

CIPOMO/ Dai primari ospedalieri la proposta di un patto con le istituzioni basato sull'Ebm

Un'oncologia da galantuomini

Impegno per l'ingegnerizzazione di tutti i percorsi e processi di cura

DI GIANPIERO FASOLA *

L'oncologia ha superato le malattie cardiovascolari come prima causa di morte in un Paese europeo, l'Olanda (nel 2008 33.900 persone morte per cancro contro 33.100 di malattie cardiovascolari) e se le tendenze in atto si consolideranno, i tumori potrebbero diventare la prima causa di morte nel mondo occidentale.

Un dato allarmante, che se unito al secondo fenomeno, quello dell'aumento dei costi (negli Stati Uniti la spesa per le cure oncologiche è cresciuta da 27 miliardi di dollari nel 1990 a oltre 90 miliardi di dollari nel 2008: un incremento di oltre due volte anche se aggiustato per l'inflazione) ci pone davanti a un bivio importante tra razionalizzazione e razionamento delle risorse.

I costi crescenti, legati ai nuovi farmaci e all'incremento del numero di pazienti seguiti, impongono sempre più appropriatezza, non solo nella scelta dei trattamenti ma più in generale nell'utilizzo delle risorse.

L'oncologia è stata negli ultimi 10 anni protagonista di importanti innovazioni, sia nel campo della terapia sia in quello dell'organizzazione delle cure oncologiche.

Pensiamo alla rivoluzione dei farmaci biologici - costosissimi - che hanno, in alcuni casi, migliorato in maniera radicale la prospettiva dei pazienti e al grande impegno con il quale l'oncologia italiana ha affrontato alcuni problemi emergenti, dalla presa in carico complessiva di un numero crescente di pazienti (una maggior sopravvivenza sta generando l'effetto paradossale di un carico crescente di attività sulle strutture oncologiche, ospedali e distretti), allo sviluppo dell'area delle cure palliative, alle innovazioni introdotte con l'Ai-

fa per far fronte al fortissimo aumento dei costi dei trattamenti.

Razionalizzazione, dicevo, che si può attuare, ad esempio, nell'utilizzo dei costosissimi farmaci a bersaglio molecolare con una maggior diffusione della farmacogenetica, che ne studia l'efficacia tenendo conto del patrimonio genetico del singolo individuo, o attraverso tre altri ambiti: una progettazione accurata dei percorsi diagnostico-assistenziali e terapeutici, un maggior utilizzo delle metodiche di "health technology assessment" e una più estesa informatizzazione (anche questo è un campo nel quale l'oncologia italiana ha innovato molto senza però un piano generale che integrasse le innovazioni).

La comunità scientifica si interroga sempre più spesso su quale sia la soglia del beneficio per un paziente e quale sia il corretto rapporto tra i costi da sostenere e il beneficio atteso. E per costi non intendiamo solo quelli economici ma anche quelli che il paziente sopporta per gli effetti delle terapie o per il fatto di essere "legato" a una struttura sanitaria.

È importante considerare di più la qualità della vita e sforzarsi di capire qual sia l'attitudine del paziente che ci sta davanti: la personalizzazione può intendersi anche in questo senso.

Da questo punto di vista il XV Congresso nazionale Cipomo si sforza di fare alcune proposte nella gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici, nel più appropriato utilizzo dei farmaci, nel rapporto con i medici di famiglia per i pazienti che eseguono solo controlli, e sono potenzialmente guariti, e in altri campi.

Queste proposte vengono discusse anche con i rappresentanti delle istituzioni. Servono risorse economiche, ma servono anche ingegno, programmazione,

capacità di innovazione, un approccio etico e relazionale a questi temi. Serve la capacità di indirizzare i pazienti nel loro percorso all'interno della struttura evitando le ridondanze.

Il dirigente ospedaliero deve saper ingegnerizzare questi processi per inseguire il miglior risultato complessivo. Il Cipomo ha favorito l'evoluzione culturale dei primari e il diffondersi di quelle competenze manageriali senza le quali è oggi impossibile dirigere un reparto.

Crescono continuamente il numero di visite oncologiche, il numero di trattamenti prescritti; aumenta il numero di pazienti con neoplasie che accede al Pronto soccorso per complicanze o che ha bisogno dei servizi di assistenza domiciliare, cresce anche l'impiego delle tecnologie ad alto costo (ad esempio la Pet), la prevalenza (il numero di pazienti vivi con una diagnosi di neoplasia) ma cresce anche la cultura manageriale dei dirigenti, che responsabilmente si fanno carico della gestione delle risorse avendo ben presente che non sono infinitamente espansibili.

Proponiamo alle istituzioni un patto tra galantuomini: noi ci impegniamo a seguire con sempre maggior rigore l'oncologia basata sull'evidenza; chiediamo in cambio che chi ci governa segua con altrettanto rigore politiche di organizzazione dei servizi basate sull'evidenza. Condivido un'affermazione di Gray e Ricciardi: "La sanità del XX secolo è stata dominata dai medici e dai concetti di efficacia ed efficienza. La sanità del XXI secolo sarà dominata dai pazienti e dal concetto di valore".

* Portavoce del XV Congresso Cipomo e direttore Dipartimento di oncologia Aou S. Maria della Misericordia - Udine

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'INPUT PER GLI OPERATORI**Scommettere sulla multidisciplinarietà**

DI ROBERTO LABIANCA *

Cipomo mantiene come scopo identitario la managerialità in **oncologia** che passi attraverso il reperimento delle risorse e l'appropriatezza di allocamento, sui rapporti interni tra professionisti e con le famiglie. Tanto è stato fatto fino a ora, ma dobbiamo andare sempre avanti. Nel XV Congresso nazionale appena conclusosi si è parlato di molti problemi da affrontare, tra i quali molto importante rimane la continuità di cura. Ci vuole un percorso terapeutico che da subito garantisca buona qualità di vita: recenti studi lo confermano, un paziente, se seguito bene, vive meglio e di più.

Un altro aspetto importante rimane la multidisciplinarietà. Soprattutto in **oncologia**, i migliori risultati provengono da uno stretto legame quotidiano tra i professionisti coinvolti. Cipomo è impegnata sempre più a migliorare queste pratiche, in virtù di un più efficace adeguamento organizzativo.

Ci vogliono condivisione e continuità di cura, come dicevo. Il paziente non si deve considerare malato cronico, va seguito con attenzione - senza abbandonarlo - ma non "colpevolizzato". È importante creare dei modelli che funzionino, in questo Congresso nazionale se ne è discusso anche con il medico di famiglia, che può ricoprire un ruolo molto importante.

E poi, non ultime, ci sono ricerca e innovazione, per le quali Cipomo ha da sempre fatto molto. La genetica è sempre più una risorsa; è necessaria un' **oncologia** personalizzata che rispetti e valorizzi le caratteristiche cliniche degli individui e indichi le terapie e gli strumenti giusti per affrontare in maniera efficace la malattia. L'esperto deve essere esperto vero, Cipomo è una garanzia di indirizzo importante. In generale, penso che in ambito oncologico ci sia una buona collaborazione, anche se a volte le scelte dei professionisti avvengono per conoscenze personali. La rete oncologica expanded option presentata al Congresso è un passo im-

portante per condividere le conoscenze di tutti i membri Cipomo e non solo. Gli ammalati vogliono esser seguiti nella stessa struttura; alcune volte si spostano perché là c'è un farmaco, una macchina di cui hanno sentito parlare. Offrendo una miglior comunicazione tra i centri saranno proprio le strutture a "chiamare" i pazienti appropriati, evitando spostamenti a volte inutili e infondendo più forza al paziente. Ci crediamo a tal punto che la rete oncologica vorrei fosse a breve implementata magari da una "bacheca", dove gli associati potranno pubblicare i protocolli e la disponibilità di nuovi farmaci magari non ancora ampiamente diffusi.

Sembrano cose semplici ma spesso sono le più difficili da fare. Lo stile del Cipomo rimarrà quello del fare tante cose ma tutte di buon senso, anche attivandoci contro le minacce, dalla riduzione dei primariati a quella dei posti

letto, alle problematiche organizzative. La nostra non è una struttura complessa, ha i primari che ragionano, stanno in contatto. L' **oncologia** è una disciplina relativamente recente e molti di noi l'hanno vista nascere. Il nostro Congresso annuale - l'anno prossimo sarà a Cosenza - appartiene a quei momenti importanti per interagire fattivamente. Dobbiamo

credere e investire nelle eccellenze presenti al Sud; purtroppo registriamo ancora un esodo importante verso Nord, spesso evitabile.

È importante dedicare tempo in quantità e soprattutto in qualità al paziente, evitando di perderne per un sovraccarico di obblighi burocratici. Occorre ritrovare il senso del paziente: sono orgoglioso di continuare a fare il medico, solo così potrò dare il mio contributo a questo Collegio nel quale credo molto.

** Director department of Oncology and Hematology - Ospedali Riuniti di Bergamo - Presidente Cipomo*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Servono cure personalizzate e forte interazione tra le strutture



La leucemia si cura anche a casa

Una buona notizia per il Servizio sanitario nazionale e per i pazienti affetti da leucemia: curarsi a casa, quando la malattia lo consente, si può. Lo dice un articolato studio, il primo di questo genere, realizzato da Ail-Fondazione Istud proprio per arrivare a un'analisi costo-efficacia del regime domiciliare rispetto a quello ospedaliero. Sotto la lente, dunque, i costi ma anche l'impegno di medici e infermieri e, non ultima, la qualità di vita dei pazienti.

Ne emerge un caleidoscopio di informazioni che tratteggiano un regime assistenziale in cui le due tipologie di cura risultano non sovrapponibili

ma complementari.

L'analisi di minimizzazione dei costi mostra che l'assistenza in Adi pesa meno sulle tasche del Ssn perché consente una serie di risparmi non perseguibili in ospedale. Senza contare il grande tema delle infezioni, da cui il paziente assistito a casa resta più al riparo. "A domicilio", dunque, si può e può convenire. A patto che si realizzi una serie di condizioni, dall'ottimizzazione di tempi e risorse umane fino all'assegnazione di un sostegno adeguato ai familiari caregiver. (B.Gob.)

PAG. 14-15

Uno studio Ail-Fondazione Istud confronta le spese ospedaliere e per le terapie a casa

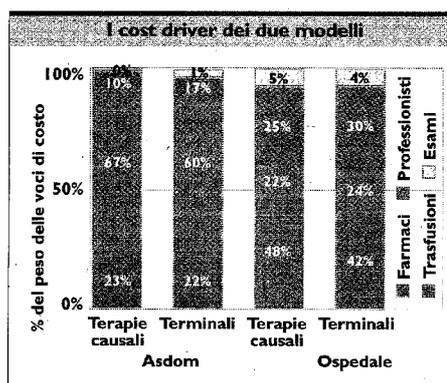
La leucemia si cura a domicilio

L'Adi taglia i costi e migliora la vita dei pazienti con neoplasie del sangue

Valutazione nelle prime 3 settimane sul totale dei pazienti, Asdom e assistenza domiciliare			
	1ª settimana	2ª settimana	3ª settimana
Asdom	895,0	1.020,3	895,0
Reparto	3.071,8	4.348,2	3.437,5

	Totale	Ter. causali	Terminali
Asdom	1.045,4 (min 624 - max 4.351)	974,0	1.127,1
Ospedale	3.139,0 (min 2.243 - max 6.901)	3.095,3	3.340,5

	Back office	Front office	Trasporto
Asdom	11,6	276,6	342,7
Ospedale	108,0	101,7	0,0



L'Associazione italiana contro le leucemie, linfomi e mieloma (Ail), in particolare la sezione di Roma (RomAil), in collaborazione con Fondazione Istud, ha promosso il primo studio osservazionale prospettico in Italia in cui sono stati coinvolti due centri romani, il Policlinico universitario Umberto I e l'ospedale Sant'Eugenio, e i rispettivi servizi di assistenza domiciliare, organizzati da RomAil, allo scopo di effettuare un'analisi di costo-efficacia del regime domiciliare in confronto a quello ospedaliero per i pazienti affetti da neoplasie del sangue. A questi obiettivi di stampo economico e clinico, è stata affiancata anche un'analisi della qualità della vita percepita dal paziente nei due modelli assistenziali. Nella pratica clinica quotidiana uno studio così dettagliato è inusuale e coraggioso, coinvolgendo personale sanitario, pazienti e familiari, che sono stati impegnati quotidianamente o quasi nella raccolta di una mole di dati notevole fino a 8 settimane successive all'ingresso del paziente in studio. Sono stati arruolati 60 casi di pazienti in ospedale e 59 in assistenza domiciliare con criteri di inclusione stringenti; finalmente, si è analizzata la reale sostenibilità di un modello di assistenza a domicilio del paziente.

La popolazione studiata. Il campione è stato calcolato a partire dai dati emersi da uno studio retrospettivo, promosso da Ail e Fondazione Istud, pubblicato nel 2004, in cui era stato evidenziato un rispar-

mio dei costi del 20% del regime domiciliare rispetto all'ospedalizzazione del paziente con una neoplasia del sangue. Sono stati quindi inclusi 119 pazienti definiti clinicamente stabili, che, a parità di cure, potessero essere curati indifferenteemente in ospedale o presso il proprio domicilio. Tali pazienti sono stati divisi in due categorie: fase di terapie casuali, in cui gli interventi erano volti alla guarigione o al prolungamento della vita, e fase terminale, in cui si cerca di migliorare la qualità della vita. Il periodo di osservazione dei singoli casi poteva variare tra una e otto settimane dall'inclusione, così da analizzare un'eventuale variazione dei costi.

La raccolta dei dati. Ai pazienti inclusi nello studio è stato affidato un diario, in cui registrare i costi sostenuti dalla famiglia e la percezione della qualità della vita attraverso un questionario strutturato. Tale strumento si affiancava alla cartella clinica, nella quale venivano raccolti dati su aspetti clinici (terapie, presenza di infezioni e malattie concomitanti, grado di autosufficienza e di gravità delle condizioni cliniche) e sul consumo di risorse settimanali (prestazioni effettuate, tempi di visita ed eventualmente trasporto dei professionisti a domicilio, indagini diagnostiche, farmaci, trasfusioni e consulenze specialistiche). È stato così possibile ricavare e confrontare il costo medio settimanale per paziente nei due modelli assistenziali - ospedale e casa - sia dal punto di vista del

sistema finanziante che del paziente-famiglia, e comprendere uno degli esiti del ciclo di cura, le infezioni.

Su questi dati sono quindi state effettuate analisi economiche di minimizzazione dei costi e di costo-efficacia. Mentre la prima valuta in termini assoluti il risparmio associato a un modello assistenziale, supponendo che gli esiti siano uguali (è la differenza delle spese effettuate dalle due tipologie di assistenza), l'analisi di costo-efficacia calcola tale differenza di costi in relazione all'esito (nel nostro caso, abbiamo inteso per esito il numero di infezioni prevenute nel corso dello studio).

Sono state condotte tre analisi: una sulla totalità della popolazione studiata, una sui pazienti in fase di terapie casuali e infine una sui soli pazienti terminali. Mentre nelle prime due il campione eterogeneo consente di ottenere indicazioni di natura economico-gestionale rispetto alla struttura organizzativa, nella terza si possono ottenere indicazioni sui processi. Successivamente, è stata effettuata un'analisi dei modelli in esame rispetto al tempo, allo scopo di stimare un trend di spesa, valutando unicamente la totalità del cam-



pione e i pazienti in terapia causale "osservati" per tre settimane.

In ospedale più acuti, a casa più gravi. La popolazione, equamente distribuita tra uomini e donne nei due modelli, è risultata differente sia sulla base dell'età dei pazienti inclusi (75 anni in media per i pazienti domiciliari, 65 anni dei ricoverati) sia sulla fase della malattia. In particolare, i pazienti terminali costituiscono il 48% dei pazienti domiciliari e solo il 28% dei pazienti ricoverati in ospedale. Ulteriore differenza tra le due popolazioni è la permanenza nello studio, indicante che l'ospedale non prolunga eccessivamente le degenze. Già questi primi risultati mostrano che le due tipologie assistenziali non sono sovrapponibili, ma complementari: l'ospedale è una struttura per le cure di breve durata e per il trattamento delle fasi acute della patologia, mentre il domicilio viene riservato a terapie più prolungate o cronicizzate e, in un pensiero di umanizzazione delle cure, alle ultime fasi della vita. Questa prima conclusione mostra quindi un corretto utilizzo dell'ospedale nella cura della persona.

Malgrado la ristrettezza dei criteri di inclusione dello studio, è risultato che la popolazione curata a domicilio è più compromessa e meno autosufficiente. Questo emerge chiaramente analizzando i valori dell'indice di gravità della patologia stabilito da criteri validati (più bassi nel gruppo dei terminali trattati a domicilio, indicando una maggiore gravità della patologia) e dell'indice di comorbidità (più elevato nella popolazione in terapie causali seguita a casa, con una maggiore presenza di patologie concomitanti). Allo stesso modo, anche l'indice di autosufficienza della popolazione in terapie causali curata a domicilio era più basso rispetto a quello della stessa popolazione ospedaliera, il che comporta più lavoro per il caregiver.

Contrariamente a quanto si poteva ipotizzare dalla gravità differente, la popolazione ospedalizzata è più medicalizzata: lo dimostra un maggior ricorso a indagini diagnostiche (a partire dalle analisi del sangue, effettuate fino a 7 volte/settimana negli ospedalizzati e 4 volte/settimana nei domiciliari) che potrebbero indicare la presenza di protocolli di monitoraggio molto stringenti o, in un'ipotesi estrema, un approccio di medicina difensiva.

Allo stesso modo, sembrerebbe che in ambiente ospedaliero venga trasfuso un numero più elevato di sacche per paziente e, almeno per quanto riguarda i concentrati piastrinici, in un numero maggiore di pazienti. Questo dato lascia ipotizzare che in ambiente ospedaliero le trasfusioni vengano

effettuate quasi di routine, fatto che, se da un lato potrebbe avere un risvolto positivo (più oculata prevenzione di emorragie), dall'altro potrebbe risultare in una inappropriata trasfusione. Viceversa sembrerebbe valere per la cura domiciliare: se il regime trasfusionale minore identifica un uso moderato delle risorse, dall'altro può far pensare a una minore prevenzione nei confronti dell'evento emorragico, che potrebbe sfociare in una gestione più difficoltosa.

Cure farmacologiche: a casa, le terapie endovenose sono ridotte, in virtù di una difficile somministrazione, e generalmente vengono prescritti farmaci meno costosi, come dimostrato da una spesa media di circa 110 euro/settimana per i pazienti domiciliari e di 450 euro/settimana per gli ospedalizzati. La differenza è che in ospedale tutte le terapie vengono rimborsate, mentre in media il 20% delle terapie a casa è a carico della famiglia, considerazione che potrebbe spingere i professionisti a segnare farmaci meno costosi per non gravare troppo sul bilancio familiare.

Spendere e risparmiare. Come mostrato in tabella, la spesa del sistema sanitario per un paziente ospedalizzato è circa 3

volte più alta rispetto a quella di un paziente curato a casa. Tale differenza permane anche alla terza settimana di valutazione, periodo in cui si ipotizza che la spesa abbia raggiunto una stabilità. Al contrario, la spesa privata a carico del paziente e della famiglia non è particolarmente differente tra le due tipologie assistenziali. Per quanto riguarda il servizio pubblico, la voce di costo più elevata per i pazienti ospedalizzati è la diaria ospedaliera (pari a circa 2000 euro settimanali), che incide per il 62% sul totale. Confrontando i modelli assistenziali al netto di tale valore, si nota che i cost driver delle due tipologie sono differenti. Infatti, mentre a domicilio il costo maggiore è quello del professionista, in ospedale sono soprattutto i farmaci a pesare sulla spesa per singolo paziente. Da notare è anche la differente spesa inerente agli esami diagnostici, molto più elevata in ambiente ospedaliero, probabilmente per la difficoltà di spostare i pazienti assistiti a domicilio.

Nonostante il tempo impiegato dai professionisti sanitari per i pazienti ospedalizzati sia molto maggiore rispetto a quelli che ricevono assistenza a domicilio, la voce di costo relativa ai professionisti è molto più alta nelle cure domiciliari. Ciò perché le visite dei professionisti sanitari vengono considerate specialistiche e hanno un costo superiore rispetto a quelle in ospedale (in cui lo stipendio del professio-

nista è basato sulle ore lavorative). Analizzando poi i costi relativi alle attività di back office, si nota che sono più alti in assistenza ospedaliera, in quanto nelle cure domiciliari diverse attività (modulistica, preparazione di terapie...) non vengono effettuate, o sono incluse nel front office in quanto effettuate a casa.

Altro elemento: mentre in ospedale il costo del professionista ricade sulla struttura, a domicilio tale voce di spesa viene assorbita da Ail Roma, che assorbe sia le attività in front office che in back office dei professionisti sanitari. La sussidiarietà di Ail è quindi essenziale per ridurre i costi a carico del Ssn.

Altro valido sistema di risparmio, già messo in pratica dal Policlinico Umberto I, è fornire, anche agli assistiti presso il proprio domicilio, i farmaci di fascia A e H direttamente dalla farmacia ospedaliera. Ciò comporta tre vantaggi: minore costo dei Mmg, minori pratiche burocratiche e minore costo per il Ssn. Inoltre, dal punto di vista della famiglia, poter ricevere i farmaci direttamente significa risparmiare tempo e fatica.

Quale risparmio? L'analisi di minimizzazione dei costi ha confermato che assistere un paziente a domicilio è l'opzione più conveniente e che produce risparmio - pari a circa 2.300 euro a settimana - dal punto di vista della spesa pubblica; per quanto riguarda il carico economico sui pazienti, invece, questo modello risulta leggermente più costoso: circa 80 euro a settimana in più. Anche considerando complessivamente la spesa nelle prime 3 settimane il risultato non si modifica: il regime domiciliare fa risparmiare circa 3.000 euro settimanali al Ssn; mentre i costi a carico della famiglia e del paziente sono di circa 45 euro più alti nelle cure domiciliari.

I pazienti ad alta intensità trasfusionale. Sulla base dei costi delle differenti sacche è stato possibile stimare che l'incremento della spesa settimanale di un paziente a elevata intensità trasfusionale (4 trasfusioni/settimana di piastrine o di globuli rossi) possa variare da 3.931,3 a 13.911,3, assestandosi su una media di 7.941,3. Questa fonte di costo è un cost driver, ricoprendo dall'80% al 95% della spesa settimanale di un paziente (al netto del costo diario della degenza), condizionando pesantemente la spesa associata alla gestione del paziente sia a domicilio che in ospedale. Per una corretta valutazione della spesa sanitaria, i risultati di costi che derivano dai pazienti che consumano il maggior numero delle risorse vanno tenuti in considerazione.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

a cura di
Gruppo collaborativo Ail-Fondazione Istud
(Franco Mandelli, Claudio Cartoni, Fabio Efficace, Paolo De Fabritiis, Pasquale Niscola, Elisabetta Meloni, Andrea Tendas, Maria Giulia Marini, Nicoletta Martone, Luigi Reale)

L'epidemia Il ministero: i sette quintali di ortaggi saranno analizzati. Un'altra vittima in Germania, i morti salgono a undici

Batterio killer, sequestro di cetrioli in Italia

Azione preventiva dei Nas. Un medico tedesco: c'è un farmaco che blocca l'infezione

ROMA — Si conoscerà domani l'origine dell'epidemia che sta mettendo in ginocchio la sanità tedesca. Il batterio *Escherichia coli*, indicato col numero 104, potrebbe essere partito da cetrioli contaminati, coltivati nella zona di Almeria, in Spagna, ed esportati. Una volta ingerito il germe produce una tossina che dall'intestino può passare nel sangue e colpire il rene scatenando forme gravi di nefrosi.

In Germania 11 morti, secondo fonti ufficiali, circa 330 i casi di sindrome emolitica uremica, la complicanza più severa, oltre un migliaio le infezioni gastroenteriche senza conseguenze. Centinaia i pazienti in dialisi. La crisi è concentrata al Nord. Altri contagi in Svezia, Danimarca, Gran Bretagna, Olanda, Francia e Austria, ma riguardano persone che avevano appena visitato il nord della Germania. Anche se un segnale di speranza parte proprio dalla clinica universitaria di Essen, dove il nefrologo Kribben sostiene di aver individuato un farmaco a base di anticorpi «eculizumab» efficace contro il virus. L'Italia si mantiene fuori da questa emergenza, nessuna segnalazione rilevata dal centro di sorveglianza dell'Istituto superiore di sanità (Iss): «Le società scientifiche sono state allertate, pronti gli ospedali. Il problema è che si tratta di un ceppo batterico molto raro, mai visto. Colpisce in prevalenza gli adulti» dice Alfredo Caprioli, dell'Iss. Al laboratorio italiano sono state affidate analisi di campioni. Ieri i Nas hanno sequestrato 7 quintali di cetrioli che verranno analizzati per confermare l'assenza del batterio. La notizia è

stata data al Tg1 dal ministro della Salute, **Ferruccio Fazio**.

I consumatori non devono preoccuparsi. Per maggior sicurezza possono seguire i consigli di Cia: accertarsi della provenienza italiana delle verdure, esigendo che l'origine sia indicata su etichetta o sulla cassetta. Seguire norme igieniche generali a cominciare dal lavaggio accurato della verdura. La contaminazione non interessa né carne né latte. In Spagna, irritazione crescente nei confronti dell'Ue e della Germania che, senza prove, hanno accusato i cetrioli di Almeria. Le aziende iberiche potrebbero intentare una causa e chiedere indennizzi.

Margherita De Bac
mdebac@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il caso

La verdura

Il batterio «*Escherichia coli*» ha provocato 11 morti in Germania e centinaia di persone infettate in tutta Europa

L'origine

Il batterio è stato individuato nei cetrioli partiti dalla Spagna e arrivati in Germania. Non è ancora chiaro dove e come gli ortaggi siano stati infettati



La ricerca

La speranza per i più gravi è in un anticorpo Salva i reni dalla tossina

In laboratorio

Si chiama «eculizumab» ed è stato individuato attraverso gli studi sulle malattie genetiche condotti anche a Bergamo

di GIUSEPPE REMUZZI

Cosa si sa del batterio che spaventa l'Europa? È una storia vecchia, comincia a Zurigo nei primi anni 50. Quella sera Conrad Von Gasser si ferma in ospedale fino a tardi, non riesce a togliere gli occhi dal vetrino col sangue di certi suoi bambini che morivano di una malattia misteriosa. C'era una forte anemia e poche piastrine nel sangue. Von Gasser li guarda e li riguarda quei vetrini: i globuli rossi sono frammentati, sembrano gusci d'uovo rotti a metà.

Adesso facciamo un salto in Argentina, nel 1954 all'Ospedale italiano di Buenos Aires c'è Carlos Gianantonio, un gigante della pediatria. Due suoi studenti appena laureati ricoverano un neonato con disturbi intestinali e diarrea, poi arrivano le convulsioni e il bambino muore dopo due ore. La dottoressa che dirige il reparto parla di encefalite. Qualche giorno dopo arriva un altro neonato con gli stessi disturbi, è gonfio e urina poco. Di guardia ci sono ancora loro, i due studenti di Gianantonio. Sospettano una lesione renale e chiedono di dosare l'azoto nel sangue: è alto. Dopo poco il bambino muore di insufficienza renale. In quegli stessi giorni a Zurigo il dottor Gasser non si dà pace, riguarda i vetrini dell'autopsia dei suoi bambini con il patologo, il professor Siebenmann. Trovano dei trombi nelle piccole arterie del rene e dei polmoni e del cervello. La causa di morte adesso è chiara, ma cos'è che fa venire la trombosi nelle piccole arterie e dei capillari?

Certi medici del Sud Africa

sono convinti che sia un batterio della famiglia dei Coli, ma non ci crede nessuno. Passano dieci anni e a Toronto tredici ragazzini e ventisette adulti si ammalano di Sindrome emolitico-uremica negli stessi giorni: avevano bevuto tutti succo di mela della stessa marca. Ne parlano i giornali, la mamma di uno dei ragazzi dice al suo medico «penso che mio figlio abbia la malattia di cui hanno scritto i giornali» e lui «è solo gastroenterite stia tranquilla». Dopo qualche giorno il ragazzo muore. Il dottor Karmali che lavora in un ospedale vicino isola dalle feci di quel ragazzo un Coli molto particolare capace di produrre una tossina che in laboratorio uccide le cellule del rene di scimmia, la chiamano *verotossina*. Lo stesso Coli vive nell'intestino di mucche e vitelli senza dare nessun problema. Ma l'uomo se mangia carne contaminata si ammala e la malattia è più grave nei bambini, loro non hanno anticorpi e sono più vulnerabili. In Argentina ci si ammala di più perché lì mangiano più carne che in qualsiasi altro paese al mondo. Negli Stati Uniti con la carne dell'Argentina ci fanno hamburger che sono stati la causa di tante epidemie. Una su tutte quella della metà degli anni Novanta. Poi è stata la volta di chi nuotava nei laghetti dei parchi naturali e di quelli che visitavano le fattorie della Florida.

L'anno scorso la paura è venuta dagli spinaci. Migliaia di persone hanno avuto disturbi e qualcuno è morto. Come ci possiamo proteggere? Ci sono regole semplici ma importantissime, valgo per questa e per tante al-

tre malattie che si trasmettono con gli alimenti: lavarsi sempre le mani prima di mangiare, lavare sempre molto bene verdura e frutta, la carne di cui non si conosce la provenienza va sempre cotta molto bene. E se uno il latte lo prende dal contadino, prima di berlo o di farlo bere ai bambini con l'idea che è un prodotto naturale, lo deve bollire.

Con queste poche regole possiamo stare tranquilli, anche perché in Italia il controllo sulla sicurezza degli alimenti è fra i più sofisticati al mondo. E non basta, da noi medici e ricercatori hanno portato grandi contributi alle ricerche sulla Sindrome emolitico-uremica. E c'è un'organizzazione di prim'ordine che ruota attorno ai ricercatori dell'Istituto superiore di sanità, che sono in contatto con i laboratori dei grandi ospedali e che negli anni passati hanno fatto un lavoro meraviglioso. Fra l'altro non tutti quelli che sono esposti a materiale contaminato si ammalano e che di quelli che si ammalano solo due su 10 hanno problemi renali. Per le forme più gravi c'è la dialisi e il plasma. Adesso c'è un farmaco nuovo, è un anticorpo, si chiama eculizumab. Potrebbe essere utile nei casi più gravi, quelli con danni neurologici e coma che per fortuna sono molto rari. Questo i ricercatori lo hanno imparato studiando le forme genetiche di Sindrome emolitico-uremica. Queste non dipendono dall'Escherichia coli ma da alterazioni nei geni che regolano l'attività di un sistema di proteine che i me-



dici chiamano del «complemento».

Sono malattie rarissime. Ma è proprio lo studio delle malattie rare che ci aiuta a capire le cause di quelle più comuni. In questo campo l'Europa è davanti a tutti. Gli studi più importanti li hanno fatti a Newcastle, a Parigi, a Madrid, a Bergamo. Negli Stati Uniti e in Giappone, ci sono arrivati dopo, una volta tanto hanno imparato da noi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

TERRITORIO**Ricette di cure primarie***Le proposte dei sindacati verso il confronto con la Salute*

Terapie in équipe nei centri di cure primarie, accesso unico alla convenzione per Mmg e medici di continuità assistenziale, percorsi di carriera e continuità assistenziale a 360 gradi, gestione delle urgenze light sul territorio.

Sono questi i temi al centro delle proposte di riordino delle cure primarie inviate dai sindacati al **ministro Eazio**, in vista della revisione dell'art. 8 del Dlgs 502/92.

A PAG. 22-23

*TERRITORIO/ Brain storming sulle proposte di riordino elaborate dai sindacati medici***Cure primarie, idee in campo****I temi: gestione della continuità e delle urgenze e revisione del compenso**

Parlano tutte la stessa lingua. O quasi. Le proposte per un riordino delle cure primarie messe in campo dai sindacati medici, sollecitati dai tecnici del **ministero della Salute** in un'ottica di revisione complessiva e profonda del sistema (si veda **Il Sole-24 Ore Sanità** n. 20/2011), trovano un minimo comune denominatore in una manciata di argomenti. Riscrittura dell'articolo 8 del Dlgs 502/1992, convenzionamento unico, revisione della struttura del compenso. Sullo sfondo l'attivazione - finalmente - di centri di cure territoriali, o Ucep o Ucap, che dir si voglia, capaci di intercettare i bisogni del cittadino e di risolverli al meglio. Grazie a staff multiprofessionali dotati di generalisti, guardie mediche (nelle proposte che le "salvano", specialisti e infermieri, altre professioni sanitarie e personale amministrativo capace di disbrigare il carico burocratico alleggerendo il medico. In

quasi tutti i progetti, a partire com'è naturale dalla proposta Fimmg, perno del sistema è il medico di medicina generale. Fanno eccezione la Cgil (che rifiuta la designazione a monte di «primarietti») e lo Snami, che anzi punta a valorizzare al massimo le figure dei medici di continuità assistenziale.

Resta, per tutti, l'enorme nodo delle risorse, tutte da trovare e da inventare in tempi di magra. Anche per questo, pur avendo colto al volo il segnale di interessamento del ministero, tutti i sindacati restano più che scettici sull'effettiva realizzabilità di un progetto tanto sostanzioso. La paura, per tutti, è che l'annunciata rivoluzione delle cure primarie si traduca, per l'ennesima volta, in una lettera morta.

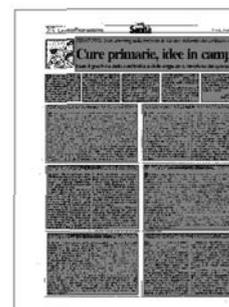
*pagine a cura di
Barbara Gobbi*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

FIMMG

Graduatoria unica generale, per titoli, per l'accesso al convenzionamento; assegnazione obbligatoria dei medici titolari di incarico di medicina generale a Unità funzionali/assistenziali così da consentire il coordinamento delle attività e della continuità assistenziale h24 e per l'intera settimana. Ancora, criteri temporali per l'acquisizione di "scelte" e ruoli di responsabilità: rispettivamente, 3 anni dopo l'acquisizione dell'incarico convenzionale e 5 anni per "governare" unità funzionali o Ucap (Unità complesse di cure primarie, che «le Regioni possono prevedere»). Piena garanzia, attraverso lo sviluppo di forme «strutturate di aggregazione su base distrettuale», della continuità e dell'integrazione professionale tra Mmg, pediatri di libera scelta, specialisti, professioni sanitarie, operatori del sociale. È un articolo 8 fortemente innovato quello che **Giacomo Milillo**, segretario nazionale della Fimmg ha sottoposto ai tecnici del ministero (si veda anche **Il Sole-24 Ore Sanità** n. 20/2011). «Nella nuova versione puntiamo sulla piena integrazione tra ospedale e territorio», spiega. E nel dettaglio, si prevede la partecipazione del singolo professionista o delle forme organizzative in convenzione con il Ssn al servizio di Adi, così come a programmi di educazione sanitaria.

Sul fronte strettamente attinente alla professione, si prevede che la convenzione non fissi più le prestazioni offerte in regime libero professionale: l'essenziale è che non coincidano con quelle incentivanti. Ridefinita la struttura del compenso: una quota fissa annuale, corrisposta su base mensile in rapporto alle funzioni definite in convenzione; una quota oraria per le attività delle altre funzioni della medicina generale; una variabile, sul conseguimento degli obiettivi previsti e sul mantenimento degli standard erogativi e organizzativi della programmazione regionale e/o aziendale; un'altra ancora variabile, sulla base degli integrativi regionali e una distinta, infine, per il finanziamento diretto o indiretto dei fattori di produzione.



SNAMI

Il modello Snami porta avanti «programmi di ristrutturazione e potenziamento del servizio di continuità assistenziale con l'attuazione dell'h24», come si legge nel documento presentato al ministro dal presidente **Angelo Testa**. Gli strumenti per potenziare e riqualificare l'offerta territoriale sono, secondo il sindacato:

- una chiara e precisa definizione dei compiti e del ruolo dei medici di Ca, cui è assegnato un ruolo di filtro tra cittadino e strutture territoriali di primo e secondo livello;
- tempo pieno, con passaggio dalle attuali 24 ore settimanali a 38 ore, con il completamento dell'orario in attività diurne feriali per garantire la continuità e con la prospettiva, in base alla valutazione di titoli e curriculum, di una carriera da coordinatore di presidio, medico referente per la Ca di distretto e medico referente aziendale.

Il modello si basa su una sede distrettuale o Presidio territoriale di assistenza (Pta) collegato in rete con i medici di assistenza primaria. Porta d'ingresso del cittadino ai servizi territoriali, integrerà le funzioni dei Mmg, dei Medici di continuità, pediatri e specialisti convenzionati. Per la gestione delle urgenze di medio-basso livello, invece, si propone a un punto di primo intervento (Ppi) o ambulatorio distrettuale, affidato prioritariamente ai Mca, supportati dagli infermieri e dagli specialisti ambulatori. Queste le funzioni Ppi: continuità assistenziale ambulatoriale h24, ambulatorio specialistico diurno, con reperibilità estesa per alcune figure alla notte, ambulatorio infermieristico per cicli di terapia sia domiciliari che in struttura, nursery e assistenza ai medici; collegamento in rete con i medici dell'assistenza primaria sul territorio, laboratorio di analisi, collegamento con il I18.

FP CGIL MEDICI

Abolizione della guardia medica, nuova figura del medico delle cure primarie, piena valorizzazione dell'assistenza sul territorio in un'ottica di integrazione con l'ospedale. Sono le priorità elencate da **Nicola Preiti**, coordinatore nazionale Fp Cgil Medici di medicina generale.

Addio, dunque, alle "guardie", disfunzionali per l'economia (perché sotto-utilizzate) e poco gratificanti per i professionisti, «condannati a svolgere lo stesso ruolo a vita», spiega Preiti. Chi opera sul territorio diventerà "medico delle cure primarie" tout court, che si tratti di Mmg o degli ex medici di guardia. Per i cittadini, i punti di riferimento diventano i distretti e i centri o case della salute: sedi di riferimento aperte sulle 24ore e dotate di strumentazioni per la diagnostica di base e strumentale e di personale di segreteria e amministrativo, in grado di "liberare" finalmente i dottori dall'eccessivo carico che pesa ormai sulle loro spalle. In questi centri, affidati alla regia di un dottore - che non necessariamente dev'essere un Mmg - e collegati in rete sia con gli ambulatori diffusi sul territorio sia con

l'ospedale, il cittadino dovrebbe trovare le risposte alla sua richiesta di continuità assistenziale. Arginando così, spontaneamente, anche il peso sul Pronto soccorso. «Si tratta - chiarisce Preiti - non tanto di sollecitare un'attività di gatekeeping, ma di far sì che grazie a un'offerta di base davvero efficiente e competente le persone si rivolgano spontaneamente ai centri di salute. Per noi infatti la proposta del ministro di trattare i codici bianchi e lievi sul territorio è solo una soluzione ponte. A regime, sarà il Dea dell'ospedale a smistare naturalmente il servizio I18, sulla base delle richieste del paziente, nella struttura più adeguata».

Dovranno poi coincidere gli ambiti territoriali di riferimento dello studio del Mmg e dei presidi sul territorio: «Questo perché il Mmg deve poter farsi carico di tutti i profili dell'assistenza al paziente, compresi Adi e gestione socio-sanitaria». Un medico di famiglia che, infine, sarà pagato non più ad assistito ma in base a quello che fa e a "come" lo fa, monitorato sulla base di indicatori di qualità dell'attività svolta.

CISL MEDICI-INTESA SINDACALE

Ben venga un restyling pieno delle cure primarie. Ma a un patto: che si organizzi un servizio più efficiente sventando i rischi di una ulteriore burocratizzazione del territorio. Così la vede **Giuseppe Garraffo**, segretario Cisl Medici e presidente di Intesa sindacale. Che chiarisce il suo pensiero: «Presupposto indispensabile è che con il riordino si metta in piedi un servizio capace di garantire un'estesa accessibilità e che tenga conto, in ogni caso, del rapporto privilegiato medico-paziente, oggi snaturato dagli eccessivi impegni amministrativi in carico alla medicina del territorio».

Da una parte, insomma, i professionisti negli studi singoli o in associazione dovrebbero mantenere la relazione stretta con i propri assistiti; dall'altro essere impegnati a prestare servizio nelle Unità di cure primarie, in funzione h24 e accessibili a ogni cittadino, anche straniero e anche privo di permesso di soggiorno. «Strutture poliambulatoriali - chiarisce ancora Garraffo - dove fianco a fianco e in perfetta integrazione lavorino Mmg, specialisti ambulatoriali, medici della continuità assistenziale e pediatri di libera scelta, in collaborazione con I18 e ospedali». La continuità delle cure presuppone anche la gestione del pronto soccorso di primo livello, liberando il più possibile l'ospedale dall'inappropriatezza e consentendo ai nosocomi di dedicarsi all'alta specialità. Un'organizzazione agile è il presupposto perché questo nuovo sistema funzioni davvero. Altro requisito è che i medici assumano anche funzioni di coordinamento, seguendo percorsi di carriera e di fatto unificando l'accesso a medicina generale e continuità.

Ambulatorio, attività in Uccp e, se resta tempo, libera professione: è un modello basato sulla massima libertà quello proposto da Cisl-Intesa. E le risorse? «Ai 400-500 milioni da mettere in budget con la prossima Convenzione, andranno sommati i 300-400 da stanziare per rendere attuabile un progetto di questo tipo. Senza contare - conclude Garraffo - che a strutture e tecnologie dovranno provvedere Regioni e Governo».

UIL FPL-FEDERAZIONE MEDICI

Il territorio esiste solo sulla carta: perciò l'assistenza sanitaria, in piena alternativa a quella ospedaliera, va scritta di fatto ex novo. Questa la posizione "tranchante" di **Armando Masucci**, coordinatore nazionale Uil Fpl Federazione Medici, che detta le sue priorità: chiudere tutti i piccoli ospedali per riconvertirli in presidi intermedi, con dotazioni strumentali adeguate che consentano di evitare, sempre quando possibile, l'accesso in ospedale. Stessa logica per le cure d'urgenza lieve, con i codici bianco e verde risolti sul territorio e le emergenze in giallo, rosso e "grigio" (per gli anziani) delegate al Pronto soccorso.

Nei presidi intermedi lavorerebbero staff articolati di medici di medicina generale, dottori di continuità assistenziale, specialisti di tutte le branche principali, pediatri e perfino veterinari. E visto che opereranno assieme, per Mmg, specialisti e pediatri si pensa a un contratto unico. A guidare le équipes, una cabina di regia capace anche di gestire gli interventi domiciliari per i pazienti disabili e cronici. «Per questi ultimi, compresi i casi più delicati di risveglio dal coma, per cui chiediamo la definizione di veri e propri Lea, potrebbe rivelarsi molto utile una mappatura del territorio, da affidare in gestione alle farmacie, di cui va valorizzato il ruolo in quanto centri potenzialmente cruciali di monitoraggio delle condizioni dei pazienti», spiega Masucci. Sul territorio, si sa, sono spesso le famiglie a farsi concretamente carico dei propri cari. Per questo Uil propone formazione dei caregiver e risorse adeguate. Ma è proprio il nodo risorse quello su cui il sindacato mostra più perplessità: «Per realizzare una simile "rivoluzione" - commenta Masucci - servono molti soldi. Da destinare anche alla realizzazione della tessera sanitaria elettronica, necessaria in quanto "chip" capace di descrivere l'identikit sanitario del paziente».

SMI

Dare un segnale di «netta discontinuità» rispetto all'organizzazione "erogativa-prestazionale" su cui fino a oggi sono state costruite le diverse proposte di gestione delle cure primarie (dalle Utap alle Uccp) e che si limitavano a mimare il modello ospedaliero. È il messaggio della "bozza" Smi, che include una nuova cornice contrattuale per i medici a convenzione (unica area di contrattazione dei medici italiani). In prima linea, **Maria Paola Volponi**, responsabile area della convenzionata e da **Bruno Agnetti**, responsabile assistenza primaria.

Integrazione intersettoriale delle cure primarie. Nove le proposte: gestione integrata h24 e 7gg/7 di tutte le attività; Medicina generale organizzata in aggregazioni funzionali territoriali con Map e Pls singoli, in rete, in gruppo, in Utap o Uccp, che potrebbero introdurre nella Convenzione e negli accordi regionali principi e soggetti privatistici; gestione delle prestazioni programmabili da parte dei Map e Pls; gestione

dell'acuto/urgente non differibile da parte del Suem e della continuità assistenziale; struttura distrettuale della continuità in stretta interazione con il 118; integrazione con le attività distrettuali di medicina preventiva o di iniziativa svolte dai Map/Pls e dai medici di continuità; gestione di tutte le strutture protette e della cronicità a domicilio attraverso Map e medici di continuità; protocolli di comportamento interattivo nelle situazioni cliniche a maggior rischio di inappropriatazza.

Per la professione si chiede il tempo pieno, il ruolo e l'accesso unico dei medici dell'area, la progressione di carriera, una profonda revisione del sistema stipendiale, la defiscalizzazione di alcune componenti del reddito, l'abolizione dell'Irap, il riconoscimento che gli immobili adibiti alla professione sono presidi del Ssn e quindi esenti da Ici. Infine, una nuova formazione specifica e una ridefinizione delle modalità e delle strutture deputate alla formazione continua.

SUMAI-ASSOPROF

Integrazione tra Mmg, specialisti ambulatoriali e pediatri di libera scelta; potenziamento della sinergia tra i medici del territorio-distretto-Asl-ospedale; sviluppo di una rete organizzativa h24 che possa garantire la presa in carico e la continuità assistenziale. «Queste - spiega il segretario **Roberto Lala** - le tre linee generali di proposta del Sumai-Assoprof.

Le linee di riferimento su cui il Sumai intende procedere, già enunciate in occasione dell'ultimo rinnovo dell'Acn, vertono sostanzialmente su tre filoni di intervento:

- Piena integrazione tra i professionisti per garantire la continuità dell'assistenza attraverso forme di aggregazione distrettuale che rappresentino un punto di riferimento costante per i cittadini e per la sanità del domani;
- Potenziamento della sinergia tra i medici del territorio-distretto-Asl-ospedale. La riorganizzazione delle cure primarie richiede asso-

lutamente una chiara definizione dei percorsi. Addio quindi al criterio dei compartimenti stagno, perché la cronicità è quasi sempre legata a patologie multiorgano e a pluripatologie con necessità assistenziali che possono variare di momento in momento;

- Sviluppo di una rete h24 che possa garantire la presa in carico e la continuità assistenziale di anziani e cronici anche sotto il profilo dell'emergenza-urgenza che riduca gli accessi impropri al Pronto Soccorso. L'ospedale recupererebbe così il ruolo che gli è stato «impropriamente e insipientemente espropriato».

«È chiaro - conclude Lala - che servirà una forte intesa e un forte impegno tra tutti gli attori. La volontà del ministro **Fazio** di riformare il sistema delle cure primarie ci vede concordi perché tocca uno dei punti nevralgici del Ssn che non può più essere trascurato per la sostenibilità del sistema».

FIMP

Una diversa distribuzione delle risorse Fsn con una maggiore quota dedicata alla prevenzione e una voce ad hoc, in più, per coprire i bisogni dell'emergenza-urgenza. Interventi sulla struttura del compenso. Posizione "rigida" sulla responsabilità civile. Lotta alla burocrazia quando snatura la professione. Adeguata copertura economica per compiti extracontrattuali. Implementazione del progetto "Salute infanzia". Ultimo, ma non certo in ordine di importanza, l'allungamento dell'età pediatrica a 18 anni d'età. Sono queste, in sintesi, le richieste elencate dal presidente Fimp **Giuseppe Mele**, nella lettera di accompagnamento al testo che rivede l'articolo 8 Dlgs 502/92.

Nel testo il pediatra, che diventa "di famiglia" e non è più "di libera scelta", propone dunque una diversa struttura del compenso - analoga a quella ipotizzata dalla Fimmg - e prevede che «alle Unità di cure primarie (Ucap) possano aggregarsi diversi professionisti dal territorio». Cioè Mmg, pediatri, specialisti ambulatoriali, infermieri e altre professioni. L'Ucap può comprendere più Unità funzionali di Medicina generale, di pediatria di famiglia o parti di esse e avere sede unica o strutturata sul territorio. A coordinare le Ucap o le Unità funzionali di pediatria di famiglia, medici con almeno 5 anni di convenzionamento, secondo criteri che è possibile inserire negli accordi.

La rappresentatività dei sindacati, si premette nel "nuovo" articolo 1, è basata sulla consistenza associativa ma anche «sulla diffusione territoriale».

Le indicazioni della Corte di Cassazione ai medici per evitare contenziosi e denunce dei pazienti

La guida al consenso informato

Cinque regole anti-tribunale - Le dodici sentenze di riferimento - Il modulo "ideale"

Cinque i punti chiave del consenso informato: chi deve dare l'informazione, a chi va fornita (nei vari casi in cui il paziente è più o meno cosciente e in grado di intendere e di volere), quando va comunicata rispetto alla tempistica degli interventi; cosa va detto al momento dell'informazione e soprattutto come va data e con quale livello di insistenza per essere certi della sua completa comprensione.

La ricetta per rispondere a queste esigenze l'hanno fornita i giudici della Cassazione durante un seminario sulla responsabilità medica organizzato dal Consiglio supe-

riore della Magistratura.

I magistrati hanno anche illustrato dodici sentenze ritenute di riferimento nei vari casi e per le varie situazioni in cui ci si può trovare per dare il consenso informato, ricordando che sempre, in caso di contenzioso, l'onere della prova di aver agito correttamente spetta al medico. Per questo mettono anche in guardia da "moduli" di consenso troppo dettagliati o troppo scarni ("bulimici" o "anoressici"), illustrando i passaggi essenziali necessari giuridicamente a una corretta informazione.

A PAG. 2-3

Seminario del Consiglio superiore della magistratura sulla responsabilità dei camici bianchi

Consenso informato, che fare

Medici: le cinque regole cardine da seguire secondo la Corte di Cassazione

In un contenzioso l'onere della prova di correttezza ricade sul dottore

Come gestire le diverse situazioni in caso di urgenze e/o necessità

Il consenso informato è uno dei problemi più delicati in Sanità, che "terrorizza" molti medici: troppo, troppo poco, in ogni caso in agguato c'è sempre l'errore. E allora qual è la misura giusta? Cosa devono fare i medici per essere in regola?

A queste domande hanno tentato di dare una risposta i giudici di Cassazione in un evento organizzato dal Consiglio superiore della Magistratura sul tema «Consenso informato e responsabilità medica». Uno spunto, quindi, per trarne una guida di orientamento utile agli operatori anche al fine di chiarire la portata di quest'obbligo.

Come ha ricordato Mario Morelli (presidente di sezione della

Corte di cassazione) per il paziente il diritto all'informazione è inviolabile e, quindi, basta la violazione in sé per ritenere configurabile il danno (non sanzionatorio, ma riparatorio).

Quanto ai criteri di accertamento del rifiuto che l'interessato avrebbe prestato, non si tratta di verificare un non consenso virtuale, ma di ricostruire la volontà di dissenso, sulla base di parametri presuntivi legati alla rilevanza statistica (di regola, l'intervento suggerito viene accettato) e alla situazione soggettiva del paziente. In ogni caso, l'onere della prova di avere correttamente informato grava sul medico. Onere non facile da assolvere.

La genesi. Con la sentenza 10014/1994 - ha ricordato Maria Grazia

Luccioli, presidente della prima sezione civile della Cassa-

zione - è stato affermato il principio del consenso informato quale fondamento dell'attività medica, il quale comporta che il trattamento sanitario va individuato all'interno dell'"alleanza terapeutica" tra il paziente e il medico nella ricerca, insieme, della cura migliore.

Ma il principio del consenso informato è molto più datato secondo Giacomo Travaglino, consigliere di Cassazione, in quanto il principio vide la luce per la prima volta in giurisprudenza in una sentenza del 1914, scritta dal Giudice della Corte suprema Cardoso, in cui si affermò che «ogni essere umano adulto e sano di mente ha diritto di decidere ciò che sarà fatto sul suo corpo, e che un chirurgo che

effettua un intervento senza il consenso del suo paziente commette un'aggressione per la quale è perseguibile per danni».

Fondamentale, in materia, è la sentenza della Corte costituzionale 438/2008 nella parte in cui ha affermato che il consenso informato trova il suo fondamento negli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione ponendo in risalto «la sua funzione di sintesi di due diritti fondamentali della persona: quello all'autodeterminazione e quello alla salute, in quanto se è vero che ogni individuo



ha il diritto di essere curato, egli ha, altresì, il diritto di ricevere le opportune informazioni in ordine alla natura e ai possibili sviluppi del percorso terapeutico cui può essere sottoposto, nonché delle eventuali terapie alternative; informazioni che devono essere le più esaurienti possibili, proprio al fine di garantire la libera e consapevole scelta da parte del paziente e, quindi, la sua stessa libertà personale, conformemente articolo 32, secondo comma, Costituzione».

Cinque le questioni fondamentali, secondo quanto illustrato da Marco Rossetti, Magistrato dell'ufficio del massimario della Cassazione.

Chi deve dare l'informazione. La giurisprudenza di merito fa riferimento al personale sanitario, mentre non si è pronunciata sull' idoneità dell' informativa fornita dal personale paramedico.

A chi va data l'informazione. Se l'interessato è persona capace, l'informazione deve essere data a lui, mentre non è idonea l'informazione data a un congiunto, anche se c'è il rischio di uno shock psicologico; in tal caso il medico può, anzi deve, fornire il necessario supporto psicologico. Se il paziente è incapace legale, l'informazione va data al tutore, se trattasi di interdetto, ovvero agli esercenti la potestà genitoriale, se trattasi di minori.

Qualche dubbio può sorgere in relazione ai c.d. "grandi minori" alla cui volontà la legge talvolta attribuisce rilevanza (articoli 2, comma 3, e 12 della legge 194/1978 sull'interruzione della gravidanza). Al riguardo si è affermato che anche il minore può prestare consenso «quando abbia acquisito una sufficiente maturità di giudizio» (App. Milano 25 giugno 1966; Trib. min. Bologna 13 maggio 1972; Trib. min. Bologna 26 ottobre 1973), ma non mancano decisioni che, ritenendo il diritto alla salute non delegabile, in quanto diritto fondamentale, fanno rigida applicazione dell'articolo 320 del codice civile che fornisce al minore il diritto alla rappresentanza del minore.

Nel caso di incapace naturale (per effetto di incidente, malattia, azione di stupefacenti) occorre fare tre ipotesi:

- se non c'è urgenza, la giurisprudenza è concorde nel ritenere necessario attendere che l'incapace torni in condizioni di esprimere personalmente il consenso;

- se c'è un'urgenza differita, cioè non c'è un imminente pericolo di vita, ma occorre intervenire sollecitamente, si ritiene che il consenso possa essere espresso dai prossimi congiunti. In caso di contrasto tra gli stessi, non si ritiene esigibile dal medico la ricerca di chi sia il congiunto che meglio esprime la volontà del paziente;

- se, infine, si è in presenza di uno stato di necessità, la giurisprudenza di merito è concorde nel ritenere che il consenso si presume, salvo che risultino elementi in senso contrario, anche se lo stato di necessità sia

putativo o presunto (in tal caso vale il principio dell'apparenza, quando con l'uso dell'ordinaria diligenza non era possibile avvedersi della mancanza di urgenza, come affermato dall'App. Trento, 19 dicembre 2003).

Il consenso può essere espresso dall'amministrazione di sostegno, come affermato dal Tribunale di Modena, con ordinanza 28 giugno 2004 (secondo cui «l'amministratore di sostegno può essere autorizzato dal giudice tutelare a esprimere, in nome e per conto dell'assistito, il consenso informato all'esecuzione di un intervento chirurgico quando tale intervento sia necessario per evitare il rischio di danni irreversibili e l'interessato, a causa delle sue menomate condizioni psichiche, non sia in grado di percepire la gravità della situazione»). Va segnalato che il secondo il Tribunale di Varese - ord. 25 agosto 2010 - se l'amministratore di sostegno può essere incaricato di esprimere le volontà di fine vita, ciò che può essere perfezionato «ora per allora» non è il procedimento di amministrazione (articolo 405 del codice civile), che resta subordinato all'effettivo stato di incapacità ma la designazione dell'amministratore (articolo 408 del codice civile).

Quando va data l'informazione. La giurisprudenza ritiene che l'informazione vada fornita sempre, quale che sia l'intervento (diagnostico o terapeutico),

nonché nel caso di prelievi e analisi e di prescrizioni di farmaci. Al riguardo si segnala la decisione del Tribunale di Pistoia-Monsummano Terme, 2 gennaio 2006, secondo cui «è responsabile del reato di lesioni gravi volontarie di cui agli articoli 582 e 583 del codice penale il medico che, conscio del fatto che la somministrazione para-sperimentale di un farmaco in uso off-label, oltre al probabile e sperato beneficio desiderato, possa produrre una non necessaria menomazione dell'integrità fisica o psichica del paziente, accetta il rischio dell'insorgenza di tali gravi effetti collaterali ed effettua la prescrizione in assenza di consenso esplicito da parte del paziente».

Cosa va detto in sede di informazione. Circa il contenuto dell'informazione è generalmente condivisa l'ampia portata dei relativi obblighi, estesi ai rischi dell'intervento, alle probabilità di riuscita, alle alternative terapeutiche e ospedaliere.

Nel caso di intervento con finalità prettamente estetiche, il Tribunale di Bari, con sentenza 19 ottobre 2010, ha parlato di un obbligo rafforzato circa le possibili conseguenze negative dell'intervento.

Come va data l'informazione. L'informazione deve essere adeguata alle condizioni soggettive del paziente. Va segnalata la sentenza della Corte di Appello di Venezia, 16 settembre 2004, secondo cui «il medico è tenuto (non è solo un imperativo morale, è proprio un obbligo giuridico) a insistere - magari con il dovuto garbo, ma a insistere - in tali consigli volti al bene del paziente, con tanto maggior impegno quanto maggiore è il rischio che il paziente (eventualmente riottoso) corre ove non accetti la proposta terapeutica».

I moduli. I giudici segnalano nella prassi diverse modulazioni per quanto riguarda il contenuto dei moduli per il consenso informato da quelli "bulimici" (da cui risulta che il paziente ha ricevuto informazioni talmente analitiche e specialistiche da svuotare sostanzialmente di contenuto l'informazione ricevuta) a quelli "anoressici" cioè talmente incompleti da risultare assolutamente inutili.

a cura di
Paola Ferrari

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il «modulo ideale» per la richiesta di consenso informato

Nome della struttura	
Nome paziente (oppure nome dei genitori e/o esercenti potestà sul minore)	
Nato a	Residente in
Il	Via
Data spiegazione medico	Reparto
Nome del sanitario che ha raccolto il consenso	
Nome del secondo sanitario che ha assistito	
Nome eventuale altra persona che ha assistito alla spiegazione (es. un familiare)	
Indicazioni sulla patologia	
Indicazione delle aspettative tipiche evitando di inserire percentuali di riuscita troppo alte e/o irrealistiche	
Indicazione dei problemi tipici post-operatori	
Indicazioni dei problemi occasionali possibili post-operatori	
Eventualità che nell'operazione siano evidenziabili patologie non rilevate attraverso diagnosi	
Esistenza presso la struttura di un reparto di rianimazione - in assenza indicare la struttura più vicina	

Io sottoscritto (*nome e cognome del paziente*), dichiaro di avere letto con attenzione l'informativa riguardante la mia condizione clinica e i rischi dell'intervento che mi è stato prospettato. Dichiaro, inoltre, che il medico mi ha spiegato con chiarezza il contenuto dell'informativa e quindi dichiaro di avere compreso appieno il rischio dell'operazione. Sono ben conscio del fatto che qualunque atto medico comporta un rischio non sempre previsto in anticipo e sono stato anche informato che (*solo ove ricorresse*) presso la struttura non è presente un reparto di rianimazione (*e/o altri limiti*) ma ciò nonostante intendo servirmi di questa struttura.

Il medico mi ha anche prospettato l'eventualità che nel corso dell'operazione possano evidenziarsi patologie non rilevabili e/o rilevate dalle strumentazioni di diagnosi.

In relazione a ciò dichiaro di accettare che il medico estenda l'intervento anche alla soluzione di tali possibili interventi (*oppure: dichiaro di non accettare estensioni dell'intervento a organi non prima individuati*) e, conseguentemente, dichiaro che qualunque intervento debba essere da me accettato (*oppure, nel caso di urgenza che renda rischioso per la mia vita non intervenire immediatamente*) dichiaro che il consenso sia reso in mia vece da ... (*nome e cognome di un familiare delegato*).

Dichiaro, pertanto, di consentire espressamente che venga eseguito sulla mia persona il seguente trattamento

Consapevole, purché adeguatamente informato, dei rischi e dei benefici che esso può comportare, degli effetti collaterali che ne possono derivare in ordine alla funzionalità degli organi interessati e, quindi, alla qualità della vita, nonché alle alternative possibili al trattamento da intraprendere.

Firma del paziente

Firma del medico che ha informato

Data

I medici: errori comunicati solo se ci sono conseguenze

L'evento avverso, o errore medico, va comunicato quando vi sono delle conseguenze. Ne è convinto il 57,8% dei medici, mentre il 31,8% ritiene che se viene fatto un errore va comunicato sempre. Lo evidenzia un'indagine su 704 medici chirurghi resa nota durante il XXX congresso nazionale in corso a Colli del Tronto (Ap) dell'Associazione chirurghi ospedalieri italiani (Acoi). L'indagine condotta con Ceref, il centro ricerca e formazione, evidenzia che informare il paziente dell'evento avverso è difficile, e il 51,4% dei chirurghi che hanno risposto all'indagine ammette questa difficoltà. Sul quando comunicarlo, invece, quasi tutti (83,2%) ritengono di doverlo fare non appena il paziente è in grado di apprendere la notizia. Su chi debba comunicare l'errore, le percentuali vedono in testa chi lo fa. Il 41,1%, infatti, individua nel responsabile colui il quale dovrà dare la notizia. Ma non manca chi delega questa responsabilità al direttore dell'unità operativa (37,5%). Solo il 17% ritiene che debba essere compito del medico che ha in cura il paziente. Il 35,7% dei chirurghi, poi, preferisce la presenza anche di un altro membro dell'équipe quando sarà il momento di informare sull'errore. Un dato interessante è quello che racconta di un 51% di chirurghi che, in caso di evento avverso, trova giusto porgere le scuse al paziente. E il 64% pensa che se si esprime rincrescimento, il paziente può considerare di non chiedere il risarcimento dei danni. Certo, chi commette un errore non riesce a dimenticarlo: è così per una percentuale di chirurghi che rasenta 80%. Durante la sessione «Comunicare oggi per la formazione continua del chirurgo», i partecipanti si sono studiati e interrogati su quale deve essere il loro modo di comunicare. Qual è il modo giusto per esprimersi? Cosa si sbaglia? «Non abbiamo individuato ancora delle soluzioni in merito», spiega Stefano Bartoli, tesoriere Acoi, «ma abbiamo aperto dei capitoli di riflessione ed evidenziato gli errori più comuni. Nei corsi di medicina all'università», aggiunge, «sarebbero auspicabili corsi di formazione o informazione sulla comunicazione».



NOI & VOI

GUGLIELMO PEPE

IL DIRITTO A NON SOFFRIRE

Non siamo nati per soffrire. Eppure il dolore del malato non è riconosciuto. Perfino se è cronico. Una condizione non sopportabile per chi ne è colpito e anche dannosa per la società, per l'economia, per la vita collettiva. La legge 38 del 2010 ha migliorato la situazione, eliminando restrizioni, assicurando cure palliative e assistenza. Dopo un anno il bilancio non è positivo. Accesso ai farmaci e assistenza dipendono dal luogo di residenza (come sempre nella sanità), i due milioni e mezzo di euro stanziati sono insufficienti per i tanti pazienti che devono affrontare quotidianamente la sofferenza. Che è fisica e psichica. A questo scopo dovrebbe essere potenziato il ruolo degli psicologi, in grado di aiutare i malati più dei medici, ai quali manca la necessaria preparazione: i camici bianchi ne sanno poco, non hanno la formazione giusta, spesso rifiutano di usare gli oppiacei (in Germania spendono quasi 10 volte più di noi in morfina e simili), considerano il dolore un fatto normale, scontato, che il paziente deve accettare. Dimostrando così l'assenza di cultura in materia. Ma non soffrire è un diritto: le organizzazioni dei medici si impegnino per garantirlo.

g.pepe@repubblica.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

E-health Grazie alla refertazione online e alla condivisione dei dati clinici diminuiscono i costi per ospedali e cittadini

Il libretto sanitario riduce spese e tempi

Mentre il progetto del fascicolo elettronico è giunto a un punto di svolta, alcune iniziative territoriali, come quella in Veneto, mostrano i benefici di una gestione informatizzata della storia del paziente

di Cristina Cimato

Un investimento ancora limitato, che sta però mostrando già i suoi effetti benefici sulla salute delle strutture ospedaliere. Da un recente incontro organizzato da Aiop Giovani, l'associazione dei giovani imprenditori dell'ospitalità privata, è emerso che il 7% circa del pil è assorbito dalla sanità e che gli investimenti in Ict delle strutture sanitarie nel loro complesso, ossia sia pubbliche sia private, sono pari a circa l'1,05% (ossia 920 milioni di euro) della spesa complessiva. Nonostante siano destinati ad aumentare nei prossimi anni gli investimenti sono ancora esigui, anche se non mancano diversi progetti che hanno mostrato efficacia nella gestione e nell'offerta di sanità, nonché una razionalizzazione delle spese e un miglioramento del trattamento dei pazienti. In occasione dell'incontro «La sanità del futuro. La sfida dell'e-health», Martin Curley, direttore dell'Intel Labs Europe e senior principal engineer di Intel Corporation, ha delineato un quadro degli investimenti in tecnologia per la salute all'interno della Ue. La Gran Bretagna ha destinato l'1,48% del pil, la Finlandia l'1,46% mentre l'Italia è dietro a Francia (0,8%) e Germania (0,6%). In Italia attualmente è a un punto di svolta il Fascicolo sanitario elettronico con l'approvazione lo scorso febbraio, durante la Conferenza Stato-Regioni, delle linee guida nazionali proposte dal **Ministero della Salute**, e il rilascio entro il 2012 per tutti i cittadini italiani su tutto il territorio nazionale. «Il fascicolo sanitario, che ogni italiano porterà con sé come una vera e propria carta di identità sanitaria, consentirà di migliorare l'assistenza», ha commentato il **ministro della Salute Ferruccio Fazio**, «permetterà di intervenire rapidamente in caso di emergenza e farà risparmiare notevoli risorse al sistema sanitario».

Il fascicolo coprirà l'intera vita del paziente e sarà aggiornato da chi prende in cura l'assistito. L'accesso al fascicolo potrà avvenire mediante l'utilizzo della carta d'identità elettronica e della carta nazionale dei servizi. Nelle urgenze rappresenterà inoltre uno strumento utile per condividere le informazioni tra gli operatori.

I principali vantaggi della cartella clinica e del libretto elettronico consistono proprio nella condivisione delle informazioni riguardanti il paziente, nonché nella possibilità per quest'ultimo di scaricare direttamente da internet dati che lo riguardano e avere sottomano in ogni momento elementi utili, anche sotto forma di immagini. Presso la Ulss 9 di Treviso è stato da tempo adottato il libretto sanitario elettronico come ultimo passo di un vasto processo di informatizzazione, incentrato nella digitalizzazione dei referti, che ha permesso una riduzione immediata di organico di 16 persone agli sportelli e un rientro dell'investimento, pari a 350 mila euro, in poco più di un anno. Il progetto Escape, sviluppato in collaborazione con Postesalute (dal 2011 il progetto è gestito interamente dalla Ulss e il servizio sarà gratuito per il cittadino), attualmente è stato esteso a tutte le Ulss venete e laziali e riguarda la smaterializzazione di tutto il processo di gestione dei referti, così da rendere omogenei i modelli organizzativi di tutte le aziende sanitarie della regione. All'interno dell'iniziativa si è inserito il Libretto sanitario elettronico, strumento per i cittadini che possono disporre di un accesso digitale ai propri dati clinici. «La sperimentazione è ancora in atto, terminerà tra un anno ed è stata positiva dal punto di vista organizzativo», ha commentato Gianluigi Scannapieco, direttore del dipartimento di innovazione, sviluppo e programmazione della Ulss 9 di Treviso, «Ci attendevamo

un maggior riscontro da parte dei cittadini, visto che solo alcune centinaia hanno attivato il libretto, ma è un servizio che riteniamo valido e che è ancora offerto gratuitamente». «Uno studio dell'università Bocconi di Milano ha stimato in circa 72 milioni di euro il risparmio per i cittadini di una gestione informatizzata di questo tipo», ha commentato Michela Gabrieli di Arsenà, consorzio delle 23 aziende sanitarie venete dedicato alla ricerca e all'innovazione per la sanità digitale, «il costo è stato calcolato in base ai costi di trasporto e al tempo speso per il ritiro fisico dei referti». Entro un anno si prevede una piena operatività dell'iniziativa Escape. Un altro progetto, denominato Doge, permetterà invece di collegare i medici di medicina generale alle aziende sanitarie della regione. (riproduzione riservata)



E-health La soluzione wHospital di Laserbiomed ha permesso all'Ospedale di Busto Arsizio di tracciare ogni operazione Il tablet in corsia elimina gli errori di comprensione

L'adozione di tablet e dispositivi mobili consente a medici e infermieri di accedere ai sistemi informativi in cui sono contenuti i dati clinici sempre aggiornati. E firmati in forma digitale

di Diana Bin

Addio pagine fuori posto nella cartella clinica e ritardi nella notifica di una richiesta di prestazione a un degente. L'utilizzo dell'informatica direttamente in corsia è ormai una realtà per diversi ospedali italiani, grazie all'implementazione di un sistema informativo integrato all'interno del quale reparti e laboratorio sono in costante comunicazione, in modo da evitare duplicazioni di esami e ritardi onerosi in termini di sicurezza del malato come di costi. Un notevole supporto al lavoro di medici e operatori, che possono così consultare il quadro clinico del paziente in qualunque momento attraverso dispositivi fissi, portatili e mobili, inclusa la nuova generazione dei tablet. «Il processo clinico era il meno informatizzato non solo per la complessità, ma anche perché non vi erano strumenti utilizzabili sul campo», ha spiegato Matteo Tiberi, amministratore delegato di Laserbiomed. Nata come start-up del Politecnico di Milano per iniziativa di un gruppo di ingegneri tra cui lo stesso Tiberi, la software house medica Laserbiomed (che dal 2009 fa parte del gruppo Lutech) sta lavorando dal 2002 al progetto wHospital per la digitalizzazione della cartella clinica. «wHospital è una piattaforma web che si propone come strumento di supporto decisionale con tutte le informazioni sulla storia clinica del paziente. Il fine è aumentare la leggibilità delle informazioni ed evitare decisioni sbagliate», ha spiegato Tiberi, «che punta a gestire integralmente il rapporto tra assistito e struttura sanitaria con la raccolta e trascrizione dell'intera documentazione prodotta in una cartella clinica digitale: anamnesi, anagrafica, diario clinico e terapia». Per esempio, se un paziente post-infartuato è stato curato in un ospedale dove è utilizzato wHospital, tutti i suoi dati vengono caricati nel sistema informativo e,

una volta dimesso, i parametri rilevati da eventuali controlli successivi condotti da infermieri che si recano a casa del degente andranno anch'essi a confluire nella sua cartella clinica informatizzata. Ma non solo. L'ambiente è progettato come un sistema operativo clinico nella logica del framework, che possa integrarsi in modo naturale con i sistemi informativi ospedalieri. «Non possiamo avere competenze per seguire tutte le discipline», ha osservato Tiberi, «noi creiamo un motore di sviluppo e lo mettiamo in mano ad aziende specializzate che sviluppano applicazioni ad hoc: ormai abbiamo già una decina di partner». Il cliente che avesse esigenze specifiche per coprire un determinato settore di attività può decidere di acquistare l'applicazione che gli interessa sul portale www.whospitalstore.it. Qualunque applicazione creata in un framework può essere trasferita da una struttura a un'altra: per fare un esempio, Tiberi cita il caso di un'applicazione ambulatoriale per le reti di patologia sviluppata presso l'ospedale San Matteo di Pavia che è stata trasferita anche all'Istituto Europeo di Oncologia di Milano. wHospital è pensato tra l'altro per operare una effettiva sostituibilità della cartella clinica cartacea con quella digitale, applicando a tutti i documenti la firma digitale. «Ogni atto medico e infermieristico che viene riversato sulla cartella clinica è un atto pubblico, e come tale deve prevedere firma digitale e conservazione sostitutiva», ha osservato Tiberi. Un'iniziativa che incontra il favore degli operatori sanitari. «La qualità della cartella clinica informatizzata è migliore dal momento che si rende tracciabile qualunque operazione», ha commentato la dottoressa Tiziana Quirino, primario del reparto malattie infettive dell'Ospedale di Busto Arsizio che segue wHospital fin dalla sua nascita, aven-

do contribuito a svilupparlo adottandolo già nel 2005 in via sperimentale. Con la cartella digitale medici e infermieri sono infatti guidati in tutte le fasi della cura: «la prescrizione del medico arriva nelle mani dell'infermiera completa di tutti i dati necessari, scritti in maniera leggibile. E l'infermiera trova sulla stessa schermata uno schema che la guida nella somministrazione, dove può spuntare la somministrazione fatta e motivare un'eventuale sospensione. Ci sono una serie di resistenze da parte di medici e infermieri, perché implicano cambiamenti nell'organizzazione del lavoro. Ma la carta è molto meno precisa, non credo che nessuno tornerebbe indietro», ha concluso la dottoressa Quirino, precisando che l'ospedale ha deciso di implementare la cartella clinica inizialmente a tutto il presidio di Busto Arsizio e poi all'intera azienda ospedaliera. (riproduzione riservata)



Oggi 31 maggio: giornata mondiale senza tabacco. L'OMS si compiace di quanto, finora, si è fatto per ridurre questa epidemia di malattie e di morte originata dal fumo ma dichiara che molto ancora c'è da fare per cui impegna tutti in questa sfida per la vita.

Quest'anno - avverte l'Oms - 6 milioni di persone moriranno per malattie correlate al fumo di tabacco. Tra loro, 600.000 vittime innocenti uccise dal fumo d'altri.

No al tabacco, no alla sua pubblicità ed alla vendita a minori, no additivi (alcuni aumentano il rischio di malattia, altri favoriscono la dipendenza) nel tabacco.

Il fumo è uno dei fattori che contribuiscono allo sviluppo di malattie prevenibili (cardiopatie, ictus, cancro) responsabili del 63% di tutte le morti (nei Paesi terzi 80%).

"Bisogna promuovere politiche per la salute pubblica contro le influenze dell'industria del tabacco che - dice il Dr Douglas Bettcher - è sempre alla ricerca del profitto e cerca di contrastare i tentativi dei Governi nella lotta contro l'epidemia". La "Giornata" di quest'anno - dice il prof. Francesco Schittulli, presidente nazionale LILT e chirurgo senologo, oncologo - riguarda "La Convenzione Quadro dell'OMS sul Controllo del Tabacco", tappa importante per la promozione della salute pubblica.

Nei suoi 90 anni di attività la LILT ha sempre focalizzato il suo impegno nella lotta al tabagismo e, oggi, torna nelle principali

OGGI SENZA TABACCO PER GENERAZIONI DI NON FUMATORI

di NICOLA SIMONETTI

piazze italiane per sensibilizzare giovani, donne, uomini ed affermare ancora una volta la necessità di considerare urgenti e prioritarie le azioni di prevenzione contro questa danno. Un evento che coinvolge 106 Sezioni Provinciali LILT, 395 punti Prevenzione/Ambulatori, oltre 25 mila volontari e Gruppi per la Disassuefazione dal Fumo, con il servizio SOS LILT che hanno già aiutato oltre 60.000 fumatori.

Oggi, in cambio di un piccolo contributo, le shopping bags disegnate in esclusiva per la LILT da 7 prestigiose firme della moda italiana per diffondere ovunque il messaggio per un corretto e sano stile di vita, senza fumo.

"Il fumo - dice Schittulli - causa, in Italia, circa 90 mila morti l'anno ed è responsabile di oltre 30 mila diagnosi di tumore al polmone, con severe conseguenze sul piano sanitario, sociale ed economico. Sono solo i giovani under 25 a "fumare meno": 18,8 % nel 2011 contro il 21,9% nel 2010.

"Per questo voglio ricordare - ha concluso Schittulli - come i giovanissimi e il mondo scolastico siano sempre stati privilegiati dalla LILT per interventi di promozione, formazione ed educazione alla cultura della salute, a corretti stile di vita, alla lotta contro il tabagismo, perchè bambini e ragazzi sono particolarmente reattivi ai messaggi educativi. Sono convinto che siamo sulla buona strada affinché le nuove generazioni siano di non fumatori".



Fumo, passiamo ai fatti

LUCIANA PEDOTO

In Italia fuma il 22,7 per cento della popolazione sopra i 15 anni, ben oltre 11 milioni di persone. Ma nonostante nel nostro paese siano attribuibili al fumo di tabacco 80 mila decessi all'anno (pari al 14,2 per cento di tutte le morti), rispetto al 2010 il numero dei fumatori tricolori è aumentato: negli ultimi dodici mesi in più di mezzo milione si sono avvicinati alle sigarette. Dati, questi, che inequivocabilmente denunciano il fallimento del governo nella lotta al fumo. Le politiche di prevenzione dell'attuale esecutivo si sono dimostrate inefficaci e a nulla sono servite le deboli campagne di comunicazione, confezionate ad uso e consumo delle celebrazioni delle giornate passate del 31 maggio, e i programmi scolastici di educazione alla salute tanto sbandierati ma evidentemente – visti i risultati – poco applicati.

La repressione non basta. Servono politiche di prevenzione, ma l'esecutivo è assente

Insomma, dopo la legge Sirchia, in assenza di altri interventi, si è tornati indietro. E quella del tabacco, nel nostro paese, è diventata una vera e propria emergenza. Il ministro Fazio ha tenuto a precisare che non esiste un fondo specifico per le politiche antifumo ma che vengono individuati specifici progetti. A questo punto è lecito chiedersi se non sia il caso di rivedere tali specifici progetti – alla luce dell'evidente loro insuccesso – e magari cominciare ad attuare vere e organiche strategie di lotta al tabagismo. La repressione, da sola, non basta più a salvare vite – e sottolineo a salvare vite – ed è arrivato il momento di puntare su efficaci e valide politiche di prevenzione. In questo 31 maggio 2011 l'unico slogan che regge è "Passare ai fatti". A partire dall'istituzione di un apposito fondo per le politiche anti-fumo. Di fronte a questi dati, il governo non può far finta che tutto vada bene.

