

09 APRILE 2017

## Corruzione in sanità. Servirebbe più cautela sui dati. Si lavori per motivare gli operatori anziché mortificarli con giudizi generici e sommari

La "ricerca" su illegalità e corruzione non è esente dai difetti che condizionano la gran parte degli studi condotti in ambito sanitario. Essa gode infatti di una risonanza molto ampia ma, purtroppo, non sempre è rigorosa. La corruzione "vende". Ma solo una buona ricerca può rivelarsi la chiave per valorizzare e rafforzare il patrimonio di integrità del Ssn, fortunatamente ancora ampio.

I dati su illegalità e corruzione [pubblicati in questi giorni su quotidiani, newsletter e siti web](#) ci dicono soprattutto una cosa: la "ricerca" su illegalità e corruzione non è esente dai difetti che condizionano la gran parte degli studi condotti in ambito sanitario. Essa gode infatti di una risonanza molto ampia ma, purtroppo, non sempre è rigorosa. La corruzione "vende". E, probabilmente, anche le proposte di formazione rivolte alle Aziende sanitarie e, più in generale, a tutta la Pubblica Amministrazione "vendono", benché siano per lo più meri adempimenti burocratici. Su argomenti così delicati, sui quali l'attenzione dei cittadini è così elevata, servirebbe invece un sovrappiù di cautela per mettere a fuoco le specificità del settore sanitario e fare gli opportuni distinguo tra irritualità formali e illegalità sostanziali (quest'ultime fortunatamente assai meno frequenti).

Sorprende ad esempio leggere nella prefazione del nuovo Report 2017 "Curiamo la corruzione" che il lettore potrà trovarvi "... indicazioni utili per erigere barriere efficaci contro corrotti e corruttori": solo pochi mesi fa i ricercatori della Cochrane, a fronte dell'analisi delle pubblicazioni scientifiche internazionali, hanno ribadito che non esistono dati certi per affermare quale sia il modello più efficace per la riduzione della corruzione nel settore sanitario.

Altre evidenze scientifiche mostrano, se mai ce ne fosse bisogno, come non esistano persone completamente avulse dal rischio di comportamenti opachi, essendo immerse in ambienti che continuamente offrono loro scorciatoie, piccoli vantaggi, favoritismi. Ma costruire barriere non ha mai portato a risultati positivi. Si tratta piuttosto di offrire a tutti coloro che quotidianamente operano in un settore delicato quale quello deputato alla tutela della salute, caratterizzato per sua natura da plurime e diversificate situazioni di conflitto di interesse, strumenti innanzitutto etici e culturali che possano far aumentare la percezione dei rischi.

Ed è questa forse la riflessione più importante che emerge dalla lettura del rapporto "Curiamo la corruzione": il ricorso, spesso inevitabile, a misure e indicatori soggettivi, richiede una particolare cautela, di analisi e soprattutto di interpretazione. È indispensabile non cedere alla tentazione di descrivere i fenomeni affidandosi a "stime" o alla "presunzione" del loro manifestarsi. Inoltre l'interpretazione della percezione del rischio (principale indicatore usato nelle survey attuali) va ri-orientata: un'alta percezione dei rischi è un bene non un male. Tanto più i professionisti sono in grado di percepire i rischi, tanto più saranno disposti a ricercare, formulare e condividere strumenti di gestione e prevenzione degli stessi. Se un alpinista è conscio del rischio che corre avventurandosi in alta montagna, si attrezza adeguatamente.

Analogamente, se i professionisti sanitari conoscono le potenziali ricadute negative derivanti da rischi di illegalità, saranno portati a dotarsi di strumenti adeguati. Questo approccio tuttavia richiede tempo e formazione specifica, e forse proprio per questo è trascurato da ricercatori e formatori che puntano alla visibilità immediata o alla (fugace) credibilità derivante dall'applicazione di intricati algoritmi matematici. Serve, al contrario, una visione lungimirante, rispettosa del lavoro e soprattutto delle persone che quotidianamente si spendono per la salute della popolazione. Senza, ovviamente, abbassare la guardia rispetto a opacità e illegalità.

Tutti, pazienti, operatori, istituzioni e fornitori del servizio sanitario, abbiamo bisogno di ricerche mirate,

puntuali, sui rischi e sulle loro cause, meglio se su problemi specifici, capaci di tradursi in attività di coinvolgimento partecipato del personale sanitario. Solo una buona ricerca può rivelarsi la chiave per valorizzare e rafforzare il patrimonio di integrità del SSN, fortunatamente ancora ampio.

Abbiamo infine bisogno di non sprecare l'attenzione che attualmente viene riservata alla legalità, evitando di organizzare giornate sulla trasparenza e l'anticorruzione che di fatto non hanno una reale capacità di promuovere una crescita culturale. Facciamo emergere invece le esperienze di promozione dell'integrità nel sistema della salute, e non solo nel sistema sanitario.

Riconosciamo la fatica e l'impegno di chi rifiuta le lusinghe di una realtà così suadente e sfrontata da costituire - in alcune situazioni - un abbraccio mortale per l'integrità di parti del sistema. Promuoviamo la legalità, e non limitiamoci a contrastare la corruzione. Identifichiamo e valorizziamo i fattori di protezione contro ogni forma di illegalità, a partire dalla competenza dei professionisti fino al sostegno del controllo sociale, evitando di affidarci solo ai controlli ispettivi. Lavoriamo per motivare gli operatori, anziché mortificarli con giudizi generici e sommari.

La difesa della legalità passa in primo luogo dalla capacità di distinguere i comportamenti virtuosi da quelli disinvolti e questi ultimi da quelli criminali.

Nerina Dirindin  
Commissione Sanità del Senato

Luca De Fiore  
Direttore Il Pensiero scientifico

Chiara Rivoiro  
Coripe Piemonte

## CRONACA VERA

# Curare tumori con la Coca-Cola

di *Andrea Di Consoli*

**N**on è nemmeno più abilitato a fare il medico, Ryke Geer Hamer, inventore della Nuova Medicina Germanica, famigerata medicina alternativa per curare i tumori senza ricorrere alla chemioterapia o alla chirurgia; eppure c'è sempre qualcuno che, preso dalla disperazione per una diagnosi negativa, si affida alle sue (non) cure e a quelle dei suoi adepti.

Il cosiddetto "metodo Hamer", fondato su astruse teorie non riconosciute dalla scienza ufficiale come le "cinque leggi biologiche", consiste nel considerare un tumore come il sintomo temporaneo di un trauma psicologico, tanto che l'unico modo che si ha per debellarlo – questo dicono questi "medici" irresponsabili che non hanno mai guarito nessun malato oncologico – è quello di rimuovere il trauma. Una psicosomatica suggestiva, quella di Hamer, che lo ha portato a essere processato e condannato in numerosi paesi d'Europa.

Si occupa di quest'avventurismo "medico" Ilario D'Amato con *Dossier Hamer. Inchiesta su una tragica promessa di cura contro il cancro* (Mondadori, 216 pagg., 18,00 euro), un libro che ripercorre alcune tra le tante storie delle vittime di questo "metodo". Nessuno mette in discussione che in oncologia le terapie complementari (massaggi, meditazione, alimentazione vegana, respirazione, antinfiammatori, ecc.) aiutino la guarigione, ma la scienza mondiale ha dimostrato, dati alla mano, che l'unico modo che si ha per curare i tumori è seguire i protocolli ufficiali.

Leggendo il libro di D'Amato si scoprono storie agghiaccianti, come per esempio quella di un malato di tumore al polmone curato con l'aspirina e la Coca-Cola; o, ancora peggio, storie di persone malate che entrano in metastasi (il "metodo Hamer" considera la metastasi un'invenzione della medicina ufficiale) e che vengono colpevolizzate per non aver saputo superare il trauma originario o per non aver avuto fiducia in se stessi, ovvero nell'autoguarigione.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



F Antibiotico-resistenza | Strategie | Politiche

# Contro i superbug serve un impegno condiviso

La genomica apre nuove possibilità anche per contrastare la resistenza ai batteri, grazie a vaccini e immunoglobuline

di **Francesca Cerati**

◆ Quasi un secolo dopo la scoperta della penicillina, le infezioni batteriche sono ancora responsabili della morte di quasi 700mila persone all'anno. I batteri, dunque, inesorabilmente continuano a "vincere" sugli antibiotici. Il problema dell'antibiotico-resistenza si conosce già da trent'anni fa, ma che finora non è stato preso troppo sul serio. Tanto è vero che, ogni anno, oltre 25.000 europei muoiono a causa di infezioni causate da batteri resistenti, e sono 23mila i decessi l'anno negli Usa. E stiamo parlando di paesi sviluppati...

Purtroppo il trend è in crescita e si stima che nel 2050 la resistenza agli antibiotici provocherà 10 milioni di morti ogni anno, con la riduzione dal 2 al 3,5% del prodotto interno lordo a livello globale.

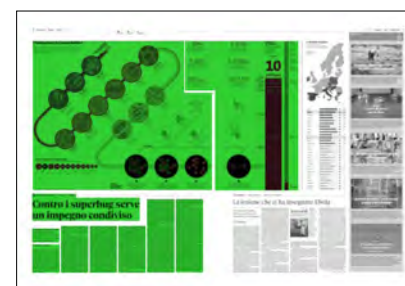
E mentre questa minaccia continua a evolversi rapidamente, la produzione di nuovi antibiotici negli ultimi 40 anni è rallentata drasticamente: per le aziende farmaceutiche non è un business conveniente, la ricerca è lunga e molto costosa, il farmaco viene preso per pochi giorni con il rischio che dopo poco diventi resistente. L'esempio più eclatante risale al 2015: una collaborazione scientifica tra quattro istituti di ricerca statunitensi e tedeschi, e due società farmaceutiche, ha dato l'annuncio della scoperta di un nuovo antibiotico in grado di colpire e uccidere i suoi bersagli senza far sviluppare "alcuna apprezzabile resistenza". Il Teixobactin è stato scoperto da una specie batterica mai descritta in precedenza usando la tecnica iChip (Isolation Chip) per lo screening dei batteri osservati non in coltura. Uno degli scopritori ha stimato i costi di sviluppo del farmaco "in almeno 100 milioni di dollari", un investimento che prevede un programma della durata di cinque o sei anni. Di fronte a queste cifre, le aziende farmaceutiche si sono mostrate riluttanti a fare investimenti, perché prevedono che dei nuovi

antibiotici sarà scoraggiata la prescrizione su vasta scala quale misura precauzionale per ritardare lo sviluppo di farmacoresistenze, un'eventualità considerata quasi inevitabile. Gli economisti a fianco di esperti stanno quindi sviluppando modelli economici alternativi così da rendere appetibile la ricerca di nuovi antibiotici per le Big pharma, con delle regole e dei bonus anticipati pari a 2 miliardi. Chi sta lavorando su questo è l'Inghilterra, che punta sui "contributi congiunti" in cui mettendo insieme i fondi statali, le assicurazioni private e i fondi delle aziende farmaceutiche si traccia insieme una sorta di percorso obbligato. La proposta dovrebbe essere alle battute finali per essere discussa in parlamento.

Ma di fronte a questa emergenza, inserita tra l'altro nelle agende del G7 e del G20, come si stanno attrezzando gli Stati? Ma soprattutto si sta facendo abbastanza? «Sicuramente in Europa si sono fatti passi in avanti sul piano politico, ma poi all'interno del Vecchio continente le direttive vengono applicate in maniera diversa» ci spiega Evelina Tacconelli, primario del reparto di Malattie infettive dell'Università di Tübingen in Germania. La Svezia, per esempio, ha cominciato ad affrontare il problema addirittura nel 1994, e da allora ha ridotto drasticamente le prescrizioni annuali di antibiotici, il risultato è che la resistenza batterica ha cominciato a diminuire.

L'Italia invece è fanalino di coda in Europa sui contagi in corsia. Ogni anno si verificano, in media, sei infezioni ogni 100 ricoverati in ospedale. Un dato simile agli altri Paesi del continente, ma con una differenza fondamentale: i batteri di casa nostra sono resistenti ai farmaci anche 10 volte di più rispetto ai Paesi più virtuosi. Le differenze regionali (come in molti altri settori della sanità) sono notevoli: difficile avere dati precisi, ma le stime variano dal 5% al 10% di ricoverati contagiati, con diverse Regioni che non rilevano nemmeno i dati.

Nonostante si sia annunciato più volte manca ancora una strategia nazionale per il controllo delle infezioni ospedaliere e dell'antibiotico-resistenza. Lacuna che potrebbe essere colmata a breve con il Piano ad hoc a cui ha lavorato una commissione ministeriale, voluto dalla ministra della Salute **Beatrice Lorenzin**. «Penso che l'Europa dovrebbe essere un po' più "aggressiva" verso i Paesi che fingono



di non capire e non si adueguano alle indicazioni Ue. È responsabilità dell'Italia il numero di resistenza che il Paese ha. Ed è una responsabilità politica oltre che medica. Senza contare che l'attenzione della ricerca italiana si è dirottata sui virus anziché sui batteri».

A proposito di ricerca, cosa bolle in pentola? «In questo ambito, quando si cercano nuove terapie, non sempre l'antibiotico è la risposta più rapida ed economica - continua Tacconelli - Piuttosto l'impatto delle tecniche genomiche ha aperto nuove possibilità. Ci sono linee di ricerca che vanno dalla produzione di vaccini contro i batteri resistenti, alle immunoglobuline dedicate e alle terapie fagiche, che potrebbero portare dei risultati, anche se a oggi nessuna di queste ha raggiunto il mercato e nel breve periodo, cioè nei prossimi 2-3 anni, ci aspettiamo al massimo un paio di opzioni terapeutiche. Con le informazioni genetiche che abbiamo adesso possiamo però puntare sulla prevenzione, sviluppando farmaci altamente specifici per un batterio prima che questo diventi responsabile d'infezione, una sorta di "decolonizzazione selettiva". In pratica, cerchiamo di eliminare dall'intestino dei pazienti che hanno il 30% di rischio (chi è in chemioterapia, chi è stato sottoposto a un trapianto, dializzati, ecc, ndr), il batterio che potrebbe in futuro diventare resistente. Su questo fronte ci stanno lavorando anche aziende farmaceutiche. C'è tanto fermento, sicuramente aver scoperto il microbioma e la costituzione più specifica dei geni dei batteri dell'organismo aiuterà molto, ma

siamo solo all'inizio».

E ancora. Un finanziamento da 48 milioni di dollari è stato assegnato a 11 tra aziende biotech e gruppi di ricerca in Gran Bretagna e Usa per accelerare lo sviluppo di nuovi potenti antibiotici contro i superbug mortali. L'alleanza, nota come Carb-X (Combating antibiotic resistant bacteria biopharmaceutical accelerator), investirà inizialmente 24 milioni di dollari, mentre gli altri 24 milioni saranno dati nei prossimi tre anni, con l'avanzare dei progetti: tre istituti stanno lavorando a potenziali nuove classi di antibiotici mentre quattro stanno indagando nuovi metodi per colpire e uccidere i batteri. Aggiungendo poi i fondi privati, il finanziamento potrebbe raggiungere i 75 milioni di dollari per i progetti più promettenti. L'organizzazione benefica inglese Wellcome Trust, per esempio, starebbe per finanziare il progetto con 155,5 milioni di dollari nell'arco di cinque anni.

E in tema di open science, mai come in questo caso lo scambio di informazioni tra scienziati potrebbe accelerare i tempi. «Tra le iniziative Imi (Innovative medicines initiative) europee - conclude Tacconelli - c'è il progetto di mettere insieme tutti i dati disponibili sulla resistenza nei vari paesi in un unico database, al fine di informare i medici sulla necessità di terapie specifiche. Speriamo di essere pronti per giugno». L'Università di Tübingen, che coordina questo progetto, intende connettere tutti questi dati anche con quelli degli ultimi 10 anni relativi alla resistenza che le aziende hanno nei loro archivi e non sono mai stati pubblicati.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

<http://www.sanita24.ilssole24ore.com/>

## «Ricerca: in 10 anni l'Ue ha finanziato 7mila supercervelli, solo 36 stranieri hanno scelto l'Italia



Il Consiglio europeo della ricerca ha finanziato finora in Europa 7mila campioni della ricerca, compresi 6 premi Nobel e 5 medaglie fields, che hanno lavorato a decine di scoperte scientifiche e a centinaia di brevetti. Numeri che fanno dell'Erc una delle migliori best practice dell'Europa, come ricordato in un evento al Cnr per i suoi 10 anni di vita. In questa corsa all'innovazione i ricercatori italiani ne escono molto bene con 685 scienziati che hanno vinto grant che valgono fino a 2,5 milioni, subito dopo tedeschi e francesi. Ma se la metà dei vincitori italiani ha scelto un altro Paese Ue per fare la ricerca (cosa normale per gli scienziati) solo 36 stranieri hanno scelto l'Italia per fare la ricerca.

### **I numeri del Consiglio europeo della ricerca**

In dieci anni di attività l'Erc ha finanziato 685 scienziati italiani : 372 in Italia e 313 all'estero. Siamo al terzo posto in termini di nazionalità, dopo Germania (1182) e Francia (794). Scendiamo invece al sesto posto in termini di progetti ospitati nei nostri atenei e centri di ricerca, con 408 ricercatori finanziati per 600 milioni, di cui 36 vengono da un altro Paese Ue. Un dato negativo, quest'ultimo, che mostra la poca attrattività del nostro sistema di ricerca (a fronte di un buon livello dei nostri scienziati che vincono invece molti bandi), se si pensa che veniamo molto dopo l'Inghilterra che di ricercatori finanziati dall'Erc ne ha

ospitati ben 1593 (di cui la metà sono stranieri), la Germania 1091 (i tedeschi sono 769) e la Francia 935 (664 francesi). Le cinque principali istituzioni in Italia che hanno poi ospitato più vincitori di borse Erc sono: la Bocconi di Milano (25 grant), il Consiglio nazionale delle ricerche (20), l'università degli Studi di Roma La Sapienza (20), l'università degli Studi di Trento (17) e l'università degli Studi di Padova (18).

### **I motivi del primato inglese**

I dieci anni dell'Erc sono stati celebrati al Consiglio nazionale delle ricerche (Cnr) in un incontro organizzato in occasione anche dei 60 anni dei Trattati di Roma fondativi dell'Ue con gli interventi del presidente del Cnr Massimo Inguscio, di Carlos Moedas, Commissario europeo per la ricerca, la scienza e l'innovazione, di Antonio Tajani, presidente del Parlamento europeo, del ministro dell'Istruzione, università e ricerca Valeria Fedeli e di Jean Pierre Bourguignon, presidente Erc. «Negli ultimi dieci anni, oltre che mettere a frutto le grandi scoperte precedenti, gli scienziati hanno posto le basi per gli studi di frontiera che produrranno le disruptive innovation di domani», ha spiegato il presidente del Cnr Inguscio. Che sul primato inglese - che ora sarà messo a rischio dalla Brexit - spiega che è il frutto di «una politica di reclutamento molto meritocratica e competitiva a partire dalla scelta di concentrare le attività in pochi luoghi di grande eccellenza. Di sicuro è un modello da seguire anche per noi».

<http://www.healthdesk.it/>

## Obesità, un problema sociale ancora da gestire

I dati in Italia sono allarmanti: 6 milioni di obesi, 500 mila grandi obesi, un bambino su tre in sovrappeso e uno su quattro obeso. Ogni anno 57 mila persone muoiono per le complicanze di questa malattia, circa una ogni dieci minuti. Nel resto del mondo la situazione è anche più grave: secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, infatti, gli adulti in sovrappeso sono 1,9 miliardi, di cui circa 600 milioni obesi.

Dell'argomento si è parlato al Congresso della Società italiana di chirurgia dell'obesità (Sicob) che si è concluso sabato 8 aprile a Venezia.

Oltre ai costi in termini di salute, sovrappeso e obesità comportano anche oneri economici importanti per il sistema sanitario: si calcola che, nel 2012, siano stati responsabili del 4% della spesa sanitaria italiana per un totale di circa 4,5 miliardi. Questo, anche a causa delle sue comorbidità. Sovrappeso e eccesso ponderale sono responsabili infatti di circa l'80% dei casi di diabete, del 55% dei casi di ipertensione e del 35% di quelli di cardiopatia ischemica e di tumore.

Nonostante sia riconosciuta come malattia dalla comunità medico-scientifica, secondo un recente *position paper* realizzato dal Centro Studi e Ricerca sull'obesità dell'Università Milano Bicocca in collaborazione con alcune Società scientifiche, l'obesità in Italia continua a non essere considerata tale, anche se in continua crescita.

«Stiamo parlando – commenta Luigi Piazza, presidente Sicob -di una malattia che a livelli importanti, ovvero quando l'indice di massa corporea è superiore a 35, si trasforma in invalidità». Nei casi più gravi (e solo in questi, attenzione), la soluzione, dopo un'attenta valutazione interdisciplinare (chirurgo, nutrizionista, psicologo, diabetologo) può essere la chirurgia bariatrica. Che può rivelarsi più efficace della dieta e dell'attività fisica, consentendo un calo di peso significativo. Secondo un'indagine recente dell'Università Milano Bicocca, con la chirurgia bariatrica si può ottenere un guadagno per paziente di oltre tre anni di vita, vissuta in condizioni di salute ottimali, e una riduzione della spesa per paziente di 11.384 euro. Dati recenti indicano che in Italia vengono operati ogni anno circa 23 mila pazienti, di cui 14 mila nei centri accreditati Sicob. «Cifre esigue rispetto al numero totale di obesi – conclude la Sicob - che spesso non entrano in sala operatoria per disinformazione o timore dell'intervento».



Sabato 08 APRILE 2017

## Il punto sulla normativa e le misure contro la violenza ai danni degli operatori sanitari

Sono passati 10 anni dalla pubblicazione della Raccomandazione n. 8 del Ministero della Salute su un tema quanto mai attuale alla luce della mozione licenziata dal Consiglio Nazionale Fnomceo lo scorso 7 aprile dove viene chiesto "al Governo e alle Regioni un intervento per potenziare il monitoraggio di questi episodi". A tutto ciò occorre aggiungere l'obbligo, ai sensi del D.Lgs.81/2008, da parte dei datori di lavoro di prevedere l'analisi del rischio violenze.

A distanza di 10 anni dalla sua pubblicazione, il contenuto della Raccomandazione n. 8 del Ministero della Salute per prevenire atti di violenza ai danni degli operatori sanitari è quantomai attuale alla luce della mozione licenziata dal Consiglio Nazionale Fnomceo il 7 aprile scorso dove viene chiesto "al Governo e alle Regioni, secondo le rispettive competenze, un intervento per potenziare il monitoraggio degli episodi di violenza nei confronti degli operatori sanitari rendendolo più efficiente ed efficace al fine di intraprendere azioni che impediscano il ripetersi di tali episodi, nonché disposizioni per la verifica delle condizioni di idoneità organizzativa e strutturale dei servizi in cui i medici sono maggiormente esposti ad atti di aggressione".

A tutto ciò occorre aggiungere l'obbligo, ai sensi del D.Lgs.81/2008, da parte dei datori di lavoro di prevedere nel Documento della Valutazione del Rischio (DVR) anche l'analisi e la stima del rischio violenze e aggressioni nel comparto sanitario.

"La violenza sul lavoro può essere fisica, psicologica e sessuale - ha detto l'avv. Maria Giovannone, responsabile ufficio salute e sicurezza ANMIL Onlus -. A livello nazionale non esiste al momento una specifica disciplina normativa in ambito prevenzionistico, anche se il fenomeno è costantemente mappato dalle statistiche ed è dunque possibile conoscerne bene le dimensioni, anche se in contesti definitivi non sempre univoci, considerato che per le più frequenti forme di violenza sul lavoro si utilizzano diverse locuzioni: straining, bossing, bullying, mobbing, sono le definizioni più frequentemente adottate. Da questo complesso di fenomeni, anch'essi molto frequenti in ambito sanitario, vanno però tenuti distinti quelli legati alla violenza e alle aggressioni, perpetrati in danno degli operatori sanitari da parte di terzi, quali pazienti ed utenti del servizio e delle prestazioni sanitarie. Tali comportamenti costituiscono rischi esogeni rispetto all'attività produttiva, ma vanno gestiti e valutati nei contesti lavorativi in cui siano frequenti e prevedibili. Di conseguenza - continua l'avv. Giovannone - il settore sanitario non pare sfuggire all'obbligo di valutazione del rischio riconducibile all'aggressione di un terzo ed ai correlati doveri di informazione e formazione (azioni queste anche previste sempre nel TU sulla sicurezza e salute sul lavoro) dei lavoratori esposti, ferma restando la necessità di verificare caso per caso le circostanze fattuali in cui la violenza si verifica".

Con la raccomandazione n. 8 del 2007 il Ministero della Salute si rivolge a tutte le strutture sanitarie ospedaliere e territoriali, con priorità per le attività considerate a più alto rischio (aree di emergenza, servizi psichiatrici, Ser.T, continuità assistenziale, servizi di geriatria), nonché quelle individuate nel contesto di una specifica organizzazione sanitaria a seguito dell'analisi dei rischi effettuata.

Ne sono interessati tutti gli operatori (medici, infermieri, psicologi, operatori socio-sanitari, assistenti sociali, personale del servizio 118, servizi di vigilanza) e tutte le attività svolte durante l'erogazione di prestazioni ed interventi socio-sanitari; esse sono volte a prevenire i seguenti tipi di eventi: uso di espressioni verbali aggressive; impiego di gesti violenti; minaccia; spinta; uso di arma; contatto fisico; lesione e/o morte.

La prevenzione degli atti di violenza contro gli operatori sanitari richiede che l'organizzazione sanitaria identifichi i fattori di rischio per la sicurezza del personale e ponga in essere le strategie ritenute più opportune. A tal fine, le strutture sanitarie devono mettere in atto un programma di prevenzione della violenza che dovrebbe comprendere almeno le azioni di seguito riportate.

Secondo la Raccomandazione “ Ciascuna struttura sanitaria dovrebbe elaborare ed implementare un programma di prevenzione della violenza, le cui finalità sono:

- diffondere una politica di tolleranza zero verso atti di violenza, fisica o verbale, nei servizi sanitari e assicurarsi che operatori, pazienti, visitatori siano a conoscenza di tale politica;
- incoraggiare il personale a segnalare prontamente gli episodi subiti e a suggerire le misure per ridurre o eliminare i rischi;
- facilitare il coordinamento con le Forze di Polizia o altri soggetti che possano fornire un valido supporto per identificare le strategie atte ad eliminare o attenuare la violenza nei servizi sanitari;
- assegnare la responsabilità della conduzione del programma a soggetti o gruppi di lavoro addestrati e qualificati e con disponibilità di risorse idonee in relazione ai rischi presenti;
- affermare l'impegno della Direzione per la sicurezza nelle proprie strutture.

Può essere utile la costituzione di un gruppo di lavoro per favorire il coinvolgimento del management aziendale e del personale maggiormente a rischio, quale quello frontline, al fine di consentire l'individuazione e l'implementazione delle azioni e delle misure necessarie a garantire l'efficacia al programma.

Il gruppo di lavoro deve prevedere la presenza almeno dei seguenti componenti:

- un referente della Direzione Sanitaria;
- un referente dell'Area Affari Legali e/o Gestione Risorse Umane;
- il responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione;
- un rappresentante della professione infermieristica, individuato tra gli operatori dei settori a più alto rischio;
- un rappresentante della professione medica individuato tra gli operatori dei settori a alto rischio;
- un addetto alla sicurezza dei luoghi di lavoro;
- un rappresentante del Servizio di vigilanza.

Compiti del gruppo di lavoro sono:

- l'analisi delle situazioni operative, al fine della identificazione di quelle a maggiore vulnerabilità;
- l'esame dei dati relativi agli episodi di violenza verificatisi nella struttura;
- la definizione delle misure di prevenzione e protezione da adottare;
- l'implementazione delle misure individuate nel programma di prevenzione della violenza.

“Tale impostazione trova riscontro in una consolidata giurisprudenza, continua l'avv. Giovannone, che, nell'applicare l'art. 2087 c.c., ha da tempo affermato “che il datore di lavoro è obbligato a tenere conto di tutti i rischi, non solo di quelli connessi alla prestazione lavorativa in senso stretto (c.d. rischi safety), ma anche di quelli derivanti da cause esogene (c.d. rischi security), almeno in tutti i casi in cui questi siano prevedibili”.

Domenico Della Porta

Referente nazionale Medicina e Sicurezza del Lavoro - Federsanità ANCI

Presidente Osservatorio Malattie Occupazionali ed Ambientali

# Allarme morbillo, urgente applicare il piano vaccini

*In Italia dall'inizio dell'anno 1.010 casi contro gli 844 di tutto il 2016 Ricciardi (Iss): «Informazione, responsabilizzazione e persuasione»*

Un bimbo di sei mesi ricoverato in condizioni critiche in ospedale ad Ancona e il "ringraziamento" amareggiato e sarcastico ai genitori che non vaccinano i figli. Un focolaio epidemico in un asilo nido milanese, con dodici contagiati. Sono alcuni fatti di cronaca legati all'allarme morbillo scattato nel nostro Paese. Da gennaio 2017, segnala il [ministero della Salute](#), è stato registrato un preoccupante aumento del numero di casi. Per questo il dicastero parla di epidemia: a fronte degli 844 casi segnalati in tutto il 2016, nei primi tre mesi di quest'anno ne sono già stati registrati 1.010. La diffusione del morbillo, spiega una nota del ministero, è legata al numero crescente di genitori che rifiutano la vaccinazione nonostante l'infondatezza scientifica della correlazione tra vaccino trivalente (contro morbillo, parotite e rosolia) e autismo. «Già due anni fa – dichiara Walter Ricciardi, presidente dell'Istituto superiore di sanità (Iss) – avevamo segnalato che la soglia di protezione vaccinale dei bambini era scesa all'85%, molto al di sotto di quel 95% necessario per garantire la 'immunità di gregge' della popolazione». E questo, malgrado si tratti di una vaccinazione gratuita e fortemente raccomandata dalle autorità sanitarie perché il morbillo può dar luogo a gravi complicanze come encefaliti, polmoniti, sepsi e in alcuni casi può essere letale. Come intervenire? Anzitutto, replica Ricciardi, «attraverso un'opera d'informazione, responsabilizzazione e persuasione dell'opinione pubblica; in secondo luogo anche ricorrendo all'obbligatorietà della vaccinazione». Linea condivisa dal ministro della Salute [Beatrice Lorenzin](#), che nei giorni scorsi si è detta «favorevole alla decisione di molte Regioni che stanno rendendo obbligatoria la vaccinazione per

accedere alla scuola materno infantile».

Alberto Villani, responsabile del reparto di Malattie infettive dell'ospedale Bambino Gesù e presidente della Società italiana di pediatria, spiega che «con l'immissione del calendario vaccinale nei nuovi Livelli essenziali di assistenza (Lea) entrati in vigore lo scorso 18 marzo, le Regioni sono tenute a far rispettare il calendario stesso». «Non vaccinare i propri figli – avverte – mette a repentaglio anche la salute dei bimbi sotto il primo anno di età, come è accaduto nell'asilo nido di Milano, troppo piccoli per la vaccinazione che non può essere somministrata prima degli 11-12 mesi». Al Bambino Gesù, tra i piccoli ricoverati a causa del morbillo, «ce n'è uno con una complicanza drammatica, la panencefalite sclerosante subacuta, malattia degenerativa del sistema nervoso centrale causata dal virus contratto a 11 mesi». Per Villani, «non c'è sufficiente consapevolezza della gravità del morbillo» e ad essere possibile bersaglio dei germi è una popolazione «sempre più fragile», considerando il milione di bambini «con necessità assistenziali complesse, nati fortemente prematuri o con cardiopatie o patologie neuromuscolari per le quali un tempo non sarebbero sopravvissuti, più esposti alla possibilità di contagio». Ancora più necessario, quindi, attuare nelle Regioni i programmi vaccinali. «Nella sanità pubblica – conclude – non ci può essere spazio per decisioni individuali come quella di non vaccinare i figli: l'interesse personale deve essere subordinato al bene superiore della salute collettiva».

Giovanna Pasqualin Traversa



## DOMANI SU RAITRE

# Report denuncia: “Aghi pericolosi nelle sale operatorie”

**C'È UN ALTRO** grosso guaio per la società Hs, Hospital service, che fornisce ai maggiori ospedali italiani gli aghi utilizzati per la termoablazione, tecnica chirurgica che in alcuni casi sostituisce quella tradizionale con il bisturi. Nel servizio di Giulio Valesini che va in onda domani su Report (nella foto il conduttore Sigfrido Ranucci) si ricostruisce la vicenda degli aghi non a norma, della “furbata” con cui è stato ottenuto il marchio Ce, degli aghi che ustionano, di quelli che si spezzano e non escono dal corpo del paziente e perfino di un decesso “in un ospedale del Nord” che a un certo punto avrebbe allarmato i vertici della ditta produttrice. Ci sono le registrazioni delle riunioni dei dirigenti della Hs e le testimonianze dei medici che hanno usato quegli aghi e, in alcuni casi, hanno smesso di farlo. E soprattutto c'è il racconto del tecnico che aveva fatto ottenere la certificazione ma poi è stato licenziato e ha vuotato il sacco. Non è il primo guaio per la società, coinvolta nell'inchiesta che ha portato all'arresto per corruzione del primario di Oncologia dell'ospedale Pascale di Napoli, Francesco Izzo, nipote dell'ex ministro Francesco De Lorenzo.



 Il numero

## Un progetto per rendere i parchi accessibili ai malati di distrofia

**S**i stima che in Italia oltre 17 mila persone siano colpite da distrofia muscolare nelle sue diverse forme: duemila sono bambini. Da oltre cinquant'anni UILDM-Unione Italiana Lotta alla Distrofia Muscolare è l'associazione nazionale di riferimento per le persone affette da distrofie e altre malattie neuromuscolari. Fino al 19 aprile è possibile donare al numero solidale 45542 per sostenere la Giornata Nazionale della malattia e difendere il diritto di giocare di tutti i bambini. Dedicata al progetto "Giocando si impara", l'iniziativa ha come obiettivo rendere accessibili i parchi gioco dotandoli di giostrine adatte anche ai bambini con disabilità. Fino al 16 aprile i volontari UILDM saranno presenti con tanti punti di raccolta sul territorio nazionale per offrire la tavoletta di cioccolata UILDM, con un contributo minimo di 6 euro. Informazioni più dettagliate si trovano sul sito: [www.uildm.org](http://www.uildm.org).

# 17

mila

È il numero stimato di persone colpite da distrofia muscolare in Italia

