Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 216.821
Diffusione 12/2016: 177.209
Lettori Ed. II 2016: 1.199.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA STAMPA

Dir. Resp.: Maurizio Molinari

26-MAR-2017
da pag. 1
foglio 1 / 4
www.datastampa.it

Mamme ultra cinquantenni uteri artificiali e genoma sintetico Così cambia il ciclo della vita

Il boom della madri-nonne: "La carriera prima della gravidanza" Giusto o sbagliato, in 20 anni la scienza renderà inutile il dibattito

L'INCHIESTA

Mamme "over cinquanta" La carriera prima dei figli

ANDREA MALAGUTI

Ha ragione il professor Carlo Flamigni, membro del comitato nazionale di bioetica, quando dice che bisognerebbe «occuparsi di come si sta trasformando il concetto di genitorialità» piuttosto che della crescita, impressionante, delle mamme cinquantenni. Eppure i due temi si tengono.

Ed è difficile analizzarli distintamente ignorando che le mamme italiane sono le più vecchie d'Europa (32,5 anni) e che le gravidanze delle ultra-quarantenni sono triplicate nel giro di due lustri. Esattamente come quelle delle mamme-nonna. Donne in genere altamente scolarizzate, che hanno avuto il primo figlio dopo mezzo secolo di vita. A poche fortunate lo ha concesso un fisico generoso. Per le altre ci hanno pensato la tecnica e la donazione di uova giovani, materia prima destinata a essere sostituita da perfetti succedanei sintetici. C'è una rivoluzione in corso. E distruggerà duemila anni di convinzioni e di impliciti culturali, consegnando la riproduzione della vita agli uteri artificiali se non addirittura a Uomini Nuovi, esseri umani venuti al mondo senza bisogno di ovociti e di spermatozoi, di un padre e di una madre. Secondo i genetisti americani succederà entro il 2040. E dunque? Andiamo con ordine, partendo dall'oggi.

«Sa quante sono le possibilità di diventare naturalmente mamma a 50 anni?». No. «Due su un milione. E già dieci anni prima della menopausa la fertilità si riduce drasticamente». Eppure i dati Istat raccontano che le neo-madri ultra-cinquantenni erano 84 nel 2001, 265 nel 2012 e 295 nel 2015. E che il solo 2016 ne ha contate quasi una al giorno. Curioso in un Paese che nei documenti ufficiali definisce «primipara attempata» una aspirante neomamma di 27 anni. «A 20 anni la vita è un viale alberato. E le possibilità di non avere un figlio sano sono una su 1760. A quaranta le possibilità di non avere un figlio sano sono una su 93», dice Flamigni.

Il tempo pesa. Sul corpo e sulla psiche. E dopo la battaglia persa dei genitori di Casale Monferrato - 75 anni lui, 63 lei - per impedire l'adottabilità del figlio di sette anni allontanato dalla famiglia nel 2010, il dibattito si è fatto velenoso: la maternità è un diritto? E che vite avranno i bambini di coppie che invece di pensare al futuro sembrano impegnate a smaltire egoisticamente il presente?

Ectogenesi

A Cattolica il professor Carlo Bulletti, direttore della Unità Operativa di Fisiopatologia della Riproduzione dell'Ospedale Cervesi, ha appena finito di visitare una paziente di 48 anni. Vuole un figlio? «Sì». Possibilità? «Con la fecondazione omologa 0,01 su cento». E allora? «Ci proverà lo stesso. L'idea di trasmettere il proprio dna alla fine diventa più forte di tutto». Il tentativo primitivo, eppure ingenuo, di dominare gli eventi anziché esserne vittima.

Quando il corpo è sano la maternità può essere gestita senza grossi problemi anche con mezzo secolo sulle spalle. Farlo con le proprie uova è quasi impossibile. Ma con una donazione è relativamente facile. In Italia un decreto del ministro Lorenzin ha innalzato da 43 a 46 anni la soglia per la quale è possibile chiedere a una struttura pubblica la fecondazione sia eterologa che omologa. Passati i 46 anni restano i privati. Che, in base a una moratoria internazionale, tendono a fissare come limite ultimo per l'intervento i 51 anni, l'età media della menopausa. «E' una convenzione ragionevole. La sterilità è a tutti gli effetti una malattia che crea sofferenza psicofisica. Dunque va curata. Se una donna si innamora a 44 anni e decide di mettere su famiglia, con che diritto glielo si può impedire? Però mi creda, questi discorsi sono obsoleti e spariranno presto come lacrime nella pioggia».

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 216.821
Diffusione 12/2016: 177.209
Lettori Ed. II 2016: 1.199.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA STAMPA

Dir. Resp.: Maurizio Molinari

26-MAR-2017
da pag. 1
foglio 2 / 4
www.datastampa.it

Bulletti non è un ginecologo qualunque. È uno dei pochissimi scienziati al mondo in grado di creare un utero artificiale. Il primo esperimento lo fece a metà degli Anni 80. A Bologna. E nell'89, in collaborazione con Flamigni, realizzò la prima gravidanza attraverso un utero (ottenuto da una isterectomia) collegato a una macchina cuore-polmoni. Life magazine gli dedicò un articolo di 20 pagine dal titolo: The future and you. Uno dei tre embrioni trasferiti nell'utero si impiantò resistendo per due giorni e mezzo poi Bulletti e Flamigni decisero di fermarsi travolti dalle polemiche. L'Italia non era pronta. Forse non lo era il pianeta. Gli studi furono ripresi dagli americani e dai giapponesi che facendo esperimenti sulle capre non sono lontani da realizzare quella che gli scienziati chiamano «ectogenesi». Gli svedesi nel frattempo hanno realizzato il trapianto di utero. Solo lo scorso anni ne hanno fatti quindici. Le procedure però sono lunghe e costose. Difficili da replicare. «L'utero artificiale è il prossimo passo. Io stesso sto cercando i fondi per realizzarlo. In dieci anni posso essere pronto». Mostra il progetto sul pc. «La scienza va avanti. E non si può trascurare che ogni anno nel mondo ci sono tre milioni e centomila bambini che muoiono prematuri. Con l'utero artificiale non succederebbe. Certo il rapporto tra marito e moglie sarebbe stravolto. Immagina una società in cui la donna non ha il peso della gravidanza?».

La femminista Evie Kendal autrice del libro «Equal opportunity and the case for state sponsored ectogenesis» non solo la immagina, ma addirittura la auspica. Quanto ci metterebbe a passare un'idea del genere da noi? Il professor Flamigni sostiene che nell'89 l'esperimento si fermò perché la reazione dell'opinione pubblica fece paura. Ma per Bulletti i tempi sono cambiati. «Il nostro direttore sanitario di allora, il professor Zanetti, dopo l'esperimento mi chiamò e mi disse: Bulletti, questa volta siete scivolati su una boazza». In realtà Bulletti e Flamigni avevano acchiappato un lembo di futuro e l'avevano trascinato in un mondo che non era ancora pronto ad accoglierlo. Ma quel futuro è adesso.

Lo sforzo fisico

I cambiamenti avvenuti negli ultimi 60 anni hanno ribaltato convinzioni millenarie. L'avvento della contraccezione recise il legame tra sessualità e procreazione. La fecondazione in vitro ha scardinato il rapporto tra maternità ed età. L'utero artificiale alzerà ancora la soglia. Moltiplicando per mille i casi come quello di Casale Monferrato. «Una storia che mi ha lasciato perplesso. Si può immaginare un pianeta fatto soltanto da genitori giovani e belli che abbiano superato un esame psicologico?», dice il professor Luigi Fedele, responsabile del Centro di riferimento per lo studio e il trattamento delle anomalie congenite rare dell'apparato genitale femminile della clinica Mangiagalli di Milano. Anche lui, come Bulletti, l'ultima visita della giornata l'ha fatta a una quasi mamma-nonna. «Una signora di 54 anni». Ma non c'è il limite morale dei 51 anni? «C'è. Ma è arrivata dalla Spagna. D'altra parte ci sono posti negli Stati Uniti dove puoi anche scegliere il donatore». Il mondo è piccolo, i confini labili e non esiste un codice condiviso di regole. Morale? «Le mamme cinquantenni, se non hanno problemi fisici, spesso sono migliori delle mamme ventenni proprio perché più consapevoli. Ma, quando i figli adolescenti avranno bisogno di loro, che cosa succederà? Avranno la disponibilità fisica e mentale necessaria? Ci vorrebbe un po' di buonsenso. E la capacità di vedere le cose in prospettiva».

Anna e Silvia

Anna Mancini e Silvia Vasta sono convinte che la felicità sia un privilegio delle donne risolute. Nella casa di Firenze Anna mostra con orgoglio la foto con i tre gemelli appena avuti. Due femmine e un maschio. Per lei sono i figli numero cinque, sei e sette. I primi tre li ha avuti dall'ex marito. Sono arrivati prima dei 24 anni. Michael, il primogenito, è morto quando ne aveva 17. Un incidente in motorino. «Se sono andata avanti è stata per le altre due figlie». Poi ha conosciuto un altro uomo e ha cominciato un'altra vita. A 42 anni è arrivato il quarto bimbo. E a 49 è rimasta ancora incinta. «Tutto naturale, lo giuro». È lei uno dei due casi su un milione. «A 24 anni ero inconsapevole. Ora so che cosa significa essere mamma». E sa anche che cosa significa mantenere una famiglia. Il compagno è disoccupato. «Faccio l'impiegata e guadagno 1600 euro al mese. È faticoso. Ma siamo felici. Mia aiutano la mia mamma e mia cognata. Ce la facciamo. E se mi dessero un figlio in affido prenderei anche quello». Non ha paura che le manchi la forza? «Mi guardi, sono in gran forma». Vero. E tra dieci anni? «Vedremo. E poi i piccoli hanno le sorelle».

Silvia Vasta invece diventa mamma di Ludovica questa mattina a Roma. Compirà 50 anni a maggio. Ed è al suo primo figlio. Fecondazione assistita. Ma una volta sola. «Molte donne fanno i figli tardi perché non hanno la possibilità di farli prima. Io invece no. Ho scelto di fare un figlio quando ho smesso di sentirmi inadeguata». Silvia lavora all'Aci, il marito Roberto, che ha 52 anni, all'Anas. «Siamo sempre stati bene assieme. E di sicuro non cercavamo una compensazione. A un certo punto abbiamo avuto la consapevolezza di poter dare. Qualcuno ci dirà che siamo dei genitori nonni. Lo accetteremo». Felice? «Come non mai». «I parametri di oggi sono sorpassati. Presto potremo vivere fino a 120 anni. E poi si avvicina l'era dell'uomo nuovo», ripete Bulletti. Ovvero?

L'uomo nuovo

In maggio duecento genetisti statunitensi si sono ritrovati in gran segreto alla Harvard Medical School di Boston. O meglio, avrebbero voluto farlo in segreto, perché il «New York Times» li ha scoperti e ha svelato il motivo del loro incontro: la possibilità di rifare da zero il genoma, e dunque di dare vita a essere umani che non abbiano né padre né madre. Generazioni di uomini e donne programmabili per essere guerrieri o intellettuali. Il passaggio in una dimensione apparentemente impensabile. Eppure a disposizione. La tecnica è pronta. Ci vorrebbero meno di vent'anni. E dunque? Quando l'incontro è venuto alla luce i genetisti si sono affrettati a dire che non sono pronti a superare quella soglia. Ma la domanda è: i cinesi avranno gli stessi scrupoli?

«Al momento mi accontenterei di un codice etico per chi si occupa di eterologa», dice il professor Fedele. «La vita si è allungata, ma il benessere non

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 216.821
Diffusione 12/2016: 177.209
Lettori Ed. II 2016: 1.199.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA STAMPA

Dir. Resp.: Maurizio Molinari

26-MAR-2017
da pag. 1
foglio 3 / 4
www.datastampa.it

va di pari passo con gli anni guadagnati. Penso anch'io che come ci sono i pomodori che non marciscono ci saranno gli uomini geneticamente modificati. Ma non è un mondo che mi fa simpatia». Ha l'aria di domandarsi chi sia il cineasta del nostro inconscio collettivo e che cosa abbia in mente per la prossima scena.

BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

Gravidanze in età avanzata

In Italia **300 bambini** all'anno nascono da mamme con più di 40 anni

Le italiane sono le mamme più vecchie d'Europa (32,5 anni) solo la Svizzera precede l'Italia nell'età media delle gravidanze

Le gravidanze over 40 sono raddoppiate negli ultimi 10 anni, quelle oltre i 45 anni sono triplicate negli ultimi cinque anni (dallo 0,5% all'1,4%)

In Italia l'età media del parto è salita dai **29,1** anni del 1991 ai **32,5** anni di oggi. In Europa l'età media della maternità è di 30 anni

In Italia i livelli più elevati di fecondità si registrano nelle province autonome di **Trento e Bolzano** e nel Sud in **Campania** e **Sicilia**

Le regioni meno prolifiche sono **Sardegna**, **Basilicata** e **Molise**

Oltre il **60%** dei parti avviene nella classe di età tra 30-39 anni

Fonte: Istat, ministero della Salute, Mangiagalli

Regioni con il **maggior** numero di parti di donne over 40

Regioni con il **minor** numero di parti di donne over 40

In queste tre regioni il **36%** dei parti riguarda donne tra i 20 e i 29 anni. Quindi dove l'occupazione femminile è più bassa i figli si fanno prima

A Milano si registra il sorpasso delle mamme in età avanzata. Le donne che partoriscono tra i 35 e i 44 anni superano quelle che mettono al mondo un figlio tra i 25 e i 34 anni. 48,4% contro 44,7%. Fino al 2008 il trend era: 45,7% contro 48,9%

In Italia la percentuale di mamme in età avanzata è cresciuta in parallelo all'aggravarsi della recessione

Dal 2010 ad oggi le coppie che si sono sottoposte alle cure per la fertilità sono aumentate dell'**1,3%**

Per le 40enni che hanno avuto una maternità in precedenza le possibilità di restare di nuovo incinte sono simili a quelle delle 20 enni

La maggior parte dei problemi di fertilità non dipende dall'età delle donne, ma piuttosto da malattie come l'endometriosi che accomunano le ragazze e le meno giovani. E,a incidere sulla procreazione, è anche l'infertilità maschile, che aumenta progressivamente con l'età

Secondo una ricerca dell'Università della California, nelle donne che diventano mamme in età avanzata diminuisce del **44%** il rischio di ammalarsi di tumore all'endometrio rispetto a chi ha partorito l'ultimo figlio prima dei 27 anni

cattaneo
LA STAMPA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 332.759
Diffusione 12/2016: 318.217
Lettori Ed. II 2016: 2.218.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

26-MAR-2017
da pag. 31
foglio 1
www.datastampa.it

La pillola che gli uomini non vogliono

Dopo oltre mezzo secolo dal lancio della pillola femminile, è stato messo a punto un anticoncezionale maschile. È una soluzione iniettabile da assumere ogni due mesi composta da testosterone e noretisterone, un progestinico simile a quello nella pillola. Uno studio multicentrico a cui ha preso parte anche l'Italia ha dimostrato che il farmaco è efficace al 96 per cento. Non è ancora certo se arriverà in commercio. Poco interessate le case farmaceutiche. E nell'ultima sperimentazioni su 320 partecipanti il 20% ha abbandonato perché non reggeva acne, sbalzi d'umore e dolori muscolari.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 29.861
Diffusione 12/2016: 22.346
Lettori Ed. II 2016: 468.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA GAZZETTA DEL MEZZOGIORNO

Dir. Resp.: Giuseppe De Tomaso

26-MAR-2017
da pag. 21
foglio 1
www.datastampa.it

Scocca l'ora della svolta per i manager sanitari

Da ottobre la selezione avverrà per meriti e attraverso un albo

● **ROMA.** Manager della sanità, si volta pagina: non saranno più scelti dalla politica ma selezionati attraverso un Albo nazionale a cui potranno accedere dopo una selezione per curriculum e titoli. E c'è di più: chi non raggiunge gli obiettivi prefissati, o amministrerà male, decadrà direttamente dall'incarico. E' questa la rivoluzione in arrivo già a partire da ottobre, quando diventerà operativo il nuovo Elenco unico nazionale per i direttori generali nella Sanità.

Il Consiglio dei ministri ha infatti dato il via libera ad un decreto legislativo sui dirigenti sanitari. Si tratta di un decreto, ha spiegato il ministro della Salute Beatrice Lorenzin, «estremamente importante che era stato bloccato dall'impugnativa della Regione Veneto nell'ambito della riforma Madia». Ora il testo, che accoglie i correttivi delle Regioni, andrà alla Conferenza Stato-Regioni e al Consiglio di Stato e «concluderà il suo iter entro giugno». Il problema della sanità italiana, ha quindi sottolineato il ministro, «non è la mancanza di personale qualificato, perché i medici, infermieri e tecnici sono di altissimo livello. Il problema è di tipo organizzativo e gestionale, con la componente manageriale che è scelta dalle Regioni. Abbiamo cambiato il modo di selezionare i direttori generali, lasciando le competenze alle Regioni, ma riportandole a criteri di valutazione meritocratici, validi per tutti. E quindi assicurando procedure conformi a principi di merito, imparzialità e trasparenza, con un albo nazionale cui potranno attingere le amministrazioni locali».

Per questo, viene istituito presso il ministero della salute un elenco nazionale di idonei, aggiornato ogni due anni attraverso una selezione di candidati da parte di una commissione di esperti. All'elenco dei direttori generali non potrà iscriversi chi abbia più di 65 anni e per accedere bisogna avere un attestato di formazione in materia di sanità pubblica e gestione sanitaria. Quindi, ha rilevato Lorenzin, «parliamo di manager con comprovata esperienza». La permanenza nell'elenco dura 4 anni: è un elenco aperto, che viene aggiornato e prevede un sistema di valutazione dei dirigenti, che, ha ricordato il ministro, «gestiscono 113 miliardi della spesa sanitaria italiana». La grande novità riguarda poi il capitolo «valutazione», con la perdita dell'incarico nel caso di non raggiungimento degli obiettivi. Ci sarà infatti una valutazione dei direttori generali iscritti nell'albo, ha spiegato, «tenendo conto del raggiungimento degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi». I livelli essenziali di assistenza (Lea) diventano dunque elemento primario di valutazione e tra i criteri viene inserita anche la riduzione delle liste d'attesa, che sui territori provocano diseguaglianza: «Vogliamo raggiungere un'omogeneità del livello di assistenza a livello nazionale», ha affermato Lorenzin. Vengono anche valutati i dati dei bilancio ed è prevista la decadenza dei direttori generali non solo in caso di violazione della legge e malasanità ma anche nei casi in cui la valutazione delle performance sia negativa. Non c'è la possibilità di ricorso e si prevede la cancellazione dall'elenco e reinserimento solo dopo nuova selezione.

A cascata, c'è un procedimento demandato alle regioni per la nomina dei direttori sanitari e dei servizi socio-sanitari: anche qui viene costituito un elenco regionale degli idonei e la selezione avviene per titolo e colloquio.

SALUTE Il ministro Beatrice Lorenzin

ECONOMIA&FINANZA
Scocca l'ora della svolta per i manager sanitari

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 301.987
Diffusione 12/2016: 223.463
Lettori Ed. II 2016: 1.965.000
Quotidiano - Ed. nazionale

NAZIONE - Carlino - GIORNO

Dir. Resp.: Andrea Cangini

26-MAR-2017
da pag. 13
foglio 1
www.datastampa.it

IL CASO DENUNCIA DEI MEDICI DI BASE, LA REPLICA DELLA LORENZIN: VISITA DALLO SPECIALISTA FACOLTATIVA. FIMMG SODDISFATTA

Il ministro: «Non obbligatori i superticket per i test allergici»

IL RISCHIO

La Regione può chiedere conto della prescrizione ai dottori

GENTILE direttore,
abbiamo letto con stupore l'articolo pubblicato ieri in prima pagina dal suo quotidiano dal titolo 'La beffa superticket – Doppio gioco Test per scovare le allergie Il governo mette il superticket: stangata su 20 milioni di italiani'. E diciamo subito come sia del tutto errato parlare di obbligatorietà della visita specialistica (con conseguente pagamento del ticket) per la prescrizione dei test allergologici e conseguenti terapie.
Il Nuovo Nomenclatore, in considerazione dell'alto rischio di inappropriatezza osservato in questa tipologia di prescrizioni, ha semplicemente consigliato la prescrizione degli esami allergologici su indicazione del medico specialista quale mera indicazione di appropriatezza prescrittiva a tutela del cittadino e del medico di base.
L'indicazione di appropriatezza non è infatti assolutamente vincolante né tantomeno i Nuovi Lea rendono obbligatoria la visita specialistica. Il medico di medicina generale può tranquillamente continuare a prescrivere i test allergologici ai propri assistiti senza richiedere preventivamente la visita specialistica, qualora in scienza e coscienza li ritenga necessari.

Claudio Rizza - Portavoce del Ministro della Salute

L'associazione dei medici di famiglia, la Fimmg, che aveva lanciato l'allarme, fa sapere, con il vice presidente Pierluigi Bartoletti, di «accogliere con soddisfazione la precisazione del Ministero circa la non obbligatorietà della visita specialistica per la prescrizione dei test allergologici. Questo nonostante le indicazioni di appropriatezza prevedano l'indicazione dello specialista allergologo».
E, dunque, per risolvere il caso e uscire dall'ambiguità della norma, è necessario – si osserva, però, tra gli addetti ai lavori – che il Ministero modifichi formalmente la nuova regola. Perché, se è vero che il medico di base può prescrivere, continua a valere, però, anche il principio – indicato nell'Allegato 4D, note 69 e 70 dei Lea – secondo il quale affinché si verifichino le condizioni di appropriatezza, la prescrizione deve avvenire su indicazione del medico specialista, dietro quindi pagamento del ticket.
Una indicazione che lascia aperto il rischio che le regioni e le relative burocrazie possano chiedere conto ai medici di famiglia di eventuali prescrizioni effettuate «in scienza e coscienza», ma senza il consulto dello specialista, con corollario di sanzioni pecuniarie. Di fatto un elemento deterrente che spingerà i medici di base, in assenza di una modifica normativa, a richiedere il consulto dello specialista.

LA REPLICA AI MEDICI
Il ministro Beatrice Lorenzin

Il Pd va a congresso, a casa metà degli iscritti Ma Guerini: numeri ok

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 301.987
Diffusione 12/2016: 223.463
Lettori Ed. II 2016: 1.965.000
Quotidiano - Ed. nazionale

NAZIONE - Carlino - GIORNO

Dir. Resp.: Andrea Cangini

26-MAR-2017
da pag. 12
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

L'INTERVISTA

«Regali e viaggi a tanti medici dalle aziende farmaceutiche»

BARTOLOMEI e PARDINI ■ A p. 12

«Tanti medici stipendiati dalle lobby La corruzione ormai è strutturale»

Cornaglia Ferraris sferza la categoria: «La sanità pubblica è fallita»

I finanziatori del sistema

Ospedali pieni di persone pagate dall'industria Il malato? Cerchi i dottori seri e speri in Dio

Rita Bartolomei

PAOLO Cornaglia Ferraris, 65 anni, pediatra e scrittore. Il primario di Milano arrestato, Norberto Confalonieri, sembra uscito da uno dei suoi libri-denuncia, 'Camici e pigiami' il più noto. Cinismo inarrivabile. Rapporti pericolosi con multinazionali. Viaggi, soldi, prestigio, malati-cavie.

«Il sistema corruttivo è strutturale. Se poi si associa al disprezzo per il paziente, visto come numero su cui sperimentare le nuove cose... I finanziatori privati offrono borse di studio, stipendi per segretarie o ricercatori, supporto per la presentazione dei lavori scientifici... ».

Congressi.

«Farmindustria ha messo un freno ma ovviamente c'è chi non obbedisce alle regole. Le relazioni pericolose esistono anche sul territorio».

Il suo ambiente oggi. Le denunce le sono costate il posto da primario a Genova.

«Mi hanno distrutto una carriera brillante. Faccio il mio mestiere. Osservo. Certi congressi fanno ridere i polli. C'è gente che va a fare la settimana bianca gratis, o allunga l'estate».

Abitudine rischiosa, per il malato.

«Gli informatori scientifici hanno un certo budget per ogni medico prescrittore e fanno comparaggio. Ti pago a seconda di quanti pezzi prescrivi del mio prodotto».

Torniamo sempre lì, ai rapporti inconfessabili con case farmaceutiche e multinazionali.

«Sono stati studiati addirittura a livello scientifico. Il famoso ballo con il porcospino: stare abbastanza vicini per avere in mano le novità del settore ma abbastanza lontani per non pungersi».

Nello schema manca il paziente.

«La verità è che le grandi multinazionali hanno acquistato una potenza tale da pagare i medici all'interno di strutture anche prestigiose, le grandi università americane, ad esempio. Chiaro che se il tuo stipendio dipende dall'azienda farmaceutica, consumerai quel tipo di farmaco e starai attento agli interessi di chi ti paga».

Tornando in Italia.

«Queste cose esistono da 40 anni. Se ci sono i blocchi delle assunzioni e i giovani vogliono entrare, le vie sono poche. I privati che finanziano non sono benefattori, curano i propri interessi. Gli ospedali, i policlinici sono pieni di persone pagate dall'industria».

Gli esempi virtuosi non mancano.

«Certo. C'è chi è onestissimo e usa queste risorse nel modo giusto, altrimenti i malati non potrebbero beneficiare di nessuna nuova scoperta. La sanità pubblica non ha le risorse per sostenere lo sviluppo tumultuoso della tecnologia. Vogliamo tutti i nuovi farmaci che costano miliardi, che ci guariscono da epatite o cancro ma nessuno li vuole pagare. Neanche i pazienti. Vittime? Un accidenti. Parte di un sistema».

La speranza.

«Lo Stato deve evitare di finanziare i partiti con i soldi del fondo sanitario nazionale, com'è oggi, e invece di disperdere le risorse in rivoli di appalti e subappalti, destinarle a tecnologia, sviluppo e malati».

Il cittadino che paga le tasse è costretto a pensare: mi faccio un'assicurazione privata.

«È già così. Sono rinate le vecchie mutue, chiamiamole assicurazioni. La gente paga per tutelarsi, io per primo. Un tot all'anno e quando hai bisogno puoi contare su un servizio parallelo».

Allora il pubblico è fallito.

«Da molto tempo. Il sistema non è sostenibile, spende più di quel che può erogare».

Alla fine la sanità è solo un grande business?

«Sì certo, è uno dei business più importanti del mondo occidentale».

Milano un'altra volta dopo la clinica Santa Rita prima; Saronno... Un elenco impressionante.

«È un elenco di posti dove si fa una sanità molto molto bella e moderna. Con gente di grandissima competenza e professionalità, nella stragrande maggioranza».

Allora ci si aspetterebbe che certi individui venissero fermati prima.

«Ma chi ferma gente come questa va nei guai. Esattamente com'è capitato a me. Nessuno ha voglia di pagare. C'è omertà, lavori e stai zitto. Cerchi di fare al meglio stando lontano da certi personaggi. E poi ci sono troppe invidie e pugnalate alle spalle. Difficile distinguere il

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 301.987
Diffusione 12/2016: 223.463
Lettori Ed. II 2016: 1.965.000
Quotidiano - Ed. nazionale

NAZIONE - Carlino - GIORNO

Dir. Resp.: Andrea Cangini

26-MAR-2017
da pag. 12
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

vero delinquente da quello che è solo chiacchierato».

Al malato non resta che pregare.

«Il malato deve capire con chi ha a che fare. Chiedere e trovare riscontri. Cercare le persone serie e sperare in Dio».

L'identikit

Camici e pigiami

Ematologo e pediatra, Paolo Cornaglia Ferraris è stato dirigente al Gaslini di Genova per 20 anni. Il suo libro più noto 'Camici e pigiami' (99) Oggi cura i bimbi clandestini

Milano 1

Orrori e conti di Brega Massone

«Secondo me dovresti cercare di investire su qualcuno che ha principalmente una patologia oncologica (...), qualcosa sulla mammella». Così intercettatoal telefono Pier Paolo Brega Massone, ex chirurgo della clinica Santa Rita a Milano

Milano 2

Il cinismo choc del 'Confa'

«Eh l'ho rotto (...) gli ho fatto la via d'accesso bikini (...) per allenarmi. Oggi ho fatto una vecchietta solo per allenarmi». Così Norberto Confalonieri, primario del Gaetano Pini, oggi agli arresti domiciliari, parlava del femore di una paziente 78enne operata nel pubblico

DENUNCE Cornaglia Ferraris

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

quotidianosanità.it

Sabato 25 MARZO 2017

“Noi per le mutue? Ma non scherziamo, il PD è per la sanità pubblica”. Biotestamento? “Se la Camera lo approva entro i primi di maggio ce la possiamo fare”. Intervista a Emilia De Biasi

A ormai meno di un anno dalla fine naturale della legislatura abbiamo incontrato la presidente della Commissione Sanità di Palazzo Madama per fare il punto di questi ultimi mesi di lavoro per il Parlamento. Ddl Lorenzin, ticket, Rems, aborto: molti i temi sui quali l’esponente Dem ci ha risposto senza troppi giri di parole. Ma con lei abbiamo parlato anche di Bersani e della sua apertura ai 5 Stelle e di cosa si aspetta dal prossimo congresso del PD

“Ma quali mutue! Davvero, non scherziamo”. Smentita secca e senza appello quella della presidente della Commissione Igiene e Sanità del Senato Emilia Grazia De Biasi alla tesi, lanciata anche da queste colonne da Cavicchi, Francese e Nicchi, di un rischio di ritorno alle mutue sanitarie nascosto dietro la mozione congressuale per la candidatura di Renzi alla segretaria del PD.

Come non ci sta al leitmotiv di un governo (quello del PD di Renzi, ma anche l’attuale) che sulla sanità non investirebbe: “Devono parlare i fatti. E i fatti ci dicono che in questi ultimi anni abbiamo invertito la china dei tagli alla sanità. Ora in sanità ci sono più risorse. Punto. Non basta? E’ ovvio, per certi versi non basta mai, ma in queste condizioni economiche quanto fatto negli ultimi tre anni per il fondo sanitario è straordinario”.

De Biasi, lo si capisce già da queste prime battute, appoggia la candidatura di Matteo Renzi al prossimo Congresso dei Dem ed è una scelta convinta “al di là dello stile, ho sempre guardato alla sostanza e Renzi è ancora una grande opportunità per questo Paese”.

Ma in questa intervista dalla sua casa milanese la senatrice lancia anche un monito ai duellanti per la segreteria Dem: “Vorrei ricordassero, tutti e tre, che siamo comunque nello stesso partito e sono molte di più le cose che ci uniscono che quelle che ci dividono”.

Per esempio, presidente De Biasi?
Per esempio sanità, scuola, lotta alla povertà e immigrazione. Quattro temi centrali sui quali sono straconvinta che tra Renzi, Orlando ed Emiliano le differenze non esistono se non forse nei toni e nelle sfumature.

Ma forse è proprio su toni e sfumature che la battaglia sembra tutt’altro che tiepida…
Il problema è che ho l’impressione, come le dicevo, che queste primarie congressuali si stiano giocando più sullo stile dei candidati che sulla sostanza dei temi e delle politiche. Personalmente sono poco interessata ai caratteri e ai profili personali. Nella sostanza il PD resta un grande partito con idee chiare e condivise da tutti su questioni dirimenti. Non dimentichiamolo mai.

Vedremo. Ma torniamo alla sanità e alle critiche che sono venute anche da una sua ormai ex compagna di partito, la senatrice Dirindin che su questo giornale ha indicato le politiche sanitarie di Renzi tra le cause della sua scelta di uscire dal PD.
Nerina ha fatto la sua scelta, che ovviamente rispetto. Devo ricordare, per correttezza, che le sue critiche sono andate alle politiche degli ultimi governi e non solo al governo Renzi, e che in qualche modo le aveva sempre espresse anche nel passato e prima della scissione. Ma io sono abituata a ragionare sui fatti e i fatti, glielo ripeto, sono che con il Governo Renzi la sanità pubblica ha avuto, anno dopo anno, più risorse dell’anno precedente, che con quello stesso governo abbiamo dato vita a un finanziamento straordinario per i farmaci innovativi, prima per l’epatite C e poi anche per il cancro, abbiamo rinnovato i Lea dopo più di 15 anni e detto

la parola fine ai tagli lineari degli anni di Tremonti/Monti. Non basta? Non basta mai, è ovvio ma vorrei che, se si deve parlare di quale sanità vogliamo per il futuro, si inizi finalmente a concentrarsi sulle vere sfide che ci attendono, dall'innovazione farmacologica e tecnologica alla capacità di rispondere ai nuovi bisogni di assistenza.

E il PD di Renzi lo sta facendo?
Vorrei, non dico si apprezzasse ma quanto meno notasse, che nella mozione congressuale per Renzi abbiamo inserito a chiare lettere tra le priorità della prossima legislatura proprio quella dell'investimento nella sanità pubblica, nell'innovazione, nell'assistenza e nel personale. Altro che mutue, come scrive qualcuno su Quotidiano Sanità!

Bersani sembra aprire a una possibile alleanza futura con i 5 Stelle, che ne pensa? E Lei come ha lavorato con i pentastellati in questi quattro anni in Commissione?
L'uscita di Bersani onestamente non la comprendo e non la condivido. Per quanto riguarda il lavoro in Commissione devo rilevare che su grandi temi abbiamo lavorato bene insieme. Cito tra tutti l'esempio degli screening neonatali, una proposta di legge nata dai 5 Stelle che il PD non ha fatto fatica ad appoggiare, anzi. Ma quello che noto, restando alla loro visione della sanità, è che forse hanno ancora bisogno di sgombrare il campo al loro interno da grosse ambiguità su temi molto delicati, come le vaccinazioni ad esempio. Su un tema come questo non si può ondeggiare dando la sponda a posizioni antivaccino inaccettabili e pericolosissime. Come stiamo vedendo dai dati sul morbillo, solo per citare un esempio.

Sul Biotestamento, invece, la posizione dei 5 Stelle appare salda al fianco di quella espressa del PD. Pensa che la legge ce la farà a vedere la luce in questa legislatura considerando che deve essere ancora approvata dalla Camera e poi passare al vaglio del Senato e che manca meno di un anno alle elezioni?
Se la Camera l'approva entro i primi di maggio ce la possiamo ancora fare. Se si supera maggio la vedo invece molto difficile, visti i tempi. Ma spero veramente che ce la si possa fare, perché siamo di fronte a una legge mite, giusta ed equilibrata che il paese attende da anni e che sarebbe molto grave se, ancora una volta, non dovesse vedere la luce per colpa di veti incrociati o calcoli politici di varia natura. Inaccettabili di fronte a temi come il fine vita e il diritto ad essere assistiti secondo le proprie volontà.

Presidente c'è un'altra legge in stand by in questa fine legislatura che riguarda la sanità. Mi riferisco alla riforma degli ordini e delle sperimentazioni cliniche, il cosiddetto "Ddl Lorenzin". Voi l'avete approvato un anno fa, da allora è fermo alla Camera. Che ne pensa?
Ho parlato proprio pochi giorni fa con il presidente della Affari Sociali Marazziti e da lui ho avuto precise assicurazioni che la legge andrà avanti. Gli credo e spero che l'esame della Camera segua il filo del ragionamento fatto dal Senato, quando abbiamo deciso di operare in una prospettiva di evoluzione delle professioni sanitarie, del lavoro di équipe, senza steccati e pregiudizi. Con l'obiettivo di avere professionisti preparati e certificati e lottare con forza l'abusivismo, a tutto vantaggio dei cittadini, oltre che degli stessi professionisti.

Sulla sua pagina facebook ho visto che ha linkato un post dove si raccontava di un suo incontro non proprio amichevole con la senatrice Mussini, quella dell'emendamento per ampliare le indicazioni al ricovero nelle nuove Rems a tutti i soggetti con disturbi mentali ora residenti nelle carceri anche se in attesa di giudizio. Ma cosa è successo?
La vicenda è nota. Ma vale la pena riassumerla brevemente perché in gioco c'è la vita di molte persone in carcere e la stessa filosofia che ha portato l'Italia a scegliere di chiudere gli Ospedali psichiatrici giudiziari compiendo una scelta di civiltà e di diritto. Con un emendamento al "ddl Giustizia", la senatrice Mussini ha proposto per l'appunto che le Rems ospitassero tutta la popolazione carceraria con disturbi mentali, senza distinzione tra condannati e in attesa di giudizio, mentre la legge sulle Rems sappiamo prevede che vi siano ricoverati i soli detenuti con disturbi mentali oggetto di una condanna definitiva. La ratio di quell'emendamento, contro il quale il PD si è schierato subito, parte dalla constatazione, vera, che in molte carceri non ci sono le condizioni per assistere quelle persone. Ma allora è lì che si deve intervenire, non ampliando la sfera di competenza delle Rems che a questo punto rischiano di diventare dei nuovi Opg.

Ma cosa è successo con la Mussini?
Un incontro sgradevole che voglio archiviare nel clima generale di imbarbarimento della dialettica e dei rapporti politici. Mi spiace, soprattutto per le istituzioni che in ogni caso la senatrice Mussini rappresenta. Ma dobbiamo farci i conti.

E c'è una cosa sulla quale i conti e le partite in sospeso sembrano non finire mai. La legge 194 del

1978 che, con puntualità, ogni tot anni sembra venire rimessa in discussione nella sua effettiva applicazione. Mi riferisco alla querelle mai sopita sull'obiezione di coscienza ormai a livelli altissimi. Ha fatto bene il Lazio a dare il via libera de facto a concorsi riservati a ginecologi non obiettori? Capovolgo la questione. Dovremmo chiederci se è giusto che un ginecologo non obiettore oggi si debba trovare nella condizione di fare solo aborti perché nel suo ospedale è da solo nella sua scelta di applicare quanto previsto dalla legge 194. Penso di no. Come penso che le rassicurazioni statistiche di Lorenzin, "gli aborti calano e quindi i non obiettori sono sufficienti", non tengano se prendiamo in esame le singole realtà, dove magari di non obiettore non ce n'è neanche uno! Il problema va affrontato.

Come ha fatto il Lazio?
Scelta forte ma giustificata dalla necessità e dall'obbligo, non dimentichiamolo, di applicare una legge nazionale che prevede il diritto della donna a scegliere di se stessa. Anche nella maternità. E forse il problema oggi è ancora qui: a molti dà ancora fastidio che siano le donne a scegliere del proprio corpo. Vediamo cosa sta succedendo in America con Trump, dopo l'Obamacare il prossimo obiettivo è cancellare il diritto all'aborto. Soffia un brutto vento da quelle parti e gli spifferi arrivano anche da noi!

Un'ultima questione. I ticket: cosa ne pensa dell'idea di Lorenzin di una loro possibile cancellazione?
Come dire di no. La sanità in teoria è già finanziata dai cittadini con la fiscalità generale, perché far pagare quella che è diventata quasi sempre solo un'odiosa tassa sulla malattia? Ma il punto è come farlo. Ci sono le risorse? E soprattutto siamo sicuri che le Regioni siano pronte a gestire la cosa? Non vorrei che, ammesso che si trovino le risorse per farlo, quei soldi in più non siano alla fine utilizzati per coprire i mancati incassi del ticket ma per fare altre cose. Con Regioni che vanno in una direzione e altre in tutt'altra. Il vero grande problema del ticket oggi sta infatti proprio lì, nella totale difformità di applicazione della compartecipazione. Penso che la cosa da fare sia dare seguito a quanto previsto nel Patto per la Salute del 2014 che prevedeva una profonda revisione del sistema, a partire dalle esenzioni. Sono passati tre anni e non si è fatto nulla, ora leggiamo che Governo e Regioni hanno deciso di riprendere in mano la cosa. Voglio essere fiduciosa che la quadra si possa trovare. Ma attenti a non fare propaganda elettorale su un tema così delicato senza avere carte certe da giocare.

Cesare Fassari

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 332.759
Diffusione 12/2016: 318.217
Lettori Ed. II 2016: 2.218.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

26-MAR-2017
da pag. 59
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Diritto

Ancora troppi italiani costretti a cercarsi le cure in altre regioni

di **M. Giovanna Faiella**

Migrano 750 mila italiani per curarsi in altre Regioni

Questa secondo il Censis la quota di connazionali che cercano una risposta ai propri bisogni sanitari lontano da casa, con disagi e costi notevoli

Da Sud a Nord

Dieci ospedali attirano un quarto dei trasferimenti

Dieci ospedali italiani, concentrati nelle grandi città del Centro e del Nord, accolgono più del 25% dei pazienti che migrano per curarsi. Alcuni di questi poli di attrazione hanno carattere specialistico: oncologico (Istituti oncologici di Milano e di Aviano), ortopedico-traumatologico (Istituto Rizzoli di Bologna) e pediatrico (Bambino Gesù di Roma e Gaslini di Genova). La ricerca del Censis conferma che a viaggiare verso questi ospedali sono soprattutto pazienti che soffrono di malattie gravi o complesse. La migrazione sanitaria riguarda anche 70mila minori ricoverati fuori dalla Regione di residenza, di solito per patologie che richiedono lunghi periodi di permanenza in ospedale, lontano da casa. Solo nel Lazio vengono curati 18mila minori l'anno, di questi ben 15mila provengono dalle Regioni del Sud.

M.G.F.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Carenza di alloggi

Le case di accoglienza non bastano e capita che chi non ha mezzi debba dormire in auto

Ogni anno circa 750 mila italiani scelgono di farsi ricoverare in una Regione diversa dalla loro. Quando la scelta di migrare a chilometri di distanza è spinta dalla necessità, perché nella propria Regione non sono disponibili le cure di cui si ha bisogno o le liste di attesa sono troppo lunghe, il disagio tocca i limiti dell'umana sopportazione. È quanto rileva la ricerca «Migrare per curarsi, racconto di un fenomeno fantasma», realizzata dal Censis su incarico dell'associazione CasAmica onlus, che gestisce quattro case di accoglienza a Milano, una a Lecco e un'altra a Roma.

I ricercatori hanno incrociato gli ultimi dati sui flussi migratori del ministero della Salute per il 2015 con una serie di interviste a responsabili di case di accoglienza, amministratori delle Regioni e responsabili dei rapporti con il pubblico dei grandi ospedali.

In generale, rileva l'indagine, in tutta l'area del Nord e del Centro Italia i malati in cerca di cure si dirigono soprattutto verso ospedali delle Regioni confinanti. I pazienti meridionali, invece, vanno a ricoverarsi in Regioni lontane perché quelle vicine non offrono alternative soddisfacenti. E i viaggi dal Sud verso le grandi città del Centro e del Nord non si arrestano: ogni anno sono circa 220 mila. È tra questi malati che il Censis registra i disagi maggiori: spesso, curarsi lontano da casa mina la stabilità emotiva ed economica di persone già fragili a causa della malattia. Sarebbero più di 90 mila i nuclei familiari in gravissime difficoltà.

Le persone intervistate dai ricercatori hanno raccontato di malati e loro accompagnatori costretti a dormire su una panchina oppure in macchina accanto al luogo di cura, non potendosi permettere il costo di un alloggio.

Secondo l'indagine sono persone sottoposte a una prova durissima, cui la collettività riesce a fare fronte solo con la buona volontà del personale sanitario e con uno sparuto numero di associazioni e volontari, che li accoglie fisicamente e moralmente. In base ai calcoli del Censis, il privato sociale riesce ad aiutare poco più del 10% dei migranti sanitari. Si tratta di associazioni che offrono un alloggio prossimo al luogo di cura — proposto a tariffe irrisorie oppure gratuito in caso di necessità — sia al malato che agli accompagnatori per l'intera durata delle terapie e dei controlli.

«Le case di accoglienza per migranti sanitari non hanno un riconoscimento giuridico ma sono inserite nella stessa categoria delle case vacanza — segnala Stefano Gastaldi, direttore di CasAmica onlus — . A volte capita anche che un Comune richieda la tassa di soggiorno per gli ospiti che, però, non sono turisti. I migranti sanitari sono ancora un "fantasma" per il servizio sanitario: sinergie tra privato sociale, ospedali e istituzioni consentirebbero, tra l'altro, di crescere nell'offerta di servizi di umanizzazione».

Maria Giovanna Faiella

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 332.759
Diffusione 12/2016: 318.217
Lettori Ed. II 2016: 2.218.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

26-MAR-2017
da pag. 59
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

La stima

7
mila euro

È la media dei costi diretti (visite mediche, farmaci e viaggi) per un paziente oncologico che si sposta in un'altra Regione, calcolati dal Censis. Un malato, poi, perde 10 mila euro l'anno, in mancati guadagni

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 168.000
Diffusione 09/2016: 168.000
Lettori: n.d.
- Ed. nazionale

Avvenire Noi famiglia & vita

26-MAR-2017
da pag. 25
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Dat, deriva ad alto rischio verso l'eutanasia omissiva

Ormai in dirittura d'arrivo una legge che ignora i più elementari doveri di solidarietà sociale, che finirà per stravolgere i fondamenti della professione medica e la vocazione di cura delle istituzioni sanitarie

Gian Luigi Gigli

L'arrivo nell'aula di Montecitorio del dibattito riguardante la legge sul consenso informato e le Dat è stato salutato come il raggiungimento di un grande traguardo di civiltà da quasi tutti gli organi di informazione. La campagna mediatica è stata martellante ed ha trovato il suo apice nella morte del DJ Fabo, sapientemente organizzata dall'Associazione Coscioni. Tenuto conto dei numeri è molto verosimile che prima di Pasqua la Camera avrà già approvato la legge che sdogana, senza dirlo chiaramente, l'eutanasia da omissione di sostegni vitali. La cultura dei diritti civili, dimentica dei doveri di solidarietà sociale, avrà a quel punto fatto un significativo balzo in avanti. «Il punto – ricorda però Luciano Violante – è che a ogni diritto corrisponde un preciso dovere e che la coppia diritti-doveri è indispensabile per la tenuta del contesto civile». Infatti, «senza diritti non c'è democrazia. Ma una società senza doveri resta in balia di egoismi individuali». Dunque, per dirla con l'ex presidente della Camera, «al diritto di morire dovrebbe corrispondere il dovere di dare la morte». Ma può un simile dovere sussistere senza stravolgere i fondamenti della professione medica e la vocazione di cura delle istituzioni sanitarie? Non è una domanda oziosa. Non lo è per ogni medico, costretto a interrogarsi su atti, come la sospensione di idratazione e nutrizione, dai quali, se il paziente non è in condizioni terminali, non può che derivare, inevitabilmente, un'accelerazione intenzionale della sua morte. Ancor più non è una domanda oziosa se il medico è cattolico e se la decisione è presa da altri e riguarda un minore o un incapace. Potrà ancora la professione essere compatibile con la coscienza del medico se richieste sostenute da un'aspirazione al suicidio saranno vincolanti e non sarà ammessa l'obiezione? A legge approvata, ogni medico sarebbe stato costretto a chiederselo se, invece che un'iniezione letale in Svizzera, Fabo avesse deciso di morire in Italia interrompendo idratazione e nutrizione.

E l'istituzione che l'avesse accolto per dare seguito alla richiesta, avrebbe potuto farlo senza trasformarsi in luogo di assistenza al suicidio? In assenza di modifiche al testo di legge, anche le istituzioni sanitarie cattoliche saranno obbligate a questo tipo di accompagnamento. Ma è inquietante pensare che anche il Bambino Gesù, l'Ospedale pediatrico del Papa a Roma, sarà tenuto per legge ad accogliere la richiesta del legale rappresentante di lasciar morire per disidratazione e denutrizione un bambino disabile, non a seguito dell'evoluzione naturale della sua malattia, ma per la scelta di affrettarne intenzionalmente la morte.

Nello stesso articolo, intitolato significativamente "Le aspirazioni non sono diritti", Violante riconosceva che «non è possibile trasformare ogni aspirazione in diritto», perché «non esiste un'inesauribile cassaforte dei diritti dalla quale estrarre tutto quello che ci fa comodo, quando ci fa comodo». Nella stessa direzione vanno le parole pronunciate il 2 marzo scorso, a Firenze, dal cardinale Pietro Parolin. Nel mezzo della tempesta mediatica per la morte del DJ, il Segretario di Stato vaticano ha oppor-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 168.000
Diffusione 09/2016: 168.000
Lettori: n.d.
- Ed. nazionale

tunamente ricordato che «bisogna saper ascoltare, essere sempre in atteggiamento di grande rispetto nei confronti di tutti, anche se evidentemente non si possono condividere tutte le scelte». «Le posizioni della Chiesa a volte vengono viste come oscurantiste, ma è fedeltà al Vangelo». «La Chiesa – ha aggiunto il cardinale – se dice dei "no" è sempre per dei "sì" più grandi, per una pienezza maggiore di vita e di gioia. La Chiesa ha il Vangelo da annunciare e il Vangelo significa buona notizia. La voce della Chiesa magari è scomoda, ma se non ci fosse la società sarebbe impoverita». E la parola della Chiesa «chiama tutti a interrogarsi sul significato autentico del prendersi cura, che affonda le sue radici nel senso cristiano della speranza».

Se questa legge sarà approvata senza profonde modifiche, perderemo forse la possibilità per un cristiano di essere medico fino in fondo e per la comunità cristiana quella di mantenere attive le sue istituzioni sanitarie senza tradirne l'ispirazione. L'importante, tuttavia, è che il senso cristiano della speranza di fronte alla sofferenza e alla morte non venga meno. L'importante è che non vengano meno la compassione vera e la solidarietà, perché, ammonisce ancora Violante, «la società non può sbarazzarsi della morte delegando i giuristi a occuparsene e liberando noi dai doveri di solidarietà». Soprattutto, l'importante è che non manchi mai al popolo di Dio l'illuminazione delle coscienze su ciò che è bene e ciò che è male, che non sempre sta scritto nelle leggi e che nessuna legge potrà impedire di spiegare.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione: n.d.
Lettori Ed. II 2016: 843.000
Settimanale - Ed. nazionale

nòva 24
Dir. Resp.: Guido Gentili

26-MAR-2017
da pag. 9
foglio 1
www.datastampa.it

Il futuro, in remoto, dell'ospedale

La medicina è cambiata, non può prescindere dalla tecnologia, che sta a noi trasformare in Human information technology

di **Agnese Codignola**

Benvenuti nell'ospedale del futuro. Si sarebbe potuto chiamare anche così il Med in Israel 2017, la conferenza svoltasi a Tel Aviv dal 6 al 9 marzo, organizzata dai ministeri degli Esteri, dell'Economia e della Salute insieme all'Istituto per il commercio estero e nella quale, come quasi sempre in queste occasioni, l'intero mondo della ricerca biomedica israeliana si è ritrovato per fare il punto sui progressi raggiunti, ma anche per riflettere sui tumultuosi cambiamenti in atto.

Una parola ha prevalso sulle altre: personalizzazione, cioè medicina personalizzata, da mettere in pratica in un ospedale incentrato non sulle malattie, ma sulle persone. E non certo o non solo per andare dietro a uno slogan tanto di moda quanto, a volte, vuoto, ma perché, che lo si voglia o no, la medicina di oggi è già così. Sono le strutture e l'organizzazione in generale a essere in ritardo.

«Da una parte c'è la demografia - ha esordito Gadi Rennert, direttore del National Cancer Institute israeliano e docente di medicina al Technion, il politecnico di Haifa -. Quale che sia la zona geografica osservata, comprese quelle un tempo considerate in sviluppo come l'India, la Cina o i grandi paesi africani (l'Africa, insieme alla Cina, è presente in forze al meeting, *ndr*), la demografia e l'epidemiologia dicono tutte la stessa cosa: la vita media continuerà ad allungarsi e, con essa, cresceranno i milioni di persone colpite da malattie croniche quali quelle cardiovascolari, il diabete e il cancro, sempre più trattabili. Ci saranno centinaia di milioni di persone da curare, e non è pensabile farlo in un ospedale tradizionale. Dall'altra parte c'è la genetica, che continuerà a far crescere le nostre conoscenze specifiche e a darci strumenti nuovi. È chiaro che, in questo scenario, un centro di cura basato su esami strumentali fatti per individuare la patologia un po' alla cieca, magari aspettando il responso di un laboratorio genetico esterno, è del tutto anacronistico e inadeguato».

L'ospedale del passato, spiega Rennert, era incentrato sulla malattia: il malato, tutto sommato, era un dettaglio, un numero in una statistica che diceva che la tale malattia si curava all'incirca in un certo modo. Ma quando la tecnologia rende possibile l'analisi dell'intero genoma del singolo paziente in tempi e a costi accettabili, la statistica ne esce fortemente ridimensionata, quanto a potere decisionale. «E l'ospedale - prosegue Rennert - diventa un'altra cosa. Continuerà a essere il luogo dove si fanno gli interventi irrinunciabili come quelli chirurgici, ma il suo baricentro diventerà il malato, la sua storia, e soprattutto i suoi geni. E di conseguenza i percorsi saranno imperniati sulle analisi genetiche, e attorno a quel tipo di informazioni ruoterà tutta l'organizzazione del percorso di diagnosi e cura».

In parte tutto ciò è già realtà, e lo si vede plasticamente in occasioni come Med In Israel, perché il cambiamento sta stimolando la creatività dei bioingegneri come mai prima d'ora, e le startup propongono soluzioni spesso molto ingegnose per risolvere qualunque tipo di problema, dalla diagnosi al monitoraggio, dall'assistenza domiciliare alla telemedicina e così via. Si provi, per esempio, come ha invitato a fare Itamar Raz, direttore dell'Israeli National Council of Diabetes, a mettersi nei panni di un diabetico 3.0. «Il controllo della sua glicemia - dice - avviene h24 attraverso sensori che possono essere inseriti sulla cute, sottocute, ma anche nell'orecchio esterno, o in una lente a contatto, e che assicurano un controllo immensamente più preciso rispetto alle punture del dito. Il diabetico poi, tramite un'app, manda i dati al cloud e da lì questi arrivano al diabetologo, che dedica una parte significativa del proprio tempo al rapporto con i malati via terminale e che arriva a parlare con quello specifico paziente dopo aver analizzato la situazione della giornata e in un arco temporale molto più ampio, magari di anni». Si tratta però di un dialogo riservato alle situazioni critiche o particolari, perché per molte delle più normali come un piccolo sforamento dei valori di glicemia o di farmaci ci ha pensato un messaggio automatizzato ad avvisare il paziente; un algoritmo aveva infatti effettuato una prima scrematura dei suoi dati in arrivo, e attivato un primo livello di allerta. Infine, il paziente svolge da solo, a casa, alcune delle operazioni più semplici come la cura di un'ulcera del piede non grave, sotto la guida di un tutorial apposito. «Solo organizzando questo tipo di processo - conclude Raz - possiamo pensare di farci carico di migliaia di pazienti per medico: non ci sono alternative».

Naturalmente tutto ciò pone una questione enorme di privacy, di cui ha parlato Gil Segal, bioeticista del Comitato nazionale di Bioetica israeliano e docente alla School of Low dell'Università della Virginia. Chi gestisce questa mole sterminata di dati, e come si fa a essere certi che essi non finiscano in mani sbagliate e vengano per esempio usati per introdurre la medicalizzazione di persone in realtà sane, o indirizzare le terapie verso un prodotto specifico? «L'unica soluzione è l'umanità: l'uomo deve sempre essere davvero, e non solo in teoria, al centro. La tecnologia costituisce l'unico modo per fronteggiare la situazione, ma alla fine del dato ci devono essere l'uomo-paziente, che deve diventare responsabilmente consapevole delle scelte che lo riguardano, e l'uomo-operatore (medico, infermiere o figura analoga), che deve mettere il paziente nelle condizioni appropriate a compiere tali scelte. Dobbiamo tutti capire che la medicina è già cambiata, non può prescindere dalla tecnologia, ma sta a noi trasformare quest'ultima in Human Information Technology".

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 137.738
Diffusione 12/2016: 120.029
Lettori Ed. II 2016: 304.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire
Dir. Resp.: Marco Tarquinio

26-MAR-2017
da pag. 22
foglio 1
www.datastampa.it

Le donne soffrono di più e più spesso degli uomini

Paracetamolo farmaco di prima scelta per il trattamento dei disturbi dolorosi

Tutti uguali di fronte al dolore? Sembra proprio di no: le donne soffrono più frequentemente degli uomini, per periodi più lunghi e con una maggiore intensità. Caratteristiche genetiche, fluttuazioni ormonali e differenze anatomiche sono all'origine della spiccata vulnerabilità femminile al dolore. Dismenorrea, mal di testa, lombalgia, problematiche muscolo-scheletriche le sindromi algiche più comuni. Le donne rappresentano anche le maggiori consumatrici di analgesici e hanno necessità di molecole efficaci ma, al tempo stesso sicure, anche in fasi delicate della vita, come la gravidanza e la post-menopausa. Numerose evidenze scientifiche e linee guida evidenziano il ruolo di paracetamolo come farmaco di prima scelta per il trattamento dei disturbi dolorosi che colpiscono l'universo femminile. «Nella donna in età fertile - spiega Alessandra Graziottin, direttore Centro di Ginecologia presso l'Ospedale San Raffaele Resnati di Milano e presidente Fondazione Graziottin per la cura del dolore nella donna Onlus - le forme di dolore più comuni sono quelle correlate alla mestruazione, come ad esempio dismenorrea e dolore pelvico cronico. Il paracetamolo può essere considerato un farmaco di prima linea nel trattamento della dismenorrea primaria e delle comorbidità associate, per le sue caratteristiche di maneggevolezza, sicurezza e minori effetti collaterali rispetto ai FANS». **(E. S.)**

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 29.861
Diffusione 12/2016: 22.346
Lettori Ed. II 2016: 468.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA GAZZETTA DEL MEZZOGIORNO

Dir. Resp.: Giuseppe De Tomaso

26-MAR-2017
da pag. 16
foglio 1
www.datastampa.it

L'INTERVISTA

DOPO IL CASO DI DJ FABO

«LA NOSTRA VITA ERA FELICE»

«Diceva che non avrebbe voluto sposarmi perché voleva che io fossi libera di andarmene qualora non avessi avuto più la forza»

Bio-testamento, Mina Welby e le battaglie di Piergiorgio

Presentato a Gioia del Colle il libro «L'ultimo gesto d'amore»

VALENTINO SGARAMELLA

● È una donna minuta ma dolcissima, Mina Scheet in Welby. Un'altoatesina che ha sposato Piergiorgio Welby e ne ha condiviso la via crucis con le sue 13 stazioni sino alla morte. Una vita non più degna di essere definita tale, come Piergiorgio scriveva all'allora Capo dello Stato, Giorgio Napolitano: «cosa c'è di naturale in un buco nella pancia, una pompa che la riempie di proteine, uno squarcio nella trachea ed una pompa che soffia aria nei polmoni, alimentazione artificiale, idratazione artificiale, svuotamento intestinale artificiale?». Chiedeva una legge sull'eutanasia. Dopo l'analoga vicenda di Dj Fabo, siamo ancora alle prese con l'approvazione di una legge sulla dichiarazione anticipata di trattamento, il cosiddetto bio-testamento. Mina Welby ha presentato il suo libro «L'ultimo gesto d'amore» a Gioia del Colle, interrogata da Giovanna Magistro, l'avv. Rosella Cuscito ed il notaio Alberto D'Abbicco. L'on. Dario Ginefra ha portato la sua viva testimonianza: «per la parte che rappresento chiedo scusa perché è indegno di un Paese civile questo ritardo con anni di discussione e accelerazioni figlie della esposizione della politica a casi specifici». A margine della serata, Mina Welby ha concesso questa intervista.

Come ha conosciuto suo marito?

Un giorno giunsi a Roma per la settimana Santa e vidi quest'uomo appoggiato alla statua di Giordano Bruno; gli chiesi un'informazione su come raggiungere piazza Venezia. Lui ironizzò sul mio accento tedesco visto che sono nata in Alto Adige. Ci scambiammo i numeri di telefono fisso. Nacque un sentimento d'amore. Inizialmente gli somministravano amfetamine per dare un po' di forza muscolare. Poi cominciò a praticare iniezioni di eroina. Diceva: tanto devo vivere poco tanto vale che vivo la vita come mi piace. Pian piano diventò dipendente dall'eroina. Cominciò a disintossicarsi col metadone ed in quel periodo lo conobbi. Con me ricominciò ad uscire di casa con la carrozzina e realizzammo una tavola per gli ultimi 8 gradini dall'ascensore al portone. Smise di assumere metadone. La nostra vita era felice. Mi diceva che non avrebbe voluto sposarmi perché voleva che io fossi libera di andarmene qualora non avessi avuto più la forza. Non ho mai avuto questo pensiero perché la malattia appartiene alla vita.

MINA WELBY

Il peggioramento quando avvenne?

Nella primavera del 1997 lui cominciò a prepararmi al peggio. A giugno non riusciva a stare comodamente a letto. Subì una tracheotomia. Conobbe i radicali. Aprì un blog. Riusciva a respirare ancora autonomamente. Nel 2002 le cose ripresero a peggiorare, deglutiva a fatica e spesso il cibo finiva nella trachea causando poi polmoniti. Bisognava inserire un sondino. In quel momento iniziò a studiare una proposta di legge sul bio-testamento. Aprì un forum internet su eutanasia. Ormai la sua vita dipendeva da un ventilatore meccanico. Non riusciva a stare seduto per più di un'ora. Non era più capace di scrivere ormai.

Si avviò allora il percorso verso la fine?

Venne Marco Cappato a casa. Si fece raccontare l'intera storia. Piergiorgio fece scrivere una lettera al capo dello Stato. Radio radicale da casa nostra realizzò una trasmissione. Da quel momento casa nostra fu invasa da giornalisti e telecamere. La Rizzoli chiese di scrivere un libro dal titolo «Lasciatemi morire». Cappato invitò a casa medici belgi, uno psichiatra ed uno specialista per la distrofia. Piergiorgio chiese loro un farmaco per morire. Un secondo psichiatra italiano somministrò delle compresse che lui rifiutò. Soffriva moltissimo. I radicali di Cremona misero in contatto con Cappato un medico italiano, dott. Mario Riccio. Il 20 dicembre 2006 Welby ha smesso di vivere poco prima della mezzanotte.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 137.738
Diffusione 12/2016: 120.029
Lettori Ed. II 2016: 304.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire
Dir. Resp.: Marco Tarquinio

26-MAR-2017
da pag. 10
foglio 1
www.datastampa.it

Sentenza. Diritto alle cure anche per gli "irregolari"

Il Tribunale di Ravenna ha imposto a una struttura sanitaria pubblica (che si era rifiutata) di curare una donna straniera, senza documenti perché obbligata a lavorare in nero

Non si possono negare cure mediche essenziali ad una persona perché priva di permesso di soggiorno. È un pilastro della nostra legislazione basato sul diritto alle cure stabilito dall'articolo 32 della Costituzione, ma per Tamara (nome di fantasia) è stato necessario un verdetto del Tribunale di Ravenna.

Ucraina in Italia dal 2002, ha perso il permesso di soggiorno insieme al lavoro. In realtà aveva ritrovato un secondo impiego: badante in una famiglia italiana, che però non voleva saperne di farle un contratto. A fronte dei continui rifiuti, non si è sentita di abbandonare il posto di lavoro seppur in nero. Così è rimasta senza documenti.

Nel frattempo, però, la sua salute è peggiorata, le è stata riscontrata una coxartrosi, una patologia degenerativa delle articolazioni delle anche. Addirittura deve usare le stampelle per muoversi. Per due volte, la donna si è rivolta a strutture pubbliche, a Ravenna e a Lugo, ma entrambe le hanno negato la possibilità di essere operata a carico del servizio sanitario nazionale, ritenendo tale prestazione, seppur urgente, programmabile e che quindi non rientrava tra le cure salvavita.

La svolta avviene quando Tamara si rivolge all'unità mobile di Emergency a Bologna, che fino allo scorso dicembre ha offerto servizi di orientamento socio-sanitario ai più poveri. Nonostante ripetute richieste dell'ong e una formale diffida, la struttura sanitaria non ha riconosciuto un'evidenza che, invece, il Giudice ha colto immediatamente: la legge garantisce le cure essenziali, urgenti e continuative - cioè volte ad evitare l'aggravamento o la cronicizzazione della malattia -indipendentemente dallo status giuridico.

Spiega l'avvocato Marco Paggi dell'Associazione Studi Giuridici sull'Immigrazione (Asgi), che ha difeso Tamara: «La legge in vigore, la 286/98, è chiara sul diritto di tutti, nessuno escluso, a cure urgenti o essenziali». Eppure nella pratica sempre più persone incontrano barriere: «Del resto – puntualizza l'avvocato – se una persona si sente rispondere dallo sportellista che non ha diritto a un esame, pensa che sia la verità». Ora Tamara potrà curarsi, ma molti altri casi simili rimangono nell'ombra.

Spesso si invocano presunte esigenze di bilancio e persino della salute dei cittadini, intendendo far credere che l'erogazione delle cure essenziali agli immigrati irregolari andrebbe ad "impoverire" le cure prestate alla generalità della popolazione. «In realtà – ribatte il legale dell'Asgi – è puntualmente contabilizzato che gli stranieri in Italia contribuiscono economicamente alla spesa sanitaria in proporzione superiore rispetto agli italiani, pure considerando le spese sostenute per gli irregolari; gli immigrati non sono dunque non un peso bensì una risorsa per il nostro sistema sanitario». Peraltro il rifiuto di prestazioni sanitarie essenziali, come la vicenda di Tamara ha svelato, genera successivi ricoveri in condizioni peggiori, quando diventano casi di pronto soccorso, producendo maggiori costi assistenziali.

Stefano Pasta

© RIPRODUZIONE RISERVATA

ATTUALITÀ
Contro i migranti anche il fango via web

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 86.689
Diffusione 12/2016: 50.320
Lettori Ed. II 2016: 370.000
Quotidiano - Ed. nazionale

il Fatto Quotidiano

Dir. Resp.: Marco Travaglio

26-MAR-2017
da pag. 14
foglio 1
www.datastampa.it

UNIVERSITÀ DI BRISTOL

"Le staminali possono essere immortali"

LE CELLULE staminali vengono rese "immortali" e divengono quindi riutilizzabili, e in questo modo è possibile produrre sangue in laboratorio, in quantità sufficiente per trasfusioni di emergenza. Il sangue così ottenuto si rivelerebbe essere molto utile in caso di gruppi estremamente rari o nel caso di soccorso agli immigrati che di solito presentano presenza o assenza di proteine e rendono impossibile le trasfusioni. La scoperta è da attribuire all'università di Bristol, che pubblicato lo studio sulla rivista *Nature Communications*. Ad oggi è possibile produrre sangue artificiale a partire da staminale che però normalmente muoiono, impedendo la produzione di quantità elevate di sangue. In questo caso si parte da cellule staminali adulte da cui si originano cellule "eritroidi", precursori dei globuli rossi, che sono in grado di replicarsi e quindi si rendono immortali. Sono stati così prodotti "litri" di sangue - ha spiegato l'autore principale in un'intervista alla Bbc, il professor David Anstee. I testi sulla sicurezza di eventuali trasfusioni inizieranno entro quest'anno.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 332.759
Diffusione 12/2016: 318.217
Lettori Ed. II 2016: 2.218.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

26-MAR-2017
da pag. 55
foglio 1
www.datastampa.it

Anche la sanità digitale aiuta a restare attivi

11

Le regioni italiane riconosciute «siti di riferimento» nell'ambito del progetto «Partenariato europeo per l'innovazione sull'invecchiamento attivo e in buona salute». Si tratta di un riconosciment alle politiche e soluzioni innovative, attuate a favore degli anziani

L'esperto risponde

alle domande dei lettori sui problemi relativi alla salute degli anziani all'indirizzo **http://forum.corriere.it/geriatria**

Si prendono cura dei nipoti ma anche di altre persone anziane, riprendono attività e hobby, vanno in palestra o in piscina, frequentano balere o scuole di ballo, si dedicano ad attività di volontariato. La longevità attiva è un modello quotidiano di vita per milioni di anziani, come evidenziano indagini di Istat e Censis.

«Uscire, incontrarsi con gli altri, impegnarsi in attività comuni aiuta a sentirsi vivi e a pensare al futuro piuttosto che restare ancorati al passato» afferma Enzo Costa, presidente di Auser, Associazione per l'invecchiamento attivo, che l'anno scorso ha raccolto quaranta storie di volontariato in un volume "Il saper fare - Viaggio nell'Italia della solidarietà". «Le buone pratiche diffuse in tutta Italia possono essere un prototipo di intervento per rinnovare la qualità e l'offerta dei servizi sociali» osserva Costa. Qualche esempio: corsi di alfabetizzazione informatica, corsi di ginnastica dolce, sartorie solidali ovvero luoghi di incontro e relazioni in cui le volontarie preparano, tra l'altro, le bambole di pezza "pigotte", utilizzate per la raccolta fondi dell'Unicef.

Che le attività di svago e tempo libero favoriscano la longevità attiva lo ribadisce anche una ricerca qualitativa pubblicata sulla rivista *Ageing&Society* dell'Università di Cambridge, che ha coinvolto un campione di 133 lavoratori prossimi alla pensione in tre Paesi: Italia, Inghilterra e Stati Uniti. «In molti hanno affermato di voler riprendere gli hobby abbandonati a causa degli impegni lavorativi o iniziarne di nuovi — riferisce uno degli autori dello studio, Andrea Principi, del Centro ricerche economico-sociali per l'invecchiamento dell'Inrca di Ancona —. È quindi emersa l'esigenza di includere l'attività di svago e tempo libero tra i parametri dell'indice europeo *Active Ageing Index*, che misura la possibilità degli anziani di invecchiare in salute».

Intanto, comincia a farsi strada a livello istituzionale un approccio integrato alle politiche per una longevità sana. Undici Regioni sono state riconosciute "siti di riferimento" nell'ambito del progetto "Partenariato europeo per l'innovazione sull'invecchiamento attivo e in buona salute".

«È un riconoscimento alle politiche e soluzioni innovative a favore degli anziani, che contribuiscono a tradurre in pratica gli obiettivi strategici del progetto europeo, tra cui aumentare di due anni il periodo di vita sana e attiva entro il 2020 e ridurre i costi dei sistemi sanitari» spiega Lisa Leonardini, project manager del Programma Mattone Internazionale Salute - ProMIS, che ha seguito il percorso delle Regioni italiane riconosciute "siti di riferimento". In particolare, la Lombardia è stata premiata per la presa in carico proattiva e integrata del malato cronico, anche attraverso l'utilizzo della telemedicina; il Veneto per il progetto *Renewing Health*, che ha permesso il telemonitoraggio di circa 6 mila pazienti affetti da Bpco, diabete e cardiopatie; il Friuli Venezia Giulia per la cura integrata di anziani con malattie croniche. In Piemonte stanno sperimentando l'infermiere di famiglia e di comunità, a supporto degli anziani che abitano in zone montane.

In Puglia hanno sviluppato un sistema di telemedicina H@H ("hospital at home", cioè ospedale a domicilio) che garantisce da qualsiasi dispositivo connesso a internet il monitoraggio continuo dei parametri fisiologici e delle terapie del paziente a domicilio. La Provincia Autonoma di Trento ha una piattaforma tecnologica di sanità elettronica che permette ai cittadini l'accesso al fascicolo sanitario elettronico e l'utilizzo del "Diario salute" personale per tenere traccia della propria storia clinica (farmaci, terapie, allergie, vaccinazioni).

M.G.F.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media