Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 07/2016: 369.812
Diffusione 07/2016: 251.862
Lettori Ed. II 2016: 2.162.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Mario Calabresi

07-OTT-2016
da pag. 23
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

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

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

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

ELVIRA NASELLI

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

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

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

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

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

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

©RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

IL SECOLO XIX

07-10-2016

Lettori
75.054

http://www.ilsecoloxix.it/

Una donna su quattro non adotta sistemi contraccettivi corretti

Una donna italiana su quattro non adotta le giuste precauzioni per evitare le gravidanze indesiderate. Più **spregiudicate sono le under 30**, ma in realtà oggi le maggiori preoccupazioni riguardano le ragazze meridionali e straniere.
È questa la fotografia delle ragazze italiane in materia di contraccezione, scattata in occasione della giornata mondiale dalla **Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia** (Sigo). «Il quadro denota una scarsa consapevolezza - afferma Paolo Scollo, direttore della divisione di ostetricia e ginecologia dell'Azienda Ospedaliera "Cannizzaro" di Catania e presidente della Sigo -. Nel nostro Paese certi temi sono ancora considerati un tabù. Servono programmi di educazione mirati alle categorie più propense a comportamenti scorretti e pericolosi».

Nel 2014 quasi 8000 mamme under 19
Nel nostro Paese, secondo l'Istat, quasi una donna fertile su quattro utilizza sistemi poco sicuri per evitare una gravidanza indesiderata. A primeggiare è il ricorso al preservativo (842 per cento), seguito dalla pratica del coito interrotto, (la adotta quasi il 18 per cento di esse).

In poche, appena il 16,2 per cento, sceglie la contraccezione ormonale: con tassi più bassi registrati nelle regioni meridionali, da cui non a caso proviene più della metà delle 7.819 baby mamme (under 19) che hanno partorito nel 2014. Il problema è particolarmente sentito soprattutto tra le giovanissime: il 42 per cento delle under 25

italiane non usa nessun metodo contraccettivo durante la prima esperienza sessuale.

Ancora poco utilizzati, sebbene quasi una donna abbia dichiarato nell'indagine condotta dalla Sigo di essere favorevole, i metodi di contraccezione cosiddetti «fit and forget»: ritenuti più comodi rispetto all'anello, al cerotto e alla pillola. Tra questi ci sono il sistema intrauterino (possiede un serbatoio contenente l'ormone progestinico, può durare fino a cinque anni), il dispositivo al rame (il filamento che rilascia ioni di questa sostanza è inserito cavità uterina) e l'impianto sottocutaneo (collocato sotto la pelle del braccio).

Addio pillola gratuita

Le osservazioni che giungono dagli esperti sono corrette: in Italia c'è ancora molta strada da percorrere, in materia di contraccezione. La politica però non aiuta, visto che da un paio di mesi l'Agenzia Italiana del Farmaco (Aifa) ha portato le pillole anticoncezionali in fascia C. Di fatto una donna che vuole assumerle per evitare di rimanere incinta - ma gli stessi prodotti vengono prescritti anche per curare disfunzioni ormonali, endometriosi, cisti e fibromi - deve oggi sobbarcarsi l'intero costo del farmaco, che in media si aggira sui 7-8 euro.

LA STAMPA.it

07-10-2016
Lettori
221.508

http://www.lastampa.it/

Una donna su quattro non adotta sistemi contraccettivi corretti

7.819 mamme under 19 hanno partorito nel 2014. Sotto i 30 anni si tende alla spregiudicatezza e ci si affida al caso. La pillola non è più gratuita ma ci sono i sistemi fit&forget

FABIO DI TODARO

Una donna italiana su quattro non adotta le giuste precauzioni per evitare le gravidanze indesiderate. Più **spregiudicate sono le under 30**, ma in realtà oggi le maggiori preoccupazioni riguardano le ragazze meridionali e straniere.

È questa la fotografia delle ragazze italiane in materia di contraccezione, scattata in occasione della giornata mondiale dalla Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (Sigo). «Il quadro denota una scarsa consapevolezza - afferma Paolo Scollo, direttore della divisione di ostetricia e ginecologia dell'Azienda Ospedaliera "Cannizzaro" di Catania e presidente della Sigo -. Nel nostro Paese certi temi sono ancora considerati un tabù. Servono programmi di educazione mirati alle categorie più propense a comportamenti scorretti e pericolosi».

NEL 2014 QUASI 8000 MAMME UNDER 19

Nel nostro Paese, secondo l'Istat, quasi una donna fertile su quattro utilizza sistemi poco sicuri per evitare una gravidanza indesiderata. A primeggiare è il ricorso al preservativo (842 per cento), seguito dalla pratica del coito interrotto, (la adotta quasi il 18 per cento di esse).

In poche, appena il 16,2 per cento, sceglie la contraccezione ormonale: con tassi più bassi

registrati nelle regioni meridionali, da cui non a caso proviene più della metà delle 7.819 baby mamme (under 19) che hanno partorito nel 2014. Il problema è particolarmente sentito soprattutto tra le giovanissime: il 42 per cento delle under 25 italiane non usa nessun metodo contraccettivo durante la prima esperienza sessuale. Ancora poco utilizzati, sebbene quasi una donna abbia dichiarato nell'indagine condotta dalla Sigo di essere favorevole, i metodi di contraccezione cosiddetti «fit and forget»: ritenuti più comodi rispetto all'anello, al cerotto e alla pillola. Tra questi ci sono il sistema intrauterino (possiede un serbatoio contenente l'ormone progestinico, può durare fino a cinque anni), il dispositivo al rame (il filamento che rilascia ioni di questa sostanza è inserito cavità uterina) e l'impianto sottocutaneo (collocato sotto la pelle del braccio).

ADDIO PILLOLA GRATUITA

Le osservazioni che giungono dagli esperti sono corrette: in Italia c'è ancora molta strada da percorrere, in materia di contraccezione. La politica però non aiuta, visto che da un paio di mesi l'Agenzia Italiana del Farmaco (Aifa) ha portato le pillole anticoncezionali in fascia C. Di fatto una donna che vuole assumerle per evitare di rimanere incinta - ma gli stessi prodotti vengono prescritti anche per curare disfunzioni ormonali, endometriosi, cisti e fibromi - deve oggi sobbarcarsi l'intero costo del farmaco, che in media si aggira sui 7-8 euro.

il Giornale.it

07-10-2016

http://www.ilgiornale.it/news/

Sesso? Ancora questo sconosciuto

Una volta, si diceva che le giovani arrivavano al matrimonio in maniera quasi inconsapevole. Non avevano avuto rapporti sessuali e, dopo aver ascoltato i consigli di mammà, si preparavano alla fatidica prima notte, piene di incertezze e, il più delle volte, anche di paure. Adesso, invece, si è convinti che i giovani sappiano già tutto, anche troppo. Ragazze disinvolte, spesso disinibite, sembrano non avere dubbi sul come, quando e perché in materia sessuale. Insomma, paiono lontani i tempi nei quali si scriveva alla rivista riservata alle adolescenti con quesiti del tipo: "Ho baciato il mio ragazzo: rischio di essere incinta?" che facevano sorridere, ma fino ad un certo punto. Invece, non è così, almeno a sentire il prof. Paolo Scollo, presidente della Sigo, la Società italiana di Ginecologia e Ostetricia, che in occasione della Giornata Mondiale della Contraccezione ha dipinto un quadro non proprio ottimista rispetto alla giusta percezione che la nuova generazione ha in tema di sessualità e di affettività. Gli addetti ai lavori concordano come sia necessario promuovere una certa cultura in una materia così delicata come quella sessuale. Da un'indagine, nel nostro Paese, emerge come il 24,8% delle donne in età fertile utilizzi ancora sistemi poco sicuri per evitare una gravidanza indesiderata. Specialmente nelle Regioni del Mezzogiorno e in Sicilia, sembra che i metodi di contraccezione siano visti come un tabù. Sigo, la Società italiana di Ginecologia e Ostetricia, è scesa in campo promuovendo una campagna educativa della contraccezione. Il prof. Paolo Scollo, presidente della Sigo, ammette che serve maggior informazione su sessualità e anche affettività. Perché un'italiana su 4 si avvicina al sesso in maniera inconsapevole. "La campagna sarà a tutto campo, partendo dall'anatomia, alla fisiologia, fino ai metodi contraccettivi validi. Soprattutto tra le nuove generazioni, manca la cultura e la conoscenza dell'argomento: si affidano ai consigli dell'amica e a quello che riporta il web, ma la cultura sessuale non si fa né con whatsapp, né con Fb. Sorprende, addirittura, che al test di medicina, la maggior parte dei candidati non abbia saputo rispondere alla domanda relativa alle tube di Falloppio. E' evidente un'urgenza di diffondere una cultura sessuale perché è chiaro che, soprattutto tra le giovani, regni una gran confusione. Le Società scientifiche hanno, dunque, un ruolo importante".

Il primo giornale di economia e business diffuso nell'Isola
QUOTIDIANO DI SICILIA
Regionale di Economia Business Istituzioni Ambiente No profit e Consumo

07-10-2016

http://www.qds.it/

Contraccezione e baby mamme. In Sicilia il record negativo

Dati Istat: nella nostra regione solo il 10,8% delle donne usa il metodo contraccettivo ormonale. Nel 2014 sono state 484 le 18-19enni che hanno dato alla luce un figlio

PALERMO - Contraccezione, questa sconosciuta. In Sicilia, soltanto il 10,8% delle donne usa il meodo contraccettivo ormonale. Un dato dell'Istat, discusso dalla Sigo, la società Italiana di ginecologia e ostetricia, durante la Giornata Mondiale della contraccezione, celebrata in tutti i cinque continenti. È la Sardegna, con il 30,3%, la regione con la copertura più vasta sull'uso di contraccettivi, seguita dalla Valle d'Aosta dove il 23% delle donne ne fa uso. Ma lo scarso uso di metodi contraccettivi è diffuso in tutto lo Stivale.

Infatti, nel nostro Paese il 24,8% delle donne in età fertile utilizza sistemi poco sicuri per evitare una gravidanza indesiderata. Il 17,5% ricorre alla pericolosa pratica del coito interrotto, il 4,2% si affida ai metodi naturali e il 3,1% alla buona sorte o altri rimedi. La contraccezione ormonale viene scelta invece solo dal 16,2% delle italiane. Particolarmente basso risulta l'utilizzo nelle regioni del Mezzogiorno e in Sicilia. è proprio da questi territori che provengono più della metà delle 7.819 baby mamme, con meno di 19 anni, che hanno partorito nel 2014.

La Sicilia detiene un record: quello delle **baby mamme** con meno di 18 anni che hanno partorito nel 2014. Sono in tutto 484 mentre sono state 1015 le baby mamme siciliane, di età compresa tra 18 e 19, che hanno dato alla luce un figlio nel 2014. "Un quadro che denota una scarsa consapevolezza e che richiede interventi di educazione sessuale e all'affettività sin dalla scuola - spiega il prof. Paolo Scollo, presidente nazionale della Società italiana di ginecologia e ostetricia e primario del reparto di ginecologia ed ostetricia all'ospedale Cannizzaro di Catania . Per questo la nostra Società scientifica ha aderito ufficialmente alla Giornata mondiale della contraccezione. Nel nostro Paese certi temi sono ancora considerati un tabù. Soprattutto servono programmi educazionali specifici per le categorie più propense a comportamenti scorretti e pericolosi come gli under 30 e le donne d'origine straniera".

In occasione della Giornata mondiale è stata presentata anche un'indagine condotta in 9 Paesi su 4.500 donne d'età compresa tra i 20 e 29 anni di cui 500 italiane. "Una donna su due è alla ricerca di un contraccettivo fit and forget (metti e dimentica) che garantisca una maggiore serenità e che sia più comodo rispetto a pillola, anello o cerotto - afferma la professoressa Valeria Dubini, consigliere nazionale Sigo. Jaydess è il sistema intrauterino smart più piccolo al mondo e possiede queste

caratteristiche. Utilizza una dose di ormoni più bassa rispetto ai precedenti dispositivi. Agisce solo a livello locale e per questo non ha un impatto sull'aumento di peso che è uno degli effetti collaterali più temuti". "La contraccezione che non richiede un'assunzione regolare presenta enormi vantaggi - aggiunge il professpre Emilio Arisi, presidente nazionale della Società medica italiana per la contraccezione (Smic) -. Evita quasi il 100% delle gravidanze e per essere efficace non richiede sforzi mnemonici. Gli errori di assunzione o utilizzo sono praticamente inesistenti. In più i sistemi intrauterini, a differenza di spirali al rame e impianti sottocutanei, hanno un'azione esclusivamente locale e non agiscono a livello sistemico. Per tutti questi motivi sono particolarmente indicati anche per le 20-30enni". La contraccezione intrauterina è usata da oltre 160 milioni di donne e rappresenta la via di somministrazione più diffusa al mondo. In Italia il livello di utilizzo è in crescita anche se è ancora più basso rispetto alla media europea.

"L'innovazione medico-scientifica ha portato a dispositivi come Jaydess che possono essere tranquillamente usati anche dalle giovani o dalle donne che non hanno mai affrontato una gravidanza. Vivere la propria sessualità e affettività in maniera libera e consapevole è un diritto di tutti - aggiunge Scollo -. Questo è possibile anche grazie alla contraccezione che permette di pianificare, in totale libertà, una maternità. È una scelta importante che può risultare difficile perché i metodi disponibili sono numerosi. Ognuno possiede delle caratteristiche specifiche. Secondo l'indagine internazionale il 62% delle italiane cambierebbe il proprio sistema chiedendo consiglio al ginecologo, il migliore alleato del benessere femminile. Solo l'8% preferirebbe leggere consigli o opinioni su internet dove non sempre le notizie sono certificate".

Profilo. Sigo, consulenze sul web da oltre 10 anni

La Sigo è presente sul web da oltre 10 anni con la campagna "Scegli tu" che è nata per offrire a tutti un'informazione completa e qualificata sulle proprie scelte sessuali, affettive e riproduttive. "Colonna portante" dell'iniziativa è il sito www.sceglitu.it. Al suo interno c'è la pagina Parla con il gine dove 7 giorni su 7 due esperti rispondono on line alle domande degli utenti. Nelle prossime settimane sarà distribuita in tutti i consultori e ambulatori di ginecologia attivi sul territorio nazionale. In occasione della Giornata mondiale della contraccezione la Sigo rinnova l'appello alle istituzioni italiane perché sia approvata, quanto prima, una legge per l'educazione alla sessualità e affettività.
"Nel nostro Paese non sono materie obbligatorie previste nei programmi ufficiali del ministero dell'Istruzione - afferma Paolo Scollo -. Ogni singolo istituto scolastico è libero di scegliere autonomamente come, quando e se svolgere dei corsi specifici. Abbiamo chiesto diversi appuntamenti alla ministra Stefania Giannini per discutere di queste tematiche: ci auguriamo ci riceva presto".

la Repubblica.it

06-10-2016

Lettori
291.389

http://www.repubblica.it/

Se la sanità è pubblica, il cancro arretra

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

di DANIELA MINERVA

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

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

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

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

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

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

SALUTE E BENESSERE

ED. ON LINE DEL SETTIMANALE

07-10-2016

Lettori
13.114

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

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

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

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

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

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

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 07/2016: 33.675
Diffusione 07/2016: 23.153
Lettori Ed. II 2016: 468.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA GAZZETTA DEL MEZZOGIORNO

Dir. Resp.: Giuseppe De Tomaso

07-OTT-2016
da pag. 11
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

INQUINAMENTO DOPO LA RICHIESTA AVANZATA DAL SINDACO STEFÀNO

La Lorenzin fa studiare il dossier tumori-Taranto

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

PALMIOTTI CON ALTRI SERVIZI A PAGINA 11 >>

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

Ilva, scende in campo il ministro Lorenzin

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

DOMENICO PALMIOTTI

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

Il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, e il sottosegretario alla presidenza del Consiglio, Claudio De Vincenti: ecco i due rappresentanti dell'esecutivo Renzi che si sono interfacciati col sindaco dopo che lunedì, in presenza di dati che indicano un eccesso di mortalità e di malattie per l'inquinamento del siderurgico, lo stesso sindaco ha detto di avere pronta un'ordinanza che dispone la chiusura degli impianti. Ordinanza non resa esecutiva perchè Stefàno attende prima di conoscere la verità su quei dati, ovvero se hanno o meno validazione scientifica. E per questo si è rivolto al ministro della Salute. E Lorenzin l'ha fatto contattare dal suo capo di gabinetto. «Che mi ha detto - riferisce Stefàno - che il ministro ha acquisito lo studio del Centro Salute e Ambiente e lo ha trasmesso per un'analisi approfondita all'Istituto superiore di sanità. Mi è stato assicurato che il ministro ha chiesto priorità perchè si rende conto di come la questione sia molto delicata. È ovviamente un segnale importante, di attenzione ed ascolto alla città, rispetto al tema da me sollevato. Adesso mi auguro che la risposta giunga nel più breve tempo possibile».

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

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

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

quotidianosanità.it

Giovedì 06 OTTOBRE 2016

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

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

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

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

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

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

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

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

bionde vere.

Di chi è la colpa? Gli autori del pezzo sul NEJM attribuiscono la responsabilità dell'uso delle sigarette elettroniche tra i ragazzi di 12-17 anni al marketing aggressivo che si avvale di campagne pubblicitarie con tanto di sorrisi seduttivi delle celebrities; il resto lo fanno gli aromi evocanti immagini o profumi (come lo zucchero filato) che fanno presa sugli adolescenti. E c'è anche chi si è preso la briga di quantificare il fenomeno, calcolando che l'esposizione dei minori alla pubblicità televisiva di e-cig è aumentata del 256% tra il 2011 e il 2013. Nel 2013 gli spettatori minorenni di queste pubblicità sarebbero stati ben 24 milioni. Un mare magnum insomma nel quale gettare la rete.
Negli USA attualmente il mercato delle e-cig è stimato nell'ordine dei 1,5 miliardi di dollari ma le previsioni sono di un incremento di vendite pari allo 24,2% l'anno, da qui al 2018, fino a toccare i 10 miliardi di dollari nel 2017.

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

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

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

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

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

Lo studio della composizione dell'aerosol delle sigarette elettroniche ha inoltre evidenziato la presenza di una serie di sostanze, molte delle quali cancerogene, come formaldeide e acetaldeide, anche se in concentrazioni minori rispetto al fumo delle bionde.
Fin qui gli studi 'chimici'; molto più indietro sono quelli in vivo, l'analisi cioè degli effetti biologici di liquidi ed aerosol delle sigarette elettroniche. Gli studi animali dimostrano che l'esposizione agli aerosol delle e-cig produce infiammazione a livello del polmone, stress ossidativo polmonare e sistemico, alterazioni funzionali della barriera endoteliale del polmone, aumenta i livelli delle citochine infiammatorie nel liquido di lavaggio bronco-alveolare.

Altri studi suggeriscono che le e-cig, sempre negli animali, aumentano il rischio di infezioni respiratorie, sia virali che batteriche.
Per quanto riguarda la salute umana, molto semplicemente gli autori dello studio sostengono che non si possa ancora dire nulla con certezza sui possibili effetti a breve o a lungo termine delle sigarette elettroniche. Mancano gli studi, i dati, le evidenze scientifiche certe.

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

Al momento insomma è impossibile stabilire con certezza la totale innocuità o rivelare i possibili danni da sigarette elettroniche; si può forse affermare che siano meno dannose delle sigarette vere, ma non ci sono 'prove provate' della loro assoluta safety.
E non ci sono neppure prove convincenti che le e-cig aiutino a tagliare i ponti con le sigarette, cioè che siano un valido ausilio per smettere di fumare.

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

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

Maria Rita Montebelli

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 07/2016: 183.852
Diffusione 07/2016: 124.550
Lettori Ed. II 2016: 843.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

07-OTT-2016
da pag. 26
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

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

Manovra, per la sanità ipotesi 112,5 mld

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

Come noto, il Def prevedeva 113 mld, 2 in più del 2016. Ma a via XX Settembre la linea Maginot e ancora ferma a «quota 111», tanto più con le previsioni al ribasso del Pil e delle partite interne da finanziare e davanti al pressing di Bruxelles. Le stesse parole di Renzi in queste settimane non hanno certo tranquillizzato: «Per la sanità non ci saranno tagli», ha ripetuto più volte. Già, ma a partire da quale asticella? Perché 112 mld rappresenterebbero comunque un aumento di risorse sul 2016, ma sarebbero meno di quanto inizialmente previsto e concordato con le regioni.

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

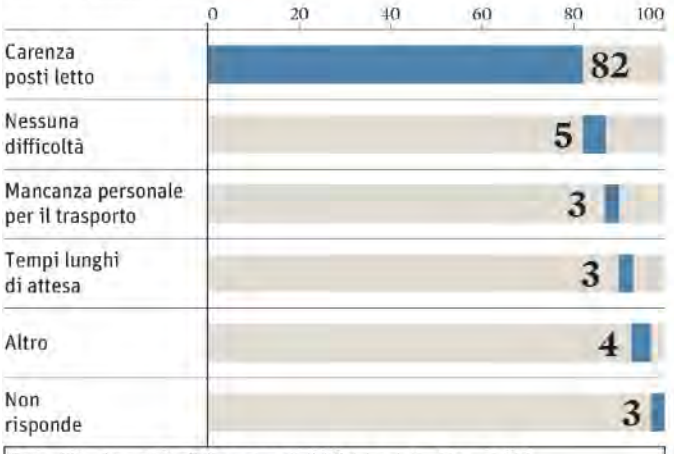
Certo è che ieri c'è stato il fuoco incrociato dei sindacati e dei senatori "sanitari". I primi, tutti i sindacati medici, che hanno chiesto apertamente di «investire nel Ssn e nel contratto di lavoro», minacciando più giornate di sciopero. La commissione Igiene e sanità del Senato, nel parere sull'aggiornamento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

R. Tu.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le carenze nelle situazioni di emergenza

LE DIFFICOLTÀ DI ACCESSO PER CHI NECESSITA DI RICOVERO
Valore in percentuale



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

LA GESTIONE DEI POSTI LETTO

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

53%
Conoscenza dei posti disponibili
In poco più della metà dei pronto soccorso esiste un sistema per permettere di sapere in tempo reale i posti disponibili in ospedale

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 07/2016: 36.820
Diffusione 07/2016: 9.596
Lettori: n.d.
Quotidiano - Ed. nazionale

il manifesto

Dir. Resp.: Norma Rangeri

07-OTT-2016
da pag. 4
foglio 1
www.datastampa.it

SALUTE

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

Un accordo sulla «mobilità sanitaria» sottoscritto dalle regioni del Sud (Puglia, Calabria, Sicilia) condanna queste ultime ad essere sfruttate in eterno da alcune regioni del nord

IVAN CAVICCHI

PAGINA 4

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

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

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

IVAN CAVICCHI

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

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

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

Ma andiamo per ordine. Cosa è la mobilità sanitaria?

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

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

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

LA PAROLA «SFRUTTAMENTO» non è né ideologica e né esagerata. La Campania (la più indebitata) ha un saldo passivo di ben 281 milioni, la Calabria di 256,2 mln, il Lazio 198,2 mln la Puglia 184,4 mln, la Sicilia 179,2 mln ecc. Dall' altra parte, la Lombardia ha un saldo attivo di 538,4 mln, l'Emilia 333,1 mln, la Toscana 135 mln e il Veneto 85,3 mln. Senza queste risorse aggiuntive queste quattro regioni probabilmente andrebbero in disavanzo rischiando il commissariamento. Per cui la loro reazione è il ricorso al cannibalismo: «Mors tua vita mea». E De Luca, Emiliano, Crocetta ed altri onorevoli presidenti come Toti hanno firmato.

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

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

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

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 07/2016: 147.879
Diffusione 07/2016: 74.171
Lettori Ed. II 2016: 482.000
Quotidiano - Ed. nazionale

il Giornale

Dir. Resp.: Alessandro Sallusti

07-OTT-2016
da pag. 11
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

LA POLEMICA

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

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

Gian Maria De Francesco

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

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

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

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

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

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Sfoglia il Quotidiano Digitale Sfoglia Sanità Digitale HiQPdf Evaluation 10/06/2016 ABBONATI ACCEDI

Sanità24 Il Sole 24 ORE

6 ott 2016

SEGNALIBRO
FACEBOOK
TWITTER

TAG
Prestazioni sanitarie
Assunzioni
Finanziamenti
Veterinario

LAVORO E PROFESSIONE

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

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

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

Ecco il documento:

La sentenza della Corte Costituzionale del 24 giugno scorso ha sancito l'illegittimità del blocco dei contratti del Pubblico Impiego, irrinunciabili strumenti di governo, anche della spesa, e di innovazione dei modelli organizzativi. Ciò nonostante le trattative non sono ancora riprese. Oltre al tramonto di ogni ipotesi di ristoro economico del danno conseguente a sette anni di blocco, va perdendosi ogni speranza di un rinnovo in tempi ravvicinati e non peggiorativo del Ccnl vigente.
Se è vero come è vero che “in Sanità si è tagliato anche troppo”, 35 miliardi dal 2010 in poi, mettendo a rischio sostenibilità e universalismo, e determinando il peggioramento di molti indicatori di salute e l'allargamento della forbice tra Nord e Sud, senza i 2 miliardi di euro di incremento del FSN, che Ministro della salute e Regioni considerano irrinunciabili, non ci saranno le condizioni per l'effettiva ed omogenea erogazione dei LEA né tantomeno per il rinnovo dei contratti di lavoro del personale della sanità. Una annunciata Exit Sanità Pubblica lascia, così, i cittadini soli di fronte alla loro fragilità e alle malattie, limitando l'accesso alle cure per milioni di loro. Oggi essere curati secondo i bisogni costituisce un principio etico, civile e sociale fortemente minacciato e, da qualche parte del nostro Paese, già pericolosamente travalicato.

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

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

HiQPdf Evaluation 10/06/2016

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

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

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

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

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

1. implementi le risorse disponibili per un finanziamento del triennio contrattuale coerente con il valore e la funzione sociale del nostro lavoro

2. preveda, anche per la sanità pubblica, la defiscalizzazione del salario di produttività

3. estenda al settore pubblico le agevolazioni del cosiddetto “welfare aziendale”

4. recuperi i tagli lineari ai fondi contrattuali, che in questi anni hanno ridotto le retribuzioni effettive depauperando le risorse destinate a premiare il merito e remunerare il disagio

5. ristabilisca i meccanismi contrattuali, garantendo la salvaguardia della RIA a partire dal 2016

6. acceleri la stabilizzazione dei precari e l'aumento dell'occupazione giovanile, promesso con la legge di stabilità dello scorso anno, per rispettare la direttiva europea sull'orario di lavoro, largamente disattesa in Italia.

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

Le Organizzazioni sindacali, non vogliono essere spettatrici passive del declino inesorabile della sanità pubblica e del ruolo e dello status delle categorie che rappresentano, quanto parte responsabile per garantire l'efficacia dell'assistenza ad un costo minore. Chiedono, però, al Governo un segnale di cambiamento, che scommetta sul capitale umano del SSN, bene comune da valorizzare e non da liquidare in maniera strisciante.
In caso di mancate o non soddisfacenti risposte nella legge di stabilità, daremo vita, dopo aver già dichiarato lo stato di agitazione, ad iniziative di informazione e sensibilizzazione di tutto il personale della sanità e dei cittadini, spiegando loro quanto fallimentari siano le scelte politiche riguardanti il SSN ed i loro destini, finalizzate alla mobilitazione sociale ed alla effettuazione di una o più giornate di sciopero nazionale, nel rispetto della normativa vigente.

HiQPdf Evaluation 10/06/2016

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

© RIPRODUZIONE RISERVATA

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

CORRELATI

AZIENDE E REGIONI
05 Agosto 2015

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

IN PARLAMENTO
02 Settembre 2015

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

DAL GOVERNO
14 Settembre 2015

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

Privacy policy | Informativa estesa sull'utilizzo dei cookie

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 06/2016: 85.000
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Tutto Settimanale

Dir. Resp.: Luca Arnaù

12-OTT-2016
da pag. 58
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

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

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

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

di **Marco Mancin**

"Prevenzione, programmazione, innovazione e ricerca sono sempre state, e saranno, le nostre parole d'ordine".
Il ministro della salute Beatrice Lorenzin a tutto campo in questa intervista ci parla delle tante cose fatte, dei nuovi Lea, dell'importanza di tutelare la salute della donna e della prevenzione dell'infertilità.

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

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

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

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

Da un lato sono state messe in elenco numerose prestazioni in più nel "paniere" di quelle erogate dal sistema sanitario nazionale, dall'altro si sono eliminate quelle ormai obsolete sostituendole con prestazioni al passo con gli avanzamenti della tecnologia e della scienza. Abbiamo puntato ad una maggiore attenzione all'appropriatezza in tutti gli ambiti di intervento, oltre che ad una razionalizzazione della spesa. Più in dettaglio sono stati inseriti nei Lea nuovi vaccini, per la specialistica ambulatoriale sono state introdotte nuove prestazioni, c'è stato l'aggiornamento delle malattie croniche e quelle rare esenti dal ticket. E' stata inserita anche l'endometriosi tra le malattie croniche ed invalidanti, tanto per citare solo alcune novità.

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

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

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 06/2016: 85.000
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Tutto Settimanale

Dir. Resp.: Luca Arnaù

12-OTT-2016
da pag. 58
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

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

un'intera famiglia, di un'intera comunità. Siamo tutti ben consapevoli dell'importanza del ruolo delle donne all'interno della famiglia quali attori strategici nella messa in atto di stili di vita corretti e salutari e del ruolo delle stesse nell'importante compito della prevenzione delle malattie e di cura. Facendo un'azione di prevenzione forte sulla donna si fa di fatto anche prevenzione sull'intero nucleo di appartenenza: pensiamo all'importanza dell'adozione di stili di vita corretti per la salute, alimentazione corretta, attività fisica, ma anche alla rilevazione di patologie maschili che la sensibilità di una donna riesce a cogliere.

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

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

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 07/2016: 241.998
Diffusione 07/2016: 163.662
Lettori Ed. II 2016: 1.199.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA STAMPA

Dir. Resp.: Maurizio Molinari

07-OTT-2016
da pag. 11
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Tra le barelle del San Camillo "Con un cancro aspettiamo da 15 ore"

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

Reportage

ANTONIO PITONI
ROMA

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

Qui, in uno dei presidi ospedalieri più grandi della capitale, dove solo nel pronto soccorso vengono assistiti 90 mila pazienti ogni anno, la storia di Angela è un déjà-vu che si ripete ciclicamente. Il giorno seguente il caso di Marcello Cairoli, malato terminale di cancro, morto dopo aver trascorso le ultime 56 ore della propria vita «accanto anziani abbandonati, persone con problemi irrilevanti che parlavano e ridevano, vagabondi e tossicodipendenti», come denunciato dal figlio Patrizio in una lettera al ministro della Salute Beatrice Lorenzin, la routine ha ripreso il suo corso. Alle prese con mezzi e strutture spesso non all'altezza e le mille difficoltà che finiscono, a volte, per risucchiare ogni senso di umanità verso i pazienti, che pure non dovrebbe mai mancare, nel vortice dell'indifferenza. «Lo scriva che ieri notte qui la situazione era impossibile: nei bagni non ci si poteva entrare e poi c'erano dei barboni che si aggiravano per la sala d'attesa chiedendo soldi per comprarsi qualcosa da mangiare», insiste la signora Angela. Il giorno dopo la situazione sembra sotto controllo. In sala d'attesa si scambiano due chiacchiere, ci si racconta dei propri cari dall'altra parte della vetrata che separa la sala d'attesa dal reparto di urgenza. Un brusio tranquillo che si interrompe solo quando, di tanto in tanto, una voce chiama un nome per dare notizie e informazioni sui pazienti. Anche i bagni sono decenti: dal registro affisso sulla porta risulta che sono stati puliti due volte, alle 8 e alle 10,15 del mattino.

E' al di là di quella vetrata che Patrizio aveva protestato. Chiedendo una stanza in reparto o in terapia intensiva. Rivendicava solo dignità per le ultime ore di vita del papà malato. Ha dovuto accontentarsi di un paravento. «Perché gli altri servono per garantire la privacy durante le visite», gli è stato spiegato. «Una persona che sta morendo, invece, non ne ha diritto: ci hanno detto che eravamo persino fortunati. Così, ci siamo dovuti ingegnare: abbiamo preso un maglioncino e, con lo scotch lo abbiamo tenuto sospeso tra il muro e il paravento; il resto della visuale lo abbiamo coperto con i nostri corpi», ha scritto alla Lorenzin. Emanuele Guglielmelli, direttore dell'unità di medicina d'urgenza e pronto soccorso del San Camillo – quello che una volta molto più semplicemente si chiamava primario – ha passato la giornata a rispondere alle domande dei giornalisti. «Qui abbiamo a disposizione un numero di posti limitato rispetto alle richieste, che in ogni caso facciamo di tutto per soddisfare interamente – spiega –. Il problema si fa più delicato quando abbiamo di fronte due pazienti e un solo posto letto». Un dilemma quotidiano. «Tra un paziente al quale non si può fare altro che assicurare una morte dignitosa e un altro che, invece, può essere salvato siamo costretti a fare una scelta», aggiunge Guglielmelli. E nel caso del signor Cairoli la scelta è stata di lasciarlo al pronto soccorso in mezzo agli altri pazienti. «Ma gli abbiamo assicurato il massimo delle cure e delle attenzioni possibili in quella situazione», conclude il direttore del pronto soccorso.

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

BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 07/2016: 183.852
Diffusione 07/2016: 124.550
Lettori Ed. II 2016: 843.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

07-OTT-2016
da pag. 26
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

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

Pronto soccorso, fino a 7 giorni per un ricovero

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

POCHI SPAZI DEDICATI

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

Barbara Gobbi

ROMA

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

E se nel complesso è "buono" il giudizio espresso dai circa 3mila, tra pazienti e familiari, intervistati tra maggio e novembre 2015 in 93 delle 660 strutture di emergenza-urgenza presenti in Italia, l'indagine mette in luce una vera e propria schizofrenia nell'attuazione di standard e linee guida. Sempre che siano stati recepiti. La conseguenza è un quadro estremamente frammentato, di cui fanno le spese sia medici e operatori sanitari sia, soprattutto, i pazienti. Prime vittime del sovraffollamento nelle emergency room, che dilata i tempi fino all'inverosimile. Succede - a sorpresa - al Civico di Ivrea, dove un paziente con codice bianco per un primo accertamento resta in stand-by fino a 4 ore, che si dimezzano in caso di codice giallo. Così come al Grassi di Ostia: anche qui sono quasi due le ore di attesa per casi mediamente gravi. Più in generale, si superano i due giorni d'attesa nel 38% dei Dipartimenti di emergenza e accettazione (Dea) di II livello (i più complessi) e nel 20% dei pronto soccorso, per ottenere un posto letto. Attesa massima fino a 7 giorni (168 ore) in Osservazione breve intensiva (Obi), la principale innovazione organizzativa degli ultimi anni nei reparti d'emergenza, necessaria per stabilizzare e gestire i flussi di pazienti ma ancora presente solo per l'80% delle strutture monitorate al Nord e circa il 70% al Sud. L'Obi è sovraffollata nel 33% dei pronto soccorso, nel 38% dei Dea di I livello e nel 24% dei Dea di II livello. Mentre il "bed manager", cioè l'operatore che dovrebbe smistare i pazienti dal pronto soccorso al reparto e provvedere a ricoveri e dimissioni, compare in appena il 48% dei dipartimenti più articolati.

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

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

Altra nota dolente: gli ambienti per malati terminali sono fermi al 13% nei pronto soccorso, al 36% nei Dea di I livello e al 45% nei Dea di II livello. Un gap drammatico, che si è riproposto dopo il caso del paziente deceduto all'ospedale San Camillo-Forlanini di Roma. A fronte di ospedali in sofferenza organizzativa, le cure di Bse latitano. A denunciarlo è il coordinatore nazionale del Tdm-Cittadinanzattiva, Tonino Aceti: «La ministra Lorenzin - afferma - in seguito alla vicenda del San Camillo dovrebbe inviare ispettori sul territorio, dal momento che proprio l'assistenza domiciliare è risultata assente. Un malato oncologico terminale in pronto soccorso non dovrebbe arrivarci».

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

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

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 07/2016: 132.094
Diffusione 07/2016: 99.396
Lettori Ed. II 2016: 304.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

07-OTT-2016
da pag. 10
foglio 1
www.datastampa.it

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

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

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

DANIELA FASSINI

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

Il monitoraggio fotografa 93 strutture di emergenza urgenza; dà voce a 2.944 tra pazienti e familiari di pazienti intervistati; misura accessi, ricoveri e tempi di attesa di 88 strutture di emergenza urgenza. Solo in sei strutture su 10 si registra un'adeguata attenzione alla terapia del dolore mentre gli spazi dedicati al malato in fase terminale solo nel 13% delle strutture. E ancora: il 30% dei pazienti in pronto soccorso non ha visto preservarsi privacy e riservatezza, e la procedura di rivalutazione del dolore in tutto il percorso del paziente al pronto soccorso viene svolta da poco più del 60% delle strutture monitorate. Ma il vero problema resta la disomogeneità a seconda delle regioni: la situazione, rileva il monitoraggio, appare infatti «ancora oggi molto diversa fra strutture del Nord, del Centro e del sud, soprattutto come conseguenza di un'organizzazione dei servizi di emergenza non ancora standardizzata sul territorio nazionale». «C'è bisogno di una migliore e più trasparente gestione dei posti letto per evitare affollamenti, il sovraccarico del personale e garantire la dignità delle persone – ha dichiarato Tonino Aceti, coordinatore nazionale del Tribunale per i diritti del malato di Cittadinanzattiva – si inizi adottando in tutte le strutture la Carta dei Diritti al Pronto Soccorso e rispettando le Leggi: va infatti garantita l'attivazione di letti di Osservazione Breve Intensiva previsti dal Decreto 70 del 2015 sugli standard ospedalieri, ancora oggi non disponibili in tutti gli ospedali». Nella carta dei diritti si chiede anche che la presenza del familiare sia un diritto «e non un favore da chiedere di volta in volta».

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

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

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 200.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Quotidiano - Ed. nazionale

La Verità

Dir. Resp.: Maurizio Belpietro

07-OTT-2016
da pag. 2
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Il pronto soccorso è diventato un lusso Ormai si paga tutto

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

di **ALESSIA PEDRIELLI**

■ Venticinque euro da pagare per essere corso al pronto soccorso con decine di punture di vespa sul corpo. È successo in provincia di Bergamo, qualche giorno fa, a un uomo di 43 anni. Potava la siepe e uno sciame lo ha assalito. Si è fatto accompagnare all'ospedale, è stato visitato e rimandato a casa con il ticket da saldare: il suo «non era un caso urgente». Secondo la valutazione dei medici, che rispondono alle leggi sull'accesso alla medicina d'urgenza, avrebbe potuto rivolgersi al medico di base, senza scomodare l'ospedale. La stessa persona, nella stessa situazione, dieci anni fa non avrebbe speso un euro. Oggi chi si rivolge al pronto soccorso e non viene ricoverato - o trattenuto in osservazione - se non è esente per reddito deve pagare. E può andare anche peggio: se per accertare lo stato di salute servono esami, pure quelli finiscono nel conto. Che può diventare molto salato.

Il ticket sul pronto soccorso esiste dal 2007. Nacque per scoraggiare gli «accessi impropri», evitare cioè che i cittadini che non hanno bisogno di cure urgenti usino la visita in ospedale come scorciatoia rispetto ai tempi (lunghi) delle prestazioni specialistiche prescritte dal medico di famiglia.

Un principio valido in termini assoluti, che negli anni però, con la stretta economica del sistema sanitario, si è trasformato in tassa occulta sulla salute.

COME FUNZIONA

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

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

Lo scorso luglio, a Verona, altro caso: un giovane imprenditore, fino a quel momento in perfetta salute, si sveglia di notte con un lancinante dolore ai testicoli. Spaventato corre all'ospedale. Entra in codice verde, viene visitato e sottoposto a esami. Secondo i medici non c'è nulla di grave: viene mandato a casa con un antinfiammatorio e 100 euro di ticket da pagare. Il dolore resta. Dopo giorni, il giovane si rivolge a un altro ospedale: la diagnosi è diversa, viene sottoposto a un'operazione. Aveva, eccome, un problema di salute. Superato il quale ha presentato ricorso e ottenuto il rimborso del ticket.

RAGIONI POLITICHE

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

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 200.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Quotidiano - Ed. nazionale

LaVerità

Dir. Resp.: Maurizio Belpietro

07-OTT-2016
da pag. 2
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

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

PARADOSSI

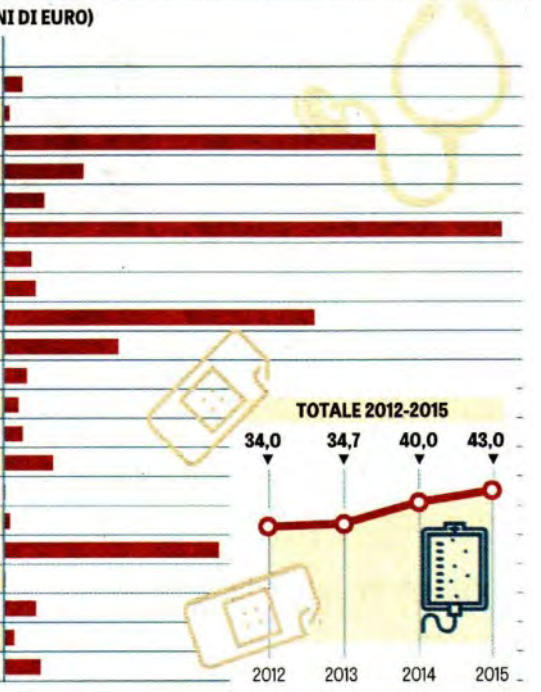
Ne consegue che la stessa persona, con lo stesso malessere, rivolgendosi a tre pronto soccorso diversi nella penisola, potrebbe ritrovarsi a pagare cifre considerevolmente diverse. Ogni regione infatti applica esenzioni differenti per fasce di reddito e per tipologia di paziente. E pure i costi delle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

© RIPRODUZIONE RISERVATA

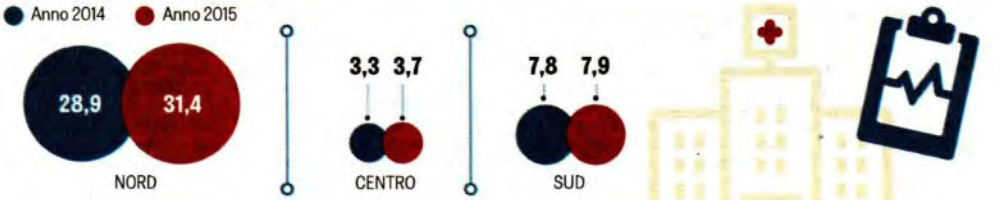
DISPARITÀ

PROVENTI DA TICKET SUL PRONTO SOCCORSO (MILIONI DI EURO)

Regione	2012	2013	2014	2015
Piemonte	0,4	0,3	0,9	0,4
Valle d'Aosta	0,0	0,0	0,0	0,1
Lombardia	5,7	6,9	6,3	8,5
Pa Bolzano	1,8	1,7	1,9	1,8
Pa Trento	1,1	0,7	1,1	0,9
Veneto	8,2	8,0	10,9	11,4
Friuli	0,5	0,5	0,4	0,6
Liguria	0,6	0,4	0,6	0,7
Emilia Romagna	6,5	6,6	6,7	7,1
Toscana	1,8	2,1	2,2	2,6
Umbria	0,5	0,5	0,5	0,5
Marche	0,2	0,2	0,3	0,3
Lazio	0,3	0,2	0,4	0,4
Abruzzo	0,8	0,8	1,2	1,1
Molise	0,0	0,0	0,0	0,0
Campania	0,3	0,2	0,1	0,1
Puglia	2,3	1,9	4,6	4,9
Basilicata	0,0	0,0	0,0	0,0
Calabria	2,6	2,5	1,0	0,7
Sicilia	0,3	0,2	0,1	0,2
Sardegna	0,7	0,7	0,6	0,8



PER RIPARTIZIONE GEOGRAFICA



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

LaVerità

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 07/2016: 369.226
Diffusione 07/2016: 256.969
Lettori Ed. II 2016: 2.218.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

07-OTT-2016
da pag. 1
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

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

IL RISPETTO NEGATO AL DOLORE DEI MALATI

Emergenze e ospedali

IL RISPETTO NEGATO AL DOLORE

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

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

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

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

di **Gian Antonio Stella**

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

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

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

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

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

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 07/2016: 369.226
Diffusione 07/2016: 256.969
Lettori Ed. II 2016: 2.218.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

07-OTT-2016
da pag. 1
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

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

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

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

Spiccano su tutti, però, due dati forniti dal coordinatore nazionale di Cittadinanzattiva, Tonino Aceti: «Il 53% dei pronto soccorso non conosce in tempo reale i posti letto disponibili nella struttura» e solo il 13% dispone di «spazi dedicati al malato in fase terminale». È la conferma: il caso del pensionato morto al San Camillo dopo un'agonia velata solo da un paravento, non è stato una sfortunata eccezione. È il sistema stesso che non si occupa, per «scelta statutaria» verrebbe da dire, delle persone morenti. Ormai incurabili. Date per perse. Dopo anni di tagli radicali e dolorosissimi sui posti letto e sugli ambulatori e sulle alternative ai letti soppressi, come una seria assistenza domiciliare, per ovviare all'incapacità di incidere davvero il bisturi là dove erano gli sprechi insopportabili (si pensi a certi servizi di pulizia in Campania da 17.583 euro l'anno più Iva a posto letto contro i 5.125 di Padova), i centri di pronto soccorso costretti ad essere l'imbuto di tutto, arrancano. Ma non può essere la buona volontà di questi o quei singoli, mai venuta meno, a rimediare a un sistema che un po' troppo spesso sbanda. E tradisce le persone. Che finiscono per riconoscersi a torto o a ragione come vittime di quella «cultura dello scarto» di cui parla Francesco.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 07/2016: 369.812
Diffusione 07/2016: 251.862
Lettori Ed. II 2016: 2.162.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Mario Calabresi

07-OTT-2016
da pag. 1
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

IL DIRITTO DI DAVIDE A UNA MORTE DIGNITOSA

LE IDEE

Il piccolo Davide e il diritto a una morte dignitosa

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

GIULIANO PISAPIA

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

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

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

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

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 07/2016: 369.812
Diffusione 07/2016: 251.862
Lettori Ed. II 2016: 2.162.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Mario Calabresi

07-OTT-2016
da pag. 1
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

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

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

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

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

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

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

©RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 07/2016: 33.675
Diffusione 07/2016: 23.153
Lettori Ed. II 2016: 468.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA GAZZETTA DEL MEZZOGIORNO

Dir. Resp.: Giuseppe De Tomaso

07-OTT-2016
da pag. 6
foglio 1
www.datastampa.it

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

Cannabis, sfuma la legalizzazione

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

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

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

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

Il nuovo passaggio in commissione, mette in guardia il deputato di Possibile Pippo Civati, verrà però «strumentalizzato da quanti sono contrari alla legalizzazione, nella speranza che finisca nella palude proibizionista». Che infatti è esattamente quello che auspica Forza Italia (il ritorno in commissione sia de profundis, scrive su Twitter il deputato azzurro Luca Squeri). Secondo invece il deputato di Sinistra Italiana e relatore del provvedimento sulla cannabis Daniele Farina, proprio il rinvio «apre ad un accordo, che non potrà riguardare soltanto l'accesso agli usi terapeutici ma anche gli altri punti di riforma, tra i quali la coltivazione per uso personale». Ma, è la tesi contraria di Area popolare, «non esistono droghe innocue mentre l'uso terapeutico - afferma il capogruppo di Ap Maurizio Lupi - è un'altra cosa che trova il nostro sostegno sul piano della salute pubblica».

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

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

Chiara Scalise

Ossigeno per gli uffici giudiziari dalla Camera ok al «dl efficienza»
Cannabis, sfuma la legalizzazione
Troppi flop, Rai sotto accusa

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 07/2016: 369.226
Diffusione 07/2016: 256.969
Lettori Ed. II 2016: 2.218.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

07-OTT-2016
da pag. 47
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Il vincitore del premio Lagrange 2016 spiega il suo lavoro

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

Il paziente e la cura
I dati fanno ridefinire i sintomi del morbo in base al vissuto di chi ne è affetto

di **John Brownstein**

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

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

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

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

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

(*traduzione di* **Silvia Crupano**)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media