Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 305.426
Diffusione 09/2016: 216.818
Lettori Ed. II 2016: 1.965.000
Quotidiano - Ed. nazionale

NAZIONE - Carlino - GIORNO

Dir. Resp.: Andrea Cangini

06-FEB-2017
da pag. 10
foglio 1 / 3
www.datastampa.it

**INCHIESTA** DOTTORI COSTRETTI A DIFENDERSI DALLE CAUSE: BOOM DI ESAMI MA I COSTI LIEVITANO. IL PROGETTO: ASSICURAZIONI OBBLIGATORIE PER LE ASL

## MEDICI alla SBARRA

MALPELO ■ Alle pagine 10 e 11

# Medici in trincea

# Esami inutili per 10 miliardi

## Il malato avrà l'indennizzo senza bisogno di processi
## La polizza diventa obbligatoria per le strutture sanitarie
## Sono i due punti chiave della legge in discussione
## Ogni anno in Italia 35mila cause per 350mila sanitari

**TRASFUSIONE di sangue infetto trasmette l'epatite a un giovane con emofilia. Trapianto con organo malato condanna al cancro un dializzato. Coniugi italiani denunciano ginecologo per lo scambio di provette durante la procreazione assistita. Abbiamo letto decine di titoli così. L'ultimo caso è recentissimo. La Procura di Vibo Valentia ha iscritto sul registro degli indagati due medici dell'ospedale di Tropea dopo la morte di un pensionato tre ore dopo le dimissioni dal pronto soccorso. Il figlio ha scritto al ministro Lorenzin, è stato intervistato in tv. Accanto ai casi eclatanti, altri drammi passano sotto silenzio. In mezzo ci sono anche centinaia di camici bianchi messi in croce e poi assolti senza clamore. A riordinare una materia rovente, dopo anni in cui medici, anestesisti e assistiti si sono fronteggiati dietro le barricate della cosiddetta medicina difensiva, è in dirittura d'arrivo un disegno di legge sulla responsabilità dei professionisti della sanità e sui diritti dei pazienti.**

### Il fenomeno in cifre

**Errori medici tra i problemi più rilevanti per il 68% di 5.000 pazienti (Eurobarometro)**

**La medicina difensiva incide sulla spesa sanitaria per il 10,5% del totale**

**L'80% dei medici ha avuto nell'ultimo mese comportamenti da medicina difensiva**

**Alessandro Malpelo**

**LE STRUTTURE SANITARIE** avranno l'obbligo di stipulare una polizza. Mentre il malato che esce ammaccato da un incidente di percorso otterrà l'indennizzo senza bisogno di imbastire processi. È un punto chiave del disegno di legge sulla responsabilità dei sanitari.

«**LA NORMA** – ha spiegato **Federi-**

il Resto del Carlino
In cella chi truffa gli anziani
MEDICI alla SBARRA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 305.426
Diffusione 09/2016: 216.818
Lettori Ed. II 2016: 1.965.000
Quotidiano - Ed. nazionale

NAZIONE - Carlino - GIORNO

Dir. Resp.: Andrea Cangini

06-FEB-2017
da pag. 10
foglio 2 / 3
www.datastampa.it

**co Gelli**, deputato che tira le fila dell'iniziativa – è la risposta alla mole del contenzioso che ha generato la medicina difensiva, vogliamo scoraggiare l'uso inappropriato delle prestazioni sanitarie». Il costo stimato è 10 miliardi di euro, lo 0,75% del pil.

Ricette che non si negano a nessuno. Per cardiopatie, diabete e nefropatie (dialisi) abbiamo assistito a un incremento del 20% nelle richieste. «Accade – dice **Marcello Ciaccio**, presidente della Società italiana di biochimica clinica e biologia molecolare – per dismissione dei malati cronici dagli ospedali e per la medicina difensiva, quando i test non tengono conto dei criteri di appropriatezza».

Ma chi è la parte debole in questa partita? Si è visto di tutto. Malati distesi sul pavimento dell'astanteria per carenza di letti. Una incursione delle Iene in sala operatoria aveva filmato un assistente che, ignaro della registrazione, consigliava di stare alla larga dai malati debilitati con metastasi diffuse, le complicanze in questi casi «sono inevitabili», e «ci scappa la denuncia». Situazioni simili dovrebbero essere superate.

Il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, nel commentare l'iter della legge, ha rilevato che, se il medico avrà rispettato le linee guida e le pratiche cliniche, non avrà nulla da temere. Ma i medici temono anche la rivalsa delle aziende sanitarie.

La norma prevede a cascata l'obbligo di assicurazione, la conciliazione obbligatoria, la depenalizzazione della colpa. Un cittadino informato sa destreggiarsi, ma chi non ha esperienza è spiazzato. Ai medici le cose non vanno meglio. **Pietro Bagnoli**, chirurgo, ha raccontato in un libro, e ha riassunto per noi, cosa accade a chi è accusato ingiustamente. «Il medico teme che l'assicurazione li scarichi – dice Bagnoli – ma nessuna compagnia italiana li vuole a mano. I broker, appena quattro o cinque, sono tutti stranieri. Si paga dai dieci ai dodicimila euro all'anno, se la polizza riguarda il ginecologo andiamo oltre. L'istituzione di un fondo di solidarietà permetterebbe una copertura dopo tre rifiuti consecutivi, ma siamo ancora al palo».

Secondo dati Ania, si registrano in Italia 35.000 sinistri l'anno a fronte di 350.000 medici operativi: il 10% è una percentuale enorme. E chi lamenta una *malpractice*? «Se è deluso dall'offerta e la conciliazione non va in porto può intentare una causa civile: sarà l'ospedale a dover dimostrare di essersi comportato correttamente. Nel rivalersi civilmente sul sanitario sarà invece il paziente a dover dimostrare di aver subito il danno, e la prescrizione è ridotta a cinque anni». L'incertezza resta per quanto riguarda la responsabilità penale.

**PRENDE LE DIFESE** dei pazienti il coordinatore di Cittadinanzattiva - Tribunale del malato, **Tonino Aceti**. «Qui non si mette in discussione un diritto al risarcimento se si è ricevuto un danno – rileva – ma sollecitare l'azione legale può diventare un'arma a doppio taglio». La parte lesa dovrà dimostrare di essere entrata in ospedale in un certo modo, essere uscita peggio, e trovare in proprio le prove.

Per quanto riguarda i cambiamenti introdotti a Palazzo Madama, chiarisce **Amedeo Bianco**, parlamentare, già presidente dell'ordine dei medici, il nodo riguarda «l'aumento delle garanzie per rendere il sistema solvibile. Con il *Fondo rischi risarcimento sinistri* si potranno coprire i buchi in caso di recesso unilaterale dell'assicurazione». Altra novità «è la possibilità, per il paziente, di ottenere la cartella clinica in 7 giorni a fronte dei 30 giorni finora previsti». Ad accogliere con favore la norma, oltre allo schieramento di politici bipartisan, sono la Federazione dei medici di medicina generale (Fimmg), la Società italiana di medicina generale (Simg), l'Associazione chirurghi italiani (Acoi).

**«FINALMENTE** si profila una legge fondamentale – commenta il segretario dei medici dirigenti Anaao Assomed, **Costantino Troise** – il vuoto legislativo ha lasciato campo libero alla fantasia giurisprudenziale, spesso orientata a punire il medico».

Commenti positivi anche dall'altra parte della barricata. «Al Legislatore – afferma **Roberto Simioni**, presidente di Obiettivo Risarcimento – avevamo riportato il punto di vista dei cittadini-pazienti, che rappresentano la parte debole da tutelare. Alla vigilia del varo della legge, cui abbiamo dato il nostro contributo, il mio personale auspicio è che ci si concentri tutti per ristabilire e rinnovare il rapporto tra medico e paziente, affinché questo si evolva in sintonia con l'attualità dei tempi». Ma non ci sono conciliazioni o risarcimenti che tengono davanti al dolore dei familiari per una storia finita male. E in questi casi c'è anche il senso di impotenza, di sconfitta di una équipe, un prezzo che i medici devono pagare.

## IN CIFRE

**20%**
la crescita annuale degli esami clinici

**10 miliardi**
il costo stimato della medicina difensiva

**300mila**
il numero delle cause sanitarie all'anno

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 305.426
Diffusione 09/2016: 216.818
Lettori Ed. II 2016: 1.965.000
Quotidiano - Ed. nazionale

NAZIONE - Carlino - GIORNO

Dir. Resp.: Andrea Cangini

06-FEB-2017
da pag. 10
foglio 3 / 3
www.datastampa.it

Beatrice Lorenzin, ministro della Salute

# Ecco cosa cambierà

**IL DISEGNO** di legge sulla responsabilità professionale del personale sanitario è stato approvato dal Senato e dovrà tornare alla Camera per il via libera definitivo. Tra le novità: spetterà al paziente dimostrare il danno subìto mentre oggi è il medico a dover dimostrare la propria non colpevolezza a seguito di una denuncia. Il ddl introduce l'obbligo di assicurazione per tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private. Così come prevede che il soggetto danneggiato possa agire anche direttamente nei confronti dell'assicurazione. Il disegno di legge contempla poi che l'operatore sanitario non sia punibile dal punto di vista penale se si è attenuto a buone pratiche o alle linee guida

## Risarcimento medio tra 25mila e 40mila euro Il costo della 'malpractice' è 2 miliardi l'anno

Secondo l'ANIA, in un anno si registrano circa 35mila denunce per danni sanitari. Un risarcimento si aggira tra i 25mila e i 40mila euro, quindi il costo economico della 'malpractice' potrebbe superare i 2 miliardi di euro l'anno

## È nata la rete di mutuo soccorso «Avviso di garanzia? Clicca qui»

La crescita della medicina difensiva ha portato alla costituzione di una rete nazionale, Mutuo soccorso legale medici . «Hai ricevuto un avviso di garanzia? Clicca qui», l'invito che compare sul sito

**ALZIAMO LA VOCE** L'attore Vincenzo Salemme nello spot televisivo ispirato ai casi di errori sanitari

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 91.773
Diffusione 09/2016: 38.667
Lettori Ed. II 2016: 370.000
Quotidiano - Ed. nazionale

il Fatto Quotidiano

Dir. Resp.: Marco Travaglio

06-FEB-2017
da pag. 15
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

GIUSTAMENTE

# Piano-vaccini, sono necessarie altre armi per difendere i piccoli

*La multa per chi non li fa è di 30 euro: ma serve un processo penale, e adoperare il codice che si usa in un processo per omicidio*

*È un bene che il ministro Lorenzin abbia in programma un sistema coercitivo: a scuola solo alunni in regola*

*Però è pure necessario cominciare a pensare anche a interventi più diretti: i bambini ne hanno molto bisogno*

» BRUNO TINTI

Quest'anno dovrebbe partire il Piano Nazionale Vaccini: 413 milioni nel triennio 2017/2019 e 186 milioni annui a regime. Nuove vaccinazioni (anti-meningococco B e rotavirus nel primo anno di vita, anti-varicella, anti-Hpv anche per i maschi undicenni, antipolio e anti-meningococco tetravalente per gli adolescenti, anti-pneumococco e vaccino per l'Herpes Zoster negli anziani) e naturalmente tutte le altre vaccinazioni classiche; tutto gratuito, naturalmente. Qual è la novità? Saranno obbligatorie. Ottimo dunque, che altro c'è da dire? Molto.

**L'OBBLIGATORIETÀ,** nel nostro Paese, è un concetto relativo. Per esempio, le tasse si devono pagare ma tutti quelli che possono non lo fanno. I limiti di velocità si devono rispettare ma, dove tutor e autovelox non ci sono, nessuno lo fa. E i vaccini saranno pure obbligatori ma i presuntuosi acculturati su Internet se ne infischiano.

Così, alla fine di gennaio, Stato e Regioni si sono accordati: i bambini non vaccinati a scuola non ci possono andare. E siccome il DM 139/07 prevede un'istruzione obbligatoria per almeno 10 anni; e l'art. 731 codice penale punisce con una multa i genitori che non rispettano la legge; ecco che il modo per vaccinare almeno i bambini parrebbe trovato. Invece no.

La multa in questione è pari a 30 euro; e per infliggerla si deve fare un processo penale; e si deve adoperare lo stesso codice di procedura che si usa in un processo per omicidio.

Sicché la situazione è identica a quella delle strade dove non ci sono controlli: tutti guidano a rotta di collo; e i bambini non vaccinati restano tanti. Che fare?

Campagne educative. Il problema è, ancora una volta, quello denunciato da Eco nel 2015: Internet diffonde il pensiero di "legioni di imbecilli"; e armate di imbecilli lo condividono. Ci si sente importanti a dire di no, gli altri si accorgono che esisto. Così proliferano siti di "cultura alternativa", "medicina naturale", "controinformazione"; si leggono panzane come "Vaccini=omicidio di massa legalizzato" e "la Merck (casa farmaceutica) ha diffuso AIDS, leucemia e altre orribili piaghe nel mondo". Vanno combattuti nello stesso modo. Una sorta di campagna anti fumo: argomenti semplici per persone semplici: immagini, statistiche. E poi incoraggiare la protesta dei genitori virtuosi. I bambini non vaccinati mettono in pericolo la salute dei loro compagni, sono facilmente preda di malattie infettive e le diffondono.

Conseguenze a carico dei genitori. Non vanno bene quelle di natura penale, ne fanno dei martiri; e poi c'è il solito problema della procedura: un processo dura anni. Ma la perdita della potestà genitoriale è efficace. Quando facevo il magistrato mi capitava spesso di ricevere telefonate angosciate dagli Ospedali. "C'è un testimone di Jeova che rifiuta la trasfusione; se non gliela facciamo muore"; "Non fategliela; chiedetegli da quale impre-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 91.773
Diffusione 09/2016: 38.667
Lettori Ed. II 2016: 370.000
Quotidiano - Ed. nazionale

il Fatto Quotidiano

Dir. Resp.: Marco Travaglio

06-FEB-2017
da pag. 15
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

sa funebre vuole gli venga fatto il funerale". Alla fine se la facevano fare tutti. Però capitava anche che la telefonata riguardasse un bambino: "C'è un testimone di Jeova che rifiuta la trasfusione a suo figlio; se non glie-la facciamo il bambino muore". "Considerate il bambino in stato di abbandono, avete l'obbligo di curarlo (art. 591 codice penale); e dite ai genitori che segnalate la cosa alla Procura perché si proceda a sottrargli la potestà genitoriale".

**ANCHE IN** questi casi ha sempre funzionato. Un genitore che rifiuta le vaccinazioni al figlio si trova nella situazione prevista dall'art. 330 codice civile: "Il giudice può pronunziare la decadenza dalla potestà genitoriale quando il genitore viola o trascura i doveri ad essa inerenti o abusa dei relativi poteri con grave pregiudizio del figlio". Sembra scritto proprio pensando agli arroganti imbecilli di cui parlava Umberto Eco, che fanno scontare a sfortunati figlioli la loro supponente ignoranza. Così è un bene che il Ministro Lorenzin abbia in programma un (blando) sistema coercitivo: a scuola ci andranno solo gli alunni vaccinati. Ma cominci a pensare anche a interventi più diretti: i bambini ne hanno bisogno.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 62.858
Diffusione 09/2016: 45.799
Lettori Ed. II 2016: 324.000
Quotidiano - Ed. nazionale

IL SECOLO XIX

Dir. Resp.: Massimo Righi

06-FEB-2017
da pag. 15
foglio 1
www.datastampa.it

IL DOCUMENTO

# Infezioni in ospedale, 29 regole per evitarle

IN ITALIA, ogni anno, si muore di più per infezioni nate in ospedale che di incidenti stradali. Le stime parlano di un numero di decessi legati soprattutto ad "attacchi" dei batteri che si aggira tra i 4500 e i 7000 ogni anno e di un allungamento dei tempi di degenza tra il 7,5 e il 10 per cento. Per fortuna, molte di queste complicazioni possono essere prevenute ed evitate sfruttando quanto di moderno offre la tecnologia, le tecniche di monitoraggio e tante buone abitudini che spesso anche noi – pazienti e visitatori – dimentichiamo quando entriamo in corsia. Ad esempio, spesso non ci si lava le mani prima di far visita ad un malato, portando dall'esterno i batteri che poi possono sviluppare un'infezione. Anche farsi la barba con la classica lametta usa e getta può diventare un problema, se si creano escoriazioni entro cui possono infilarsi gli invisibili nemici che vivono sulla pelle: per questo gli ospedali dovrebbero impiegare strumenti specifici per depilare i pazienti. La semplice infezione di ferita, infatti, è una delle forme più diffuse dopo quelle respiratorie e urinarie. Visto che basterebbe poco per ridurre del 40-60 per cento le infezioni in chirurgia, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha creato un documento che riporta le 29 raccomandazioni per i comportamenti corretti da tenere prima, durante e dopo un'operazione chirurgica. Tra queste norme va detto che le persone che si preparano ad un intervento chirurgico dovrebbero sempre farsi un bagno o una doccia, ma non rasarsi. «È fondamentale abbattere il rischio, con il lavaggio accurato delle mani, l'adozione di una tecnica operatoria meticolosa, la profilassi antibiotica, il controllo della glicemia e la prevenzione dell'ipotermia, oltre ad impiegare fili di sutura con antisettico» spiega Gabriele Sganga, professore associato di Chirurgia dell'Università Cattolica di Roma.

**F. M.**

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 101.382
Diffusione 09/2016: 39.034
Lettori Ed. II 2016: 226.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Libero

Dir. Resp.: Vittorio Feltri

06-FEB-2017
da pag. 15
foglio 1 / 3
www.datastampa.it

*Fact checking* I PERICOLI DEGLI AMBIENTI CHIUSI

L'allarme dell'Oms: 3,5 milioni le vittime degli ambienti insani. Dalle scuole agli ospedali: i luoghi a rischio

# L'inquinamento è in casa. E può uccidere

*In ufficio la pessima qualità dell'aria fa calare la produttività. L'elenco delle sostanze nocive e i rimedi per combatterle*

::: GIULIA CAZZANIGA

■■■ Non compriamo più cibi con l'olio di palma, usiamo la bicicletta al posto della macchina, differenziamo i rifiuti. Per l'ambiente e la salute, almeno a parole, ci sentiamo in prima fila. Dei nemici invisibili che respiriamo in casa nostra e in ufficio, però, non sappiamo niente o quasi.

In ambienti chiusi o semichiusi trascorriamo il 90% del nostro tempo, soprattutto di inverno. E attraverso il naso e la pelle entriamo in contatto con una miriade di sorgenti inquinanti dell'aria. Materiali da costruzione, vernici, solventi, colle rilasciano nell'atmosfera particelle chimiche che alla salute certo non fanno bene, anzi.

Si chiama «inquinamento dell'aria indoor». E secondo l'Organizzazione mondiale della Sanità ha portato alla morte **3,5 milioni di persone**. Per l'Oms questo tema è in cima alla lista delle priorità della salute pubblica e in Europa si studiano strategie di riduzione dei rischi. Nell'Italia che ogni giorno scrive una ventina di pagine di nuove leggi, su questo argomento si parla poco, pochissimo per le abitazioni private. Dove a rischio ci sono popolazioni più vulnerabili, come i giovani, le donne in gravidanza e gli anziani. Nelle scuole dove mandate i vostri bambini hanno mai fatto un monitoraggio della qualità dell'aria? In Alto Adige sì, e hanno scoperto che era di qualità scadente, con **concentrazioni di anidride carbonica troppo elevata**. Così hanno adottato una serie di accorgimenti e le ultime notizie riportano di miglioramenti sostanziali. I luoghi più a rischio, poi, sono **gli ospedali.** Non è difficile immaginare quante fonti inquinanti, compresi gli stessi malati, siano immessi nell'aria che respira il personale o il visitatore: particelle invisibili ma dannose per la salute. E poi **biblioteche, banche, alberghi, caserme, cinema, taxi e mezzi pubblici di trasporto.**

L'Istituto Superiore della Sanità ha creato una "task force" di esperti proprio sull'inquinamento dell'aria indoor. Il gruppo di studio del Dipartimento di Ambiente e salute è guidato da **Gaetano Settimo**, che ci spiega: «Nel nostro Paese manca una condivisione di informazioni nell'opinione pubblica sui rischi connessi a determinati prodotti o pratiche e manca una legislazione specifica, ma come si può leggere nel Piano nazio-

P&G/L

nale di prevenzione 2014-18, l'inquinamento indoor ha anche un notevole costo per il sistema sanitario: 200 milioni di euro». Settimo ci mostra la tabella pubblicata in Gazzetta Ufficiale. Nero su bianco, si elencano gli inquinanti. Allergeni come **acari, muffe o forfore animali mettono a rischio soprattutto bambini e adolescenti di asma bronchiale**. Il **radon**, un gas inerte, incolore, inodore e insapore e radioattivo di origine naturale che viene emesso dalla crosta terrestre, può portare al tumore del polmone.

## LE SOLUZIONI

C'è poi il fumo di tabacco passivo, ovviamente, per cui si spera però gli italiani si siano finalmente sensibilizzati. Ma anche il **monossido di carbonio e il benzene**, collegato alla leucemia. «In termini di patologie frequenti», aggiunge **Carlo Signorelli**, ordinario di Igiene e sanità pubblica nelle università di Parma e San Raffaele, «continuiamo a riscontrare intossicazioni di monossido di carbonio per il cattivo uso di impianti termici, soprattutto d'inverno. È una sostanza che non viene percepita, ma che comporta grossi rischi. Per quanto riguarda il radon, si stima che almeno 5 milioni di abitazioni in Italia abbiano livelli che mettono a rischio la salute, ma è un rischio altamente sconosciuto, non si conoscono quali siano queste abitazioni, che si collocano soprattutto in **Lombardia, Toscana e Lazio**, fuori dalle grandi città».

Che fare? L'Istituto superiore di Sanità ha pubblicato un opuscolo con qualche accorgimento che potrebbe pure salvarci la vita. Al primo posto c'è il **ricambio d'aria**. Non tanto per gli odori sgradevoli prodotti in cucina, quanto perché anche se nessuno ve l'aveva mai detto prima, soprattutto gli arredi nuovi possono rilasciare inquinanti chimici nell'aria che respiriamo per lungo tempo. Se **ristrutturate o imbiancate casa**, occhio alla scelta dei materiali da costruzione. Vernici, adesivi e compagnia, sono accompagnati da una certificazione che attesta i livelli emissivi del prodotto. È da richiedere al venditore, prima di pitturare ad esempio la cameretta del neonato.

Se ci si diletta con il bricolage, meglio farlo all'esterno e leggere bene le etichette. Gli **insetticidi sono da limitare il più possibile**. E se proprio dobbiamo spruzzar-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 101.382
Diffusione 09/2016: 39.034
Lettori Ed. II 2016: 226.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Libero

Dir. Resp.: Vittorio Feltri

06-FEB-2017
da pag. 15
foglio 2 / 3
www.datastampa.it

li meglio uscire dalla stanza e arieggiare. **Detergenti e detersivi, deodoranti e diffusori di profumi**, per non parlare di **incensi** made in vattelappesca sarebbero da dosare o evitare. L'Istituto superiore della sanità consiglia poi di preferire per le pulizie quotidiane **aceto e bicarbonato**. Ed è buona abitudine far prendere aria agli abiti ritirati dalla lavanderia, perché ci spiega Settimo che se lavati con solventi, «una volta riposti negli armadi potrebbero continuare a rilasciare sostanze chimiche». Pulite regolarmente i filtri dei condizionatori, **lavate tappezzerie e tende**, state molto attenti all'umidità per evitare la formazione di muffe. Attenzione anche **in ufficio.** Per convincere il vostro capo a intervenire sulla qualità dell'aria, spiegategli che un ambiente indoor di buona qualità, come ci dice Settimo, «ha un effetto benefico sulla salute dei dipendenti, sulla atmosfera sociale, ma anche sulla produttività. Un'aria inquinata in ufficio costa in termini di spese sanitarie, assenze per malattie e perdita di produttività». Perché in certi momenti della giornata vi viene il classico «abbiocco» davanti al pc? O magari il mal di testa? Potrebbe esser colpa proprio di quello che respirate. Quindi combattete l**a collega freddolosa e arieggiate**, anche per pochi minuti, l'ambiente almeno un paio di volte durante la giornata di lavoro.

## GLI STRUMENTI

**Stefano Capolongo,** docente al Politecnico di Milano, si sta occupando della qualità dell'aria negli ospedali. In Italia si fa ancora poco, soprattutto a confronto di paesi come la Svizzera, ci spiega, dove «l'attenzione per questo tema è molto alto: vengono effettuate rilevazioni mensili, si adottano misure preventive e gli edifici vengono ripensati in questa ottica». «Nelle sale operatorie o in terapia intensiva», continua, «negli ospedali italiani si monitora l'aria, anche per obbligo di legge. Non lo si fa però in altri ambienti, dove il personale ospedaliero può entrare a contatto quotidianamente con inquinanti biologici e chimici, come quelli della formaldeide presente nei materiali da costruzione o nelle finiture».

Se volete misurare da soli il livello di inquinamento indoor della vostra abitazione, le possibilità sono molteplici. UpSens, ad esempio, è una famiglia di prodotti che arriveranno sul mercato prima dell'estate.

Due sensori ideati dai ricercatori una start up italiana con sede a Trento permettono di misurare la qualità dell'aria e anche il libello di smog elettromagnetico. «Il prezzo di lancio al pubblico», ci dice Ketty Paller, Ceo della società, «dovrebbe essere intorno ai 160 euro». A Verona Federfarma ha stretto invece una partnership con Nuvap, una apparecchiatura che promette un servizio di chek-up degli inquinanti anche dentro casa. Sul sito di Nuvap puoi acquistare il monitoraggio di sei giorni di un ambiente, rilevando 26 parametri di inquinamento indoor, per 199 euro. Online trovate pure strumenti meno costosi, ma poco affidabili, magari made in China. Settimo li sconsiglia. E avverte sulle misurazioni fai-da-te: «L'Istituto superiore di Sanità ha definito una serie di parametri essenziali per le misurazioni, perché se non controllati da un esperto di qualità dell'aria i numeri potrebbero essere altrimenti viziati: se misuro l'aria troppo in alto, ad esempio, o se metto l'apparecchio sul muro che rilascia gli inquinanti della vernice, o se non effettuo un ricambio dell'aria accurato prima di misurare».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 91.773
Diffusione 09/2016: 38.667
Lettori Ed. II 2016: 370.000
Quotidiano - Ed. nazionale

il Fatto Quotidiano

Dir. Resp.: Marco Travaglio

06-FEB-2017
da pag. 19
foglio 1
www.datastampa.it

DICA33

Sbagliato sottovalutare l'efficacia del vaccino, soprattutto per i maggiori di 65 anni e per i soggetti a rischio

# Influenza 2016-2017: la più aggressiva Eppure le avvisaglie c'erano già tutte

» LEDA GALIUTO

**Gentile professoressa, ho un'influenza che non accenna a passare, con febbre alta da una settimana, tosse e spossatezza. Ho iniziato gli antibiotici, li assumo da 4 giorni ma sto male. Sono preoccupato, ho sentito che quest'anno c'è in giro una forma davvero maligna...**

Mai come in questi casi spiace dire "io l'avevo detto" ma, di fatto, è così. In autunno avevo sottolineato, in rubrica, l'importanza della vaccinazione anti-influenzale per le persone a rischio, raccomandazione che va data ogni anno, ma quest'anno in particolare, dal momento che le previsioni di incidenza, contagiosità e pericolosità del virus erano preoccupanti. Non so in quanti abbiano ascoltato le mie, così come le numerose raccomandazioni provenienti da tutto il mondo della sanità, ma appare chiaro che questa stagione influenzale è decisamente più incisiva degli anni passati e, anche se ci siamo lasciati il picco alle spalle, il numero di casi è ancora significativo: tre milioni da inizio stagione, di cui 96 gravi. L'Istituto Superiore di Sanità descrive l'attuale situazione come caratterizzata da "una rapida impennata dell'incidenza delle sindromi influenzali e da un elevato numero di casi nei soggetti di età maggiore di 65 anni rispetto alle scorse stagioni", dunque proprio coloro che si sarebbero giovati di una tempestiva vaccinazione. Il virus predominante in Europa è l'A (H3N2), quello contenuto nel vaccino; le caratteristiche di questa stagione influenzale sono comuni a tutte l'Europa. La diffusione dell'influenza avviene annualmente, ma tempistica, gravità e lunghezza della stagione variano. E perché quest'anno l'influenza è stata più aggressiva rispetto al 2015-16? Sembrerebbe dipenda dalla presenza di due virus mai diffusi in passato e, dunque, verso i quali la maggior parte della popolazione non aveva sviluppato una reazione anticorpale proveniente da contagi precedenti (il nostro sistema immunitario ricorda tutti gli "incontri-scontri" con chi lo attacca). Se a questo si aggiunge che la popolazione a rischio, cioè coloro che hanno più di 65 anni o che sono affetti da malattie croniche, a causa di ingiustificate campagne allarmistiche anti-vaccino, si sono vaccinati meno degli altri anni (il dato va confermato a fine stagione), si può capire come mai il virus ha avuto vita facile. Va tenuto presente che la popolazione di anziani aumenta e che, grazie al miglioramento delle cure sanitarie, ci sono molti più malati con malattie croniche perché sopravvivono più a lungo. E il fatto che siano stati più colpiti da influenza e dalle sue complicanze persone anziane con patologie croniche conferma questa ipotesi. Se così è il trend di contagiati e di gravemente ammalati è prevedibile che sia in aumento negli anni...

*(Scrivete a: salute@ilfattoquotidiano.it)*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

ANSA.it

05-02-2017

http://www.ansa.it

# Biotestamento: psichiatri, bisogna parlarne non schierarsi

*Anziani no vedono raccolte loro disposizioni,rispettiamo volontà*

- Sui temi del "fine vita e della dignità della persona in tutte le fasi bisogna parlarne, non schierarsi". Così il presidente della Societa' italiana di psichiatria (Sip), Claudio Mencacci, interviene sul biotestamento dopo che il nuovo video appello di DJ Fabo per l'eutanasia legale ha finora avuto, col supporto dell'Associazione Luca Coscioni, 1,5 milioni di visualizzazioni su Facebook e 130 mila su YouTube.
"Per fortuna - commenta Mencacci - se ne comincia a parlare nelle sedi politiche e altrove. Sono veramente tante le situazioni nelle quali è richiesta attenzione, accoglienza e di restituire dignità alle persone che devono avere il sollievo che qualcuno darà seguito alle proprie disposizioni sul fine vita. Mi riferisco, oltre al caso di Dj Fabo, anche agli anziani che vedono oggi non raccolte le proprie disposizioni. E' una questione di dignità e di rispetto della volontà quando è espressa nel pieno delle facoltà.
La società va avanti. Bisogna parlare - sottolinea il presidente degli psichiatri - nella realtà delle esperienze e non negli schieramenti. Sul fine vita invece si va sempre allo scontro ideologico, così da determinare un ulteriore scollamento con la società civile e con il comune sentire".

quotidianosanità.it

05 FEBBRAIO 2017

# Testamento biologico. Intervista al medico di Welby, Mario Riccio: “La legge in discussione rischia di essere inutile perché non si potranno rispettare realmente le volontà del paziente”

***Dopo anni di oblio, in questo finale di legislatura torna a infiammarsi il dibattito parlamentare sul fine vita. Al centro la legge in discussione alla Commissione Affari Sociali della Camera. Il confronto, partito in sordina, si sta ora infiammando sulle questioni dirimenti: tutela della vita, sempre e comunque, o diritto del paziente di decidere sulle cure? Ne abbiamo parlato con l'anestesista che nel 2006 assistette Piergiorgio Welby nella sua scelta più difficile: “L'emendamento Roccella sulla 'tutela della vita' rischia di rendere inutile tutta la legge. Non so quanto l'on. Lenzi abbia potuto accettarlo senza comprendere che, di fatto, chiude la legge”***

A due settimane dal suo previsto approdo in Aula alla Camera il dibattito sul testamento biologico entra nel vivo in commissione Affari sociali dove è in corso l'esame degli emendamenti. Dopo la condivisione di un testo base ed un avvio del confronto all'insegna del fair play, da alcuni giorni si sta invece alimentando una diatriba ideologica tra i fautori della "tutela della vita" sempre e comunque e coloro che invece insistono nel diritto del paziente di rifiutare i trattamenti, compresi l'alimentazione e l'idratazione artificiale.

Una polemica che, seppur in toni minori, ci riporta indietro nel tempo quando Paese e Palazzo si spaccarono in due sul tema del fine vita. Tra i protagonisti di quelle stagioni vi furono prima Piergiorgio Welby e poi Eluana Englaro. Due casi che scossero nel profondo le coscienze degli italiani.

Oggi, forse, siamo vicini a una legge che in qualche modo cerca di dare finalmente un quadro di riferimento giuridico certo a medici e pazienti. Ma funzionerà? E' quello che ci si poteva aspettare dalla politica? Ne abbiamo parlato con Mario Riccio, componente della Consulta di Bioetica, nonché anestesista e rianimatore dell’Ospedale di Cremona che, nel 2006, esaudì la volontà di Welby aiutandolo a morire.

Dottor Riccio, dopo anni di silenzio il Parlamento sembra essersi finalmente svegliato sul tema del fine vita. In un primo momento il dibattito è stato portato avanti quasi in sordina ma ora, negli ultimi giorni, sembra si stiano ricreando quei fronti contrapposti che abbiamo già visto in passato. Che ne pensa del testo di legge sul quale sta lavorando la Commissione Affari sociali: si sta andando nella giusta direzione?
Bisogna riconoscere che l'attuale testo Lenzi è una cosa diversa dal pdl Calabrò. Ma rimangono numerose ambiguità che difficilmente potrebbero essere rese operative nei decreti attuativi di un eventuale testo approvato. Infine, sono poco fiducioso sul fatto che il testo che andrà in discussione in Aula il 20 febbraio prossimo non debba subire ulteriori emendamenti che lo possano rendere definitivamente simili al precedente. Cioè un testo che limita se non impedisce l'autodeterminazione del paziente.

Entriamo nel merito. Iniziamo dall’articolo 1, quello su cui attualmente sono ancora impegnati i deputati della XII commissione e che si prefigge una riforma del consenso informato.
Inizierei dal secondo comma dove si parla di rapporto medico-paziente. La competenza professionale del medico richiamata - anche se meglio sarebbe parlare sempre di “sanitario” per includere comunque anche tutte le altre categorie impegnate nella cura - è comunque un prerequisito essenziale, da considerarsi ovvio. Penso che sia pertanto pleonastico riportarlo. Quanto all’autonomia del medico, invece, questa può scontrarsi con quella del paziente: se sono in contrasto - cioè il punto fondamentale della questione in oggetto - quale deve prevalere? E’ evidente che il rapporto così costruito è tutto sbilanciato verso il medico, il quale, facendo

forza sulla propria autonomia potrà sempre impedire l'esercizio del diritto del paziente.

In questo comma viene anche richiamata la responsabilità del medico. Seocndo lei a quale livello?
In effetti non si capisce cosa voglia dire e può essere diversamente interpretata. Si intende come una responsabilità contrattualistica? in questo caso è già regolata dal diritto civile e non credo necessiti di ulteriori conferme peraltro in questa sede. Oppure è un'ulteriore garanzia che si vuole dare all'autonomia del medico? E' evidente che il rapporto medico-paziente così come descritto nell'articolo è sbilanciato fortemente a favore del medico anche solo per la molteplicità di elementi inseriti (competenza professionale, l'autonomia e la responsabilità del medico) rispetto al solo riferimento alla autonomia del paziente.

Nei giorni scorsi i deputati del M5S hanno protestato contro l'approvazione di un emendamento all'articolo 1, a prima firma Roccella, con il quale si sottolinea che la legge tutela la vita e la salute dell'individuo. Per i pentastellati questo rischia di rendere la legge meno definita. Condivide i loro timori?
Assolutamente sì. Questo è un evidente 'cavallo di Troia' inserito per depotenziare la legge. Anzi, viene da dire che la renderà inutile ai fini della tutela della volontà del paziente. Non si tratta solo di un mero e banale enunciato astratto. La sospensione di qualsiasi tipo di trattamento diventerebbe impossibile. Pensiamo ad una ipotetica sospensione dell'alimentazione artificiale o della ventilazione o ancora di una dialisi: è logico che questo andrebbe contro la tutela della vita. Tutto questo rischia perciò di rendere di fatto impossibile ogni rifiuto delle terapie. Non so quanto l'on. Lenzi abbia potuto accettare questo emendamento senza capirne la reale portata, senza cioè comprendere che questo, di fatto, chiude la legge.

Passiamo al diritto da parte dei pazienti di essere informati sulle proprie condizioni di salute, ma anche di rifiutare in tutto o in parte tali informazioni. Vede criticità anche su questo punto?
Qui, al comma 3, non è chiaro se sia prevista la possibilità che il paziente, non solo rifiuti di conoscere le informazioni che lo riguardano, ma anche di indicare una persona di riferimento. La questione per quanto assai rara nella pratica, è invece attualmente molto discussa a livello bioetico, come argomento accademico filosofico. Una soluzione potrebbe essere che, qualora il paziente rifiuti di conoscere le informazioni che lo riguardano ed anche di indicare una persona di riferimento, sia automaticamente affidato al giudizio dei sanitari che potrebbero a loro volta affidarsi - per gli aspetti più delicati rilevanti e dirimenti - al giudice tutelare.

Quanto ai mezzi di comunicazione per il consenso informato, nel provvedimento si richiama ad una forma scritta o, qualora le condizioni fisiche del paziente non lo consentano, a strumenti informatici. Ad oggi non le sembra 'limitante' circoscrivere l'utilizzo di strumenti informatici ai soli casi di condizioni fisiche particolari?
Penso di sì, infatti li includerei a prescindere dalle condizioni fisiche del paziente. La Cassazione nel caso Englaro non ha posto di fatto alcun limite alle modalità di espressione in materia del soggetto, tanto che ne ha riconosciuto addirittura la "ricostruibilità" da testimonianze o scritti generici. Pertanto non limiterei alla sola forma scritta.

In caso di rifiuto del trattamento sanitario, al comma 5 viene fatto un richiamo generico all'erogazione delle cure palliative.
Qui sarebbe opportuno un riferimento alla sedazione palliativa profonda continua, peraltro non menzionata esplicitamente nella citata legge 38. Da sottolineare che l'argomento della sedazione palliativa è stato oggetto di ampio recente dibattito in Francia dove è stata alla fine promulgata la nuova legge sul fine vita che appunto introduce un riferimento chiaro sull'erogazione della sedazione continua profonda palliativa.

Nei casi di emergenza-urgenza, si spiega che il medico è tenuto ad assicurare l'assistenza sanitaria indispensabile rispettando le volontà del paziente ma solo "ove possibile". Cosa si intende a suo avviso?
E' un passaggio della legge che definirei senza dubbio ambiguo. La condizione di urgenza-emergenza, infatti, non esime il medico dall'osservanza dalle volontà del paziente qualora - ovviamente - queste siano note. Esempio: un paziente affetto da una patologia neurodegenerativa (come Welby) ha espresso il rifiuto ad essere sottoposto ad un trattamento invasivo respiratorio - cioè il collegamento al ventilatore. Giunge in un Pronto Soccorso - incapace di esprimersi - in condizioni cliniche tali che il collegamento al ventilatore si pone come rimedio utile ancorché esplicitamente rifiutato in un documento reso disponibile nell'immediato al sanitario che lo riceve. In questo caso non dovrà essere sottoposto a tale trattamento. Mentre il comma 8 nelle situazioni di emergenza-urgenza sembra "dispensare" - con la formula "assicura l'assistenza sanitaria indispensabile, ove possibile", il sanitario dall'osservanza delle volontà del paziente anche se a lui note. In particolare è il passaggio ove possibile che si presta ad ambigue interpretazioni.

Arriviamo un altro tema ‘forte’, le disposizioni anticipate di trattamento (DAT) affrontate all’articolo 3. Qui si spiega che ogni persona maggiorenne e capace di intendere e di volere, in previsione di una propria futura incapacità di autodeterminarsi, possa attraverso le DAT esprimere le proprie convinzioni e preferenze in materia di trattamenti sanitari. Che ne pensa?
Penso che questo “in previsione” possa essere inteso in senso limitativo, cioè solo coloro che hanno una prevedibile (in previsione) futura incapacità ovvero coloro a cui oggi viene fatta una determinata diagnosi. Pertanto il dettato proposto sembra escludere coloro che comunque vogliono esprimere una loro volontà in materia di trattamenti sanitari pur essendo esenti al momento da patologie significative, anche solo per nominare un loro fiduciario. Inoltre, escluderei i due termini “convinzioni” e “preferenze”, per evitare ulteriori ambiguità sulla vincolatività. Sarebbe sufficiente dire che ogni persona maggiorenne e capace di intendere e di volere può, attraverso disposizioni anticipate di trattamento (DAT), esprimere le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari nonché il consenso o il rifiuto rispetto a scelte terapeutiche.

Al comma 3 si spiega però che le DAT possono essere disattese dal medico, in accordo con il fiduciario, qualora sussistano possibilità, non prevedibili all'atto della sottoscrizione, di poter migliorare le condizioni di vita.
Lascerei alla sola discrezionalità del fiduciario - informato dal medico - la decisione di disattendere le DAT del paziente in virtù di nuove possibilità terapeutiche intervenute successivamente alla compilazione delle DAT tali da ritenere che il compilante non ne abbia potuto ragionevolmente tenere conto. Diversamente si creerebbe ancora un conflitto tra curante e - questa volta - fiduciario che necessariamente vedrebbe soccombere il secondo, cioè l’unico vero e riconosciuto interprete del volere del paziente. Inoltre, lasciando discrezionalità al medico, questi potrebbe sempre appellarsi a nuove, rare, sperimentali ancorché incerte terapie per aggirare ed escludere l’applicazione della volontà del paziente.
Sempre in tema di DAT, si spiega successivamente che queste devono essere redatte in forma scritta, datate e sottoscritte davanti a un pubblico ufficiale, a un medico o a due testimoni o attraverso strumenti informatici di comunicazione. A me non risulta chiaro se il pubblico ufficiale, il medico o i due testimoni siano fra loro tre opzioni differenti, anche se tutte egualmente valide.

Per finire, il tema forse più delicato di tutta la proposta di legge: la pianificazione condivisa delle cure.
In effetti credo anche io che questo sia il passaggio più delicato. In particolare tutto verte sull’aggettivo “condivisa”. Come accennato al comma 2 dell’articolo 1,se noi poniamo come condizione essenziale la “condivisione” da parte di entrambi gli attori in causa - medico e paziente - per attuare una pianificazione terapeutica, è ovvio che qualora la condivisone non sia raggiunta, vi sarà una inevitabile prevalenza della posizione del sanitario. Il medico, sia non applicando una terapia sia rifiutando di sospenderla come eventualmente richiesto dal paziente, di fatto impone a quest’ultimo la sua volontà. Al contempo il paziente non vedrà rispettata la propria volontà. Pertanto è fondamentale eliminare l’aggettivo “condivisa” riferito alla pianificazione. Mentre è sottinteso che la stessa pianificazione proposta dal paziente nasce necessariamente dall’informazione che il sanitario è tenuto a fornire al paziente, come anche inteso dai successivi commi 2 e 3.

Giovanni Rodriquez

quotidianosanità.it

05 FEBBRAIO 2017

# Testamento biologico. L'accusa di Dj Fabo: “Scandaloso rinvio esame legge alla Camera”

***Dopo l'incidente che lo ha reso cieco e tetraplegico, e dopo la sua richiesta di essere libero di morire fatta direttamente al Presidente Mattarella, Dj Fabo appreso del rinvio dell'approdo del ddl in Aula inizialmente previsto per lo scorso 30 gennaio, lancia ora un nuovo appello per dire alla politica per fare presto. "È scandaloso che i Parlamentari non abbiano il coraggio di prendere la situazione in mano per tanti cittadini che vivono come me".***

Dj Fabo, dopo l'incidente che lo ha reso cieco e tetraplegico, e dopo la sua richiesta di essere libero di morire fatta direttamente al Presidente delle Repubblica Sergio Mattarella, lancia ora un nuovo appello per dire alla politica per fare presto. I deputati della commissione Affari sociali, infatti, già dalle scorse settimane hanno chiesto un rinvio per l'approdo in Aula alla Camera del disegno di legge sul testamento biologico, inizialmente previsto per il 30 gennaio scorso.

Sono ancora molti gli emendamenti da esaminare e, così, il provvedimento non sbarcherà in Assemblea prima del 20 febbraio. "Ho sentito che il Parlamento ha rinviato di tre settimane la legge sul testamento biologico e c'è il rischio che tutto vada perso. È scandaloso che i Parlamentari non abbiano il coraggio di prendere la situazione in mano per tanti cittadini che vivono come me", afferma DJ Fabo.

Dj Fabo: "Scandaloso rinvio del Testamento Biologico"

ANSAit

05-02-2017

http://www.ansa.it

# P.a: visite fiscali si cambia, con Inps controlli mirati

*Anche a ripetizione. Verso fasce orarie armonizzate con privato*

Un polo unico della medicina fiscale in capo all'Inps, che si occuperà di statali e non solo di privati. Nel decreto Madia sarà sancita la novità, con l'obiettivo di rafforzare l'efficacia degli accertamenti grazie al 'cervellone' informatico dell'Inps, che permette di fare verifiche mirate. Dovrebbe essere assicurata anche la continuità professionale per i medici iscritti alle liste speciali. Ci dovrebbe poi essere la possibilità di condurre accertamenti ripetuti. Dovrebbero inoltre essere armonizzate le fasce orarie di reperibilità.

Oggi invece per i dipendenti pubblici sono attive le Asl, ma qualcosa non ha funzionato. Ecco perché già la delega Madia, da cui discende il decreto in arrivo per metà febbraio, ha previsto un cambio. Risorse e competenze saranno trasferite all'Inps (e potrebbe anche esserci un piccolo potenziamento delle disponibilità). Ci saranno nuovi criteri attraverso cui svolgere gli accertamenti sulle malattie, tra le novità la possibilità di tornare a controllare, con verifiche ripetute. Le fasce orarie di reperibilità, in cui farsi trovare a casa, dovranno essere armonizzate (attualmente le ore giornaliere sono 4 per il privato e 7 per il pubblico). L'obiettivo è quello di controlli mirati ed efficaci, tentando di massimizzare il 'tasso di rendimento' delle visite. Ma non saranno questi i soli cambiamenti, si cercherà di rendere tutta la materia più ordinata così da rendere il controllo più facile. Ad esempio, con i rinnovi contrattuali, si potrebbe intervenire su alcune modalità di fruizione dei permessi, come quelli della legge 104 del 1992, rivedendo le regole sui preavvisi.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 340.745
Diffusione 09/2016: 239.605
Lettori Ed. II 2016: 2.162.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Mario Calabresi

06-FEB-2017
da pag. 19
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

**La polemica**

Nelle università borse di studio e uffici per le pari opportunità, ma il divario resta: tra i rettori e alla guida degli Istituti la presenza femminile si ferma a una su dieci

# Le donne della scienza italiana "Poche nei posti che contano"

**I PERSONAGGI**

**FABIOLA GIANOTTI**
Direttore generale del Cern di Ginevra. Prima donna a ricoprire questo incarico, è stata fra i protagonisti della scoperta del bosone di Higgs

**LUCIA VOTANO**
Ricercatrice dell'Istituto nazionale di fisica nucleare. Nel 2009 è stata la prima donna a dirigere i Laboratori nazionali del Gran Sasso

**MARIA PIA ABBRACCHIO**
Farmacologa dell'Università di Milano. Nel 2006, è stata inclusa nella lista degli "Highly cited scientists". Fa parte della rete 100esperte.it

**ELISABETTA ERBA**
Professoressa di geologia all'Università degli studi di Milano. Dal 2015 è presidentessa della Società geologica italiana

Spesso però gli ostacoli non si incontrano soltanto nell'ambiente di lavoro ma anche in famiglia

Appena un terzo dei docenti in materie scientifiche: peggio di noi in Europa solo Grecia e Malta

**ELENA DUSI**

**ROMA.** Le università offrono borse di studio alle ragazze che si iscrivono a ingegneria. Prevedono bonus se la ricercatrice diventa mamma. E alcuni atenei cercano con un ufficio per le pari opportunità di raddrizzare una bilancia troppo piegata da un lato. Eppure il gap rimane. Le donne nella scienza sono poche. Quelle nei posti che contano ancora meno.

Non mancano le eccezioni: Fabiola Gianotti a capo del Cern di Ginevra, Samantha Cristoforetti in orbita nello spazio due anni fa e Lucia Votano, dell'Istituto nazionale di fisica nucleare, nel 2009 prima donna a dirigere i Laboratori nazionali del Gran Sasso. «La mia nomina fece clamore» racconta. «Ancora oggi mi chiedo se sia stato positivo o no». Resta il fatto, come documenta il centro di ricerca Observa, che in Italia solo un terzo dei docenti e dei ricercatori universitari di materie scientifiche è donna (terzultimi davanti a Grecia e Malta). E nel mondo dell'informazione, ha calcolato il Global media monitoring project nel 2015, le notizie scientifiche vengono fatte commentare da uomini nell'82% dei casi. Per colmare questo squilibrio le giornaliste Luisella Seveso, Giovanna Pezzuoli e Monia Azzalini, hanno dato vita a *100esperte.it*, una "risorsa di voci prestigiose e autorevoli" al femminile.

«Se sono stata mai discriminata in quanto donna? Non potrei citare neanche un episodio. Ma quando dovevamo costruire al Gran Sasso il rivelatore Opera, i responsabili di uno studio di ingegneria si rivolgevano ai miei colleghi maschi chiamandoli "professori" mentre io ero una "dottoressa"», ricorda Votano. Il quadro di un ambiente che in superficie si comporta in maniera irreprensibile, ma che nel suo inconscio conserva concrezioni antifemministe è quello che emerge dai racconti delle protagoniste della scienza italiana. «Neanch'io potrei citare episodi di discriminazione aperta» conferma Maria Pia Abbracchio, farmacologa dell'Università di Milano, fra le 100esperte. «Ma gli ostacoli rischiano di essere più subdoli. Spesso non arrivano dall'ambiente di lavoro, ma dalla famiglia stessa. Se la condivisione del lavoro fra i partner non è chiara, se le regole di quel che viene accettato socialmente stabiliscono che la scienza non è un mestiere per donne, ecco che le ricercatrici finiscono per farsi vincere dalla fatica».

Al programma Radio3scienza, la titolare della libreria per ragazzi Controvento di Benevento, Filomena Grimaldi, ha raccontato che i libri di scienza vengono spesso rimessi sugli scaffali, se il regalo è destinato a una bimba. E se davvero di lapsus si trattò, è rivelatrice la frase che nel 2005 l'allora rettore dell'università di Harvard Lawrence Summers pronunciò, citando le "innate" differenze fra il cervello maschile e femminile alle prese con la scienza.

Differenze non di cervello, ma di servizi sono alla base di una curiosa discriminazione capitata 30 anni fa a Elisabetta Erba, ora presidentessa della Società geologica italiana. A un colloquio per un lavoro su una piattaforma petrolifera si vide rifiutare il posto perché le docce erano aperte. «Ma è stato l'unico episodio in cui l'esser donna mi ha penalizzato». La situazione negli ultimi decenni è migliorata. «Quando mi sono iscritta a fisica negli anni '70 le ragazze erano il 10-15%» racconta Votano. « Oggi hanno raggiunto la parità. Negli enti di ricerca siamo circa il 22%. Certo, man mano che si raggiungono le posizioni di vertice la presenza si assottiglia».

C'è una però una discriminazione che, in realtà, aiuta le ricercatrici. «All'inizio di una carriera scientifica – spiega Abbracchio – si guadagna poco e si fatica a ottenere un posto fisso. Che le donne diano un contributo solo secondario alle finanze della famiglia viene accettato più facilmente, rispetto a un uomo. E così nel mio laboratorio ho più ragazze che ragazzi». Se sia un fattore positivo, però, resta tutto da stabilire.

©RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 333.841
Diffusione 09/2016: 238.671
Lettori Ed. II 2016: 2.218.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

06-FEB-2017
da pag. 20
foglio 1 / 4
www.datastampa.it

I BILANCI DEGLI ISTITUTI

## Il tesoro segreto da 4,5 miliardi (che la ricerca utilizza poco)

di **Massimo Sideri**

C'è un tesoro segreto nascosto nella ricerca italiana. E non è un tesoro fatto di formule, alambicchi o brevetti. È un tesoro di soldi: 4,5 miliardi di euro. Rappresentano la somma delle disponibilità liquide che, a vario titolo, enti di ricerca e università segnalano nei propri bilanci. Sono risorse «ferme». Non sfruttate dai centri di eccellenza: dall'Istituto nazionale di Fisica alla Sapienza di Roma, fino al Cnr. In parte — va ricordato — il denaro risulta vincolato a dipartimenti e progetti già avviati; ma il resto viene utilizzato come riserva.

alle pagine **20** e **21**

L'INCHIESTA I CONTI

# Il tesoro segreto della ricerca italiana, nei bilanci spuntano 4,5 miliardi di euro

## Dalle università di Roma e Milano, fino al Cnr Le risorse utilizzabili dai centri di eccellenza

**La destinazione**
In parte il denaro risulta vincolato a dipartimenti e progetti già avviati; ma il resto viene utilizzato come riserva

**La polemica**
Sulla gestione dei fondi al Politecnico di Torino si è aperto uno scontro che ha portato alle dimissioni del prorettore

di **Massimo Sideri**

C'è un tesoro segreto nella «povera» ricerca italiana. E non è una nuova scoperta scientifica: niente alambicchi, brevetti o algoritmi, ma soldi veri e propri. Non decine di milioni. Non centinaia. Ma miliardi: 4,5 per l'esattezza. Sono le disponibilità liquide che a vario titolo, in parte vincolate e in parte pienamente disponibili, gli enti di ricerca e le università pubbliche segnalano nei propri bilanci. La Sapienza ne ha 485 di milioni. Il Politecnico di Milano 359 e rotti. L'Università di Bologna 446. L'Università di Pisa 207. Il Cnr 456. L'Istituto nazionale di Fisica 351,9. La Statale di Milano 225. Tutti, grandi e piccoli, hanno il loro tesoretto accumulato: la Scuola superiore di Studi Sant'Anna di Pisa dispone di quasi 44 milioni. L'Agenzia spaziale italiana almeno 135. La partenopea Stazione Zoologica Anton Dohrn (il più antico acquario d'Italia, della fine dell'Ottocento) 28,8. È una cifra inattesa per la ricerca italiana, da sempre in odore di povertà.

E intendiamoci: povera lo è se confrontata con quella degli altri Paesi. L'Italia investe solo l'1,8% del Pil, percentuale distante da Germania, Francia e da benchmark come Israele, il Paese che grazie a un 4% annuo

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 333.841
Diffusione 09/2016: 238.671
Lettori Ed. II 2016: 2.218.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

06-FEB-2017
da pag. 20
foglio 2 / 4
www.datastampa.it

è diventato in pochi anni un hub di innovazione mondiale.
Dunque i fondi andrebbero aumentati, ma i 4,5 miliardi dei bilanci 2015, gli ultimi disponibili nella maggior parte dei casi, colpiscono anche se si confrontano con i 9,499 miliardi che ogni anno lo Stato italiano investe nella ricerca i (anche qui il dato è del 2015) e che in parte servono a pagare strutture amministrative elefantiache, come nel caso del Cnr.

## Il caso Genova

Il cosiddetto tesoretto di 450 milioni dell'Istituto Italiano di Tecnologia (Iit) che l'ex ministro per l'Istruzione, l'Università e la Ricerca, Stefania Giannini, poco prima dell'uscita dal governo voleva «mettere a disposizione della ricerca» c'è, ma è in ottima compagnia. «Sono pienamente convinta che sia giunto il momento di ragionare sulla possibile destinazione di questi fondi, da rimettere in gioco per il mondo della ricerca di base. Questa — aveva detto l'allora ministro Giannini nel corso di un'audizione in Parlamento poco prima del referendum costituzionale parlando dell'Iit — mi sembra un'operazione non solo possibile ma auspicabile, me ne farò personalmente carico perché mi sembra corretto».
La senatrice Elena Cattaneo che aveva preso di mira il «tesoretto» Iit dopo la querelle sullo Human Technopole milanese aveva subito aggiunto che si trattava di «denaro pubblico già iscritto al bilancio dello Stato, dedicato alla ricerca pubblica che dopo anni tornerebbe finalmente disponibile». L'Iit in effetti ha accumulato i milioni nella fase iniziale di startup: essendo nato dal nulla su impulso dell'allora ministro Tremonti e della Lega, l'Istituto inizialmente non ha speso. La crisi del governo Renzi forse ha salvato i fondi Iit. Ma in realtà ha salvato tutto il mondo della ricerca perché, come un domino, il caso si sarebbe dovuto scaricare sugli altri.

## Il confronto tra bilanci

Chiaramente le cifre non sono tutte perfettamente confrontabili. Le origini sono spesso diverse. I tempi di accumulazione anche. Alcune università per esempio vincolano parte dei fondi ai dipartimenti. Inoltre la disponibilità, di per sé, non è un'anomalia italiana: Harvard nel 2015 aveva 37 miliardi. Yale 25 miliardi. Princeton e Stanford 22. Ma quei sistemi sono privati e in ogni caso i bilanci italiani sono poco trasparenti: tutto viene messo in una voce unica, senza specifiche. E ora il timore che le risorse possano essere richieste in qualche maniera indietro sta agitando tutti. C'è aria di assalto alla diligenza e il rischio è che nel caos si depauperi la ricerca italiana ancora di più.

## Lo scontro sulla meritocrazia

Negli ambienti universitari ci si sta confrontando non propriamente con toni accademici — su come utilizzare almeno gli avanzi annuali di bilancio per evitare che i tesoretti crescano: distribuendoli a pioggia o sulla base del merito? Al Politecnico di Torino la questione è finita con uno scontro. E dopo settimane di tensione, a dicembre, il prorettore dell'ateneo, Laura Montanaro, e il vicerettore alla Ricerca, Enrico Macii, hanno rassegnato le dimissioni in polemica con il rettore Marco Gilli. Intanto il senatore di Sinistra Italiana Fabrizio Bocchino sta portando avanti la sua proposta di legge denominata «Istituzione del Comitato interministeriale per le politiche della ricerca, dello sviluppo e dell'innovazione e costituzione dell'Agenzia nazionale della Ricerca».
L'articolo 16 è esplicito: Piano di riallineamento degli investimenti in ricerca, sviluppo e innovazione. Obiettivo: concentrare i soldi. La proposta è stata assegnata alla commissione Istruzione. Mentre il neoministro dell'Istruzione Valeria Fedeli ha chiesto al Parlamento un parere sullo schema di decreto sulla definizione dei criteri di ripartizione della quota del Fondo ordinario destinata al finanziamento premiale di specifici progetti. Sulla base di questi stessi criteri la Statale di Milano ha appena perso 6 milioni rispetto al passato. Il dibattito è acceso. Qualcuno ha fatto i conti e ha visto che la somma vale la candela: 4,5 miliardi, più di quanto ci chieda l'Europa come manovra bis.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media