Ministro dell'Ambiente Corrado Clini rischia di diventare un'Ilva 2. A preoccupare qui sono soprattutto le emissioni di benzopirene alle quali sarebbe correlato l'aumento di mortalità, soprattutto per malattie acute respiratorie e per tumori del colon retto. Anche l'area del petrolchimico di Gela è ad alto rischio, non solo per i lavoratori ma per tutti i 72mila abitanti dell'area, che vedono in aumento tumori e casi di asma. Nella zona mineraria e di raffinerie del Sulcis poi a rischiare carcinomi e malattie respiratorie o circolatorie non sono solo gli adulti ma anche i bambini di Sarroch e Portoscuso, dove bronchiti ed asma colpiscono molto più che altrove. Nella parte alta della lista dei siti più a rischio si piazzano anche le aree di Casale Monferrato, dove l'amianto continua a mietere vittime e quella di Porto Torres, dove i danni peggiori li subiscono i lavoratori del petrolchimico. Un'Italia dei veleni da risanare. Al più presto.





