

Rassegna del 27/09/2019

SANITA' PISA E PROVINCIA

27/09/19	Nazione Pisa	13	«Un lido per i disabili: a Pisa no»	...	1
----------	--------------	----	-------------------------------------	-----	---

SANITA' REGIONALE

27/09/19	Corriere Fiorentino	1	Ma adesso lo stato non lasci soli i medici - Ma adesso lo stato condivide le responsabilità cos noi medici	Mazzei Teresita	3
27/09/19	Corriere Fiorentino	5	Le reazioni alla Consulta I vescovi: è la vittoria dell'egoismo Il File: svolta storica	Boncianni Mauro	5
27/09/19	Corriere Fiorentino	5	«Io e Davide, morto come dj Fabo» - «Davide morto come dj Fabo, vi racconto la sua sofferenza»	D'Angelo Manuela	6
27/09/19	Giornale di Pistoia e della Valdinievole	38	La regione sarà presente - «Un messaggio su numerosi temi per molti giovani»	...	8
27/09/19	Giornale di Pistoia e della Valdinievole	38	C'è il viceministro Sileri Domenica la Lilt organizza la prima Run Generation	...	9
27/09/19	Nazione Pistoia-Montecatini	14	Curarsi con le acque termali	Spisa Valentina	10
27/09/19	Nazione Pistoia-Montecatini	14	Malattie rare Il Forum c'è	...	12
27/09/19	Corriere Fiorentino	13	I vaccini? Dal 2020 li farà il medico di famiglia	Gori Giulio	13
27/09/19	Giorno - Carlino - Nazione	13	«Biopsia nel cassetto, mia moglie è morta»	Pacini Paolo	14
27/09/19	Nazione	18	«Lei è un medico straniero, non mi tocchi»	Natoli Laura	16
27/09/19	Nazione Empoli	9	«Un Centro artroprotesico rinnovato»	S.P.	17
27/09/19	Nazione Firenze	11	Bimbo disabile per l'errore in sala parto: l'Asl pagherà un milione	Gullè Elettra	18
27/09/19	Nazione Firenze	11	Bimbo disabile per l'errore in sala parto: l'Asl pagherà un milione	Gullè Elettra	19
27/09/19	Nazione Firenze	20	«Manca personale in chirurgia»	Torrini Beatrice	20
27/09/19	Nazione Grosseto-Livorno	17	Ginecologo e ostetrica sempre reperibili	...	21
27/09/19	Nazione Lucca	5	Morì di melanoma, potevano salvarla I periti accusano l'Asl, che non risarcisce - 'Mia moglie morì, c'è un esame fantasma'	Bardazzi Massimo	22
27/09/19	Nazione Siena	2	Pronto soccorso, arrivano i numeri. Un piano milionario per il Policlinico - Pronto soccorso, numeri al posto dei colori	P.t.	24
27/09/19	Nazione Siena	2	Cifre sempre in crescita, oltre 60mila accessi all'anno	...	27
27/09/19	Nazione Siena	3	Ospedale nuovo Piano in 5 anni da 250 milioni	Tomassoni Paola	28
27/09/19	Nazione Siena	3	Ginecologia, respinto il ricorso	...	30
27/09/19	Nazione Siena	3	Alzheimer L'assistenza da 70mila euro	...	31
27/09/19	Tirreno Grosseto	14	«Sulla psichiatria il sindaco continua a non dire nulla»	I.A.	32
27/09/19	Tirreno Piombino-Elba	1	«Ginecologo e ostetrica sia nei festivi che di notte»	...	33
27/09/19	Tirreno Piombino-Elba	13	L'influenza sarà di media entità, ma è sempre consigliabile vaccinarsi	Berti Gian Ugo	34
27/09/19	Tirreno Pistoia-Montecatini-Empoli-Prato	7	I segreti dell'oro liquido spiegati dai medici di Aigo	...	35
27/09/19	Tirreno Pistoia-Montecatini-Empoli-Prato	7	Il Festival della salute - Cinquanta convegni e trenta associazioni	Bartolini Samuele	36
27/09/19	Tirreno Pistoia-Montecatini-Empoli-Prato	7	Fausto Bonsignori racconta cosa è il benessere termale	...	38
27/09/19	Tirreno Pistoia-Montecatini-Empoli-Prato	9	Vede morire la figlia partorita da due ore. L'Asl: «Inspiegabile» - Drame all'ospedale, neonata muore in braccio alla madre a due ore dal parto	Nencioni Paolo - Trivigno Martina	39
27/09/19	Tirreno Pistoia-Montecatini-Empoli-Prato	9	Nascite in calo al Cosma e Damiano. Nel 2018 ci si è fermati a quota 606	...	41
27/09/19	Tirreno Pistoia-Montecatini-Empoli-Prato	9	Un reparto all'avanguardia inaugurato un anno e mezzo fa	F.A.	42
27/09/19	Tirreno Pistoia-Montecatini-Empoli-Prato	19	L'oncologo Angelo Di Leo ottiene un premio europeo	...	43
27/09/19	Tirreno Viareggio	7	Super batterio, l'ospedale aumenta i controlli - L'ospedale aumenta i controlli per isolare il super batterio	...	44

SANITA' NAZIONALE

27/09/19	Avvenire	5	«No a cultura di morte» - «Così avanza la cultura della morte»	Cardinale Gianni	46
27/09/19	Avvenire	6	Intervista a Filippo Anelli - Il mondo della sanità «resiste» - «Le future procedure? Toccherà ai funzionari Noi staremo coi malati»	Negrotti Enrico	48

27/09/19	Avvenire	6	Intervista a Virginio Bebbier - Il mondo della sanità «resiste» - «Saremo sempre pronti a lottare in nome dei nostri principi La nostra via? Quella del Vangelo»	Viana Paolo	50
27/09/19	Avvenire	7	Intervista a Graziano Delrio - Delrio: tuteleremo la vita fragile	D'Angelo Roberta	52
27/09/19	Avvenire	21	Medici 70enni e neolaureati Il "pressing" delle Regioni	...	53
27/09/19	Avvenire	21	La Ue corre ai ripari test su tutti i farmaci - «Ora testare tutti i farmaci» L'allarme contagia l'Europa	Daloiso Viviana	54
27/09/19	Corriere della Sera	3	Fine vita, il no dei medici - «Noi medici non lo faremo venga il pubblico ufficiale» Lo stop al suicidio assistito	De Bac Margherita	56
27/09/19	Corriere della Sera	5	Suicidio assistito, che cosa cambia?	Cuppini Laura	58
27/09/19	Corriere della Sera	15	Sanità, detrazioni in base al reddito	Sensini Mario	61
27/09/19	Corriere della Sera	15	Pochi dottori in corsia «Lavorino fino ai 70 anni» - I medici? Potranno restare al lavoro fino a 70 anni	Marro Enrico	64
27/09/19	Corriere della Sera	21	L'Agenzia europea vuole controlli su tutti i farmaci - Caso ranitidina, l'Agenzia Ue chiede test su tutti i farmaci	Bazzi Adriana	65
27/09/19	Corriere della Sera	21	Domande & risposte - Chi è in cura adesso deve interrompere i trattamenti?	A.Baz.	67
27/09/19	Corriere della Sera 7	94	Io e la malattia. Un grande genetista, il corpo diventato pietra e la scoperta che c'è libertà nel dipendere dagli altri	Boncinelli Edoardo	68
27/09/19	Corriere Innovazione	22	Intervista a Pier Giuseppe Pelicci - Big data, la miglior medicina per sconfiggere i tumori	Regina Simona	74
27/09/19	Corriere Innovazione	22	Le cure innovative siano disponibili per tutti	S.R.	75
27/09/19	Foglio Inserto	1	Il dovere di morire - Rinunciare a un trattamento medico si può, altra cosa è l'imposizione del "dovere di morire"	Cancelli Ferdinando	76
27/09/19	Gazzetta del Mezzogiorno	8	Assenteismo in ospedale la Procura va avanti - Furbetti in ospedale, si va avanti	Scagliarini Massimiliano	77
27/09/19	Giornale	4	Intervista a Eugenia Roccella - «È stato valicato un limite senza ritorno: la sanità pubblica non può dare la morte»	Cottone Sabrina	78
27/09/19	Giornale	5	Eutanasia, l'esercito dei 761 pronti a morire - La fila dei 761 italiani pronti alla «dolce morte» Ma i medici si dividono	Angeli Francesca	79
27/09/19	Giornale	5	E per i processi aperti la sorte è incerta	Fazzo Luca	81
27/09/19	Giornale	14	Mancano i dottori: arruolati i semplici laureati	...	82
27/09/19	Giornale	14	Allarme farmaci - L'Ema: test su tutti i farmaci in Europa	Angeli Francesca	83
27/09/19	Giornale	14	Intervista a Silvio Garattini - «Giusta precauzione Ma più pericolosi i cocktail fai-da-te»	Sorbi Maria	85
27/09/19	Giorno - Carlino - Nazione	15	A un'italiana il premio "Donne per l'oncologia" «Alle giovani dico di essere audaci»	...	86
27/09/19	Italia Oggi	30	Neolaureati in pronto soccorso per sopperire ai pochi medici - Neolaureati nel pronto soccorso	Damiani Michele	87
27/09/19	La Verita'	5	Intervista ad Antonio Magi - I medici si ribellano al suicidio facile - I medici si ribellano al verdetto: «Noi non ammazziamo le persone»	Capitanio Maria_Elena	89
27/09/19	Libero Quotidiano	17	«Mancano i medici. Assumiamo i laureati»	Barberini Susanna	91
27/09/19	Libero Quotidiano	19	Spendiamo più per i giochi che per la sanità	Iacometti Sandro	93
27/09/19	Mattino	2	Intervista a Massimo Scaccabarozzi - «Porte aperte alle verifiche Ma norme uguali per tutti»	Santonastaso Nando	94
27/09/19	Mattino	3	Gli abusi prolungati pericolosi attenzione agli acquisti online	Mautone Ettore	96
27/09/19	Messaggero	9	Farmaci, parte il maxi-controllo in tutta Europa - «Impurità cancerogene» Tutti i farmaci nel mirino	Massi Carla	98
27/09/19	Messaggero	9	Intervista a Luca Li Bassi - «L'allarmismo non è giustificato è solo un'operazione di routine»	C.Ma.	100
27/09/19	Messaggero	9	C'è bisogno di medici, le Regioni: in corsia specializzandi e 70enni	Acquaviti Barbara	101
27/09/19	Messaggero	16	Il commento - Le diversità da cancellare tra ospedali al Nord e al Sud	Garattini Silvio	102
27/09/19	Quotidiano del Sud L'Altravoce dell'Italia	2	Sanità, il Nord incassa e al Sud si vive di meno - Salute, lo Stato fa figli e figliastri al Nord un miliardo più che al Sud	Damiani Vincenzo	104
27/09/19	Repubblica	10	Fine vita, medici in rivolta "Decidere non spetta a noi"	Pasolini Caterina	107
27/09/19	Repubblica	23	Intervista a Guido Rasi - Rasi "Caccia alle sostanze cancerogene ecco perché ho deciso i test sui farmaci"	Bocci Michele	109
27/09/19	Sole 24 Ore	3	Medici in corsia fino a 70 anni e superticket	...	110
27/09/19	Stampa	1	La sentenza non istiga al suicidio	Zagrebel'sky Vladimiro	111
27/09/19	Stampa	2	"Intrappolato da 25 anni nel mio corpo Lasciatemi libero di vivere o morire"	Tomasello Maria_Rosa	112
27/09/19	Stampa	17	Allarme sulle sostanze a rischio cancro Controlli a tappeto su tutti i farmaci	Russo Paolo	114
27/09/19	Stampa	17	Le Regioni contro il calo dei medici "Assumiamo 10 mila neolaureati"	Pa.Ru.	115
27/09/19	Tirreno	8	Il confronto riparte sui medici da assumere	...	116
27/09/19	Tirreno	11	Farmaci rischiosi L'Ema dispone indagine a tappeto in tutta l'Europa	Russo Paolo	117

CRONACA LOCALE

27/09/19	Nazione Pisa	3 La Giunta impone altri limiti agli ambulanti «Un atto necessario»	...	118
27/09/19	Nazione Pisa	3 «Regolamento pieno di strafalcioni» Olivia Picchi contro l'amministrazione	...	119
27/09/19	Nazione Pisa	7 Il futuro urbanistico a Pisa e sul litorale Dibattito a Marina	...	120
27/09/19	Tirreno Pisa-Pontedera	1 Stop agli ambulanti del cibo a ridosso dei poli universitari Esplode la protesta del "food truck", una quindicina di persone rischiano	...	121
27/09/19	Tirreno Pisa-Pontedera	1 La pisana Abiogen Pharma insignita a Milano del titolo di "Eccellenza italiana"	...	123
27/09/19	Tirreno Pisa-Pontedera	5 Telecamere contro bullismo e spaccio tra gli studenti - Telecamere anti bulli e spaccio davanti alle scuole	...	124
27/09/19	Corriere Fiorentino	13 Pisa Telecamere anti spaccio vicino alle scuole	...	125
27/09/19	Nazione Pisa	7 Cattivi odori, il sindaco vuole nuove indagini	...	126
27/09/19	Nazione Pisa	7 Nardella e Ascani a I Passi per la festa dem	...	127
27/09/19	Nazione Pisa	7 CATTIVI ODORI A SAN PIERO I commercianti chiedono il risarcimento - I commercianti chiedono il risarcimento	...	128
27/09/19	Nazione Pisa	11 Oggi il corteo per il clima Famiglie e dirigenti divisi sullo sciopero - «Scioperare per il clima non è la soluzione»	Cofano Francesco	129
POLITICHE SOCIALI				
27/09/19	Corriere Fiorentino	9 I nuovi poveri sono giovani E con un lavoro - Nuovi poveri, allarme della Caritas In dieci anni un boom di giovani	Storni Jacopo	131
27/09/19	Corriere Fiorentino	9 «Io non sono nessuno» Un pranzo alla mensa in Santissima Annunziata Chi ha perso il lavoro, chi è appena arrivato	Congiu Riccardo	133
27/09/19	Corriere Fiorentino	11 Accoglienza migranti, vertice con i prefetti	...	134

«Un lido per i disabili: a Pisa no»

«Tredici mesi di incontri gettati al vento. Bloccati dal Comune»

di FRANCESCA BIANCHI

DUE minuscole porzioni di spiaggia tra Tirrenia e Calambrone. Inutilizzate, vuote, perfette. La prima assegnata alla Asl 5 ma mai attrezzata, l'altra, che si trova solo poche decine di metri dalla prima, in completo stato di abbandono. Sono i due arenili individuati nel corso di «tredici mesi di colloqui con l'amministrazione e la Società della Salute» per dare una 'casa' alla spiaggia per disabili ancora 'arenata', proposta e progettata dall'associazione Sphera Eventi in Tour ma rimasta nel cassetto. «Altromare-Accessibile beach», questo il nome. «Si tratta – spiegano Roberto Giani e Patrick Paoli e – di due piccole spiagge perfette per essere dotate di tutti gli ausili ad hoc, il tutto a spese della nostra associazione senza alcuna uscita per le casse comunali. E sia chiaro: non abbiamo mai richiesto una assegnazione diretta di uno stabilimento balneare. Abbiamo sempre parlato di bando. Invece l'assessore e presidente della Società della Salute Gianna Gambaccini ha risposto alla nostra richiesta di chiarimento, limitandosi a dire che le spiagge sono assegnate in concessione e ci sono scadenze da rispettare: allora perché fare riunioni per 13 mesi? Perché per un progetto del genere dobbiamo aspettare la fine delle concessioni in essere e non attivare quelle esistenti e mai attuate? Tra l'altro anche offrendo alla nostra associazione di attrezzare, solo in estate, la spiaggia con tutto quel che serve per i disabili, la proporzione tra arenili libere e quello occupati da stabilimenti non subirebbe alcuno scossone».

«**IL NOSTRO** progetto è ambizioso, lo sappiamo – proseguono Giani e Paoli -. Ma può essere messo in piedi a step, di stagione in stagione. Ci sono associazioni toscane che ci contattano per sapere a che punto siamo, la nostra spiaggia sarebbe l'unica sulla costa e, vogliamo assicurare tutti, non sarebbe certo un ospedale in riva al mare. Tutt'altro. Tutti gli stabilimenti sono obbligati per legge ad avere una passerella e una sedia job ma quante strutture sono accessibili in toto per chi siede su una sedia a rotelle? Nessuno. La nostra spiaggia, inoltre, andrebbe a rispondere ad ogni tipo di disabilità – handicap psico-motorio, ipovedenti, anziani, categorie a rischio, autismo -, anche con la presenza in loco di operatori specializzati. Logopedisti, fisioterapisti e figure che si occupano di psicomotricità e musicoterapia». Un progetto, un servizio che rischia di emigrare altrove. Scavalcando le barriere della burocrazia.

Nella foto, Roberto Giani e Patrick Paoli, promotori di «Altromare-Accessibile beach»





L'INTERVENTO

MA ADESSO LO STATO NON LASCI SOLI I MEDICI MA ADESSO LO STATO CONDIVIDA LE RESPONSABILITÀ CON NOI MEDICI

di **Teresita Mazzei***

«**D**overe del medico è la tutela della vita, della salute psicofisica dell'uomo, il trattamento del dolore e il sollievo dalla sofferenza, nel rispetto della libertà e della dignità della persona umana». Così recita l'articolo 3 del codice di deontologia medica.

Che identifica le regole fondamentali sulle quali si basa la nostra professione. «Il medico segue da millenni un paradigma che vieta di procurare la morte al paziente, vedendo nella morte un nemico e nella malattia qualcosa da sanare: mai si è pensato che la morte potesse diventare un alleato e che potesse risolvere la sofferenza della persona». Queste in estrema sintesi le parole della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (Fnomceo), chiamata in audizione presso le commissioni riunite Giustizia e Affari Sociali della Camera dei Deputati, il 30 maggio scorso. Nell'ottobre del 2018 la Corte Costituzionale aveva infatti chiesto, con una ordinanza al nostro Parlamento di promulgare entro un anno una legge in tema di suicidio assistito e eutanasia che, in maniera organica, esprimesse un giudizio di legittimità costituzionale sull'articolo 580 del Codice Penale, che prevede il divieto assoluto dell'aiuto al suicidio, oggi punito in qualsiasi caso con una pena fino a 12 anni. Era doveroso quindi da parte dei nostri parlamentari ascoltare il parere dei medici così come quello del Comitato Nazionale di Bioetica, prima di discutere e promulgare una legge. Come è a tutti noto, il nostro Parlamento negli ultimi mesi è stato in tutt'altre faccende affaccendato e, due giorni fa, la Corte Costituzionale si è espressa depenalizzando l'aiuto al suicidio, se pure in casi limite nei quali il paziente sia affetto da una «patologia irreversibile, fonte di sofferenze intollerabili, tenuto in vita arti-



ficialmente ma capace di prendere decisioni libere e consapevoli», come nel caso di dj Fabo. Come la pensano i medici? Il medico all'inizio della propria vita professionale presta un giuramento (il cosiddetto giuramento d'Ipocrate, oggi meglio definito come giuramento professionale) con il quale si impegna ad attenersi a numerosi principi di etica medica: fra questi fondamentale è quello di non compiere mai atti finalizzati a procurare la morte dei propri pazienti. I medici quindi continueranno come sempre a essere vicini ai propri pazienti e alle loro famiglie, a cercare in scienza e coscienza di dar loro risposte e aiuto fisico e morale, soprattutto nel fine vita. Assolveranno il loro dovere-missione di vicinanza e conforto assicurando al malato i migliori ausili possibili accompagnandolo con le cure palliative, con la terapia del dolore, con la sedazione profonda medicalmente indotta, attività queste consentite al medico dai propri principi deontologici. Tutto questo nel

profondo rispetto della dignità del morente. I medici però chiedono con forza allo Stato di tutelare la possibilità di poter esprimere obiezione di coscienza, di assumersi la responsabilità dell'atto finale. In altre parole, chiedono che, nei casi limite previsti dalla Corte Costituzionale, certificati ovviamente dai medici, sia un rappresentante dello Stato a prendere atto della sussistenza di tutte le condizioni e a procurare al paziente il farmaco che dovrà assumere per togliersi la vita. Il medico non abbandonerà il proprio paziente e i suoi familiari nel momento della morte, ma non vuole andare contro ai principii millenari del proprio giuramento professionale.

Teresita Mazzei

Presidente dell'Ordine
dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
della Provincia di Firenze

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Chiediamo
che, nei casi
previsti
dalla
Consulta,
sia un
rappresen-
tante dello
Stato a
prendere
atto della
sussistenza
di tutte le
condizioni e
a procurare
al paziente
il farmaco
per togliersi
la vita

Le reazioni alla Consulta

I vescovi: è la vittoria dell'egoismo

Il File: svolta storica

La sentenza della Corte Costituzionale sul fine vita è stata ieri al centro delle riflessioni dei cattolici, e non solo. La voce della Chiesa è arrivata attraverso la Cei — «Si creano i presupposti per una cultura della morte in cui la società perde il lume della ragione», ha detto il segretario generale della Conferenza dei vescovi italiani, monsignor Stefano Russo che ha chiesto l'obiezione di coscienza da parte dei medici — e nelle parole del cardinale e arcivescovo di Firenze, Giuseppe Betori, e del vescovo di Fiesole, Mario Meini. «La preoccupazione maggiore è relativa alla spinta culturale implicita che può derivarne per i soggetti sofferenti, nel ritenere che chiedere di porre fine alla propria esistenza sia una scelta di dignità — ha detto Meini — Si può e si deve respingere la tentazione, indotta anche da mutamenti legislativi, di usare la medicina per assecondare una possibile volontà di morte, fornendo assistenza al suicidio o causandone direttamente la morte con l'eutanasia».

Mentre il cardinale Betori, durante l'intervento di presentazione dei dati della Caritas sulla povertà a Firenze, ha affermato, riferendosi alla Consulta: «È importante la cultura dell'amore che illumina la carità, una cultura che ci aiuti a superare la tendenza egoistica che oggi è diventata la tendenza culturale dominante, che esalta l'autonomia dell'individuo, unico "verbo" diffuso in mille modi come si è visto anche ieri». Sul tema si è interrogato padre Ennio Brovedani, gesuita, presidente della fiorentina Fondazione Stensen, che punta sul dialogo ed i confronti con chi appoggia l'eutanasia. «Nel dibattito sul

possibile riconoscimento di un diritto all'eutanasia si trovano a confronto due posizioni contrapposte. La

prima posizione, generalmente sostenuta dalle grandi tradizioni religiose e spirituali, si fonda sul principio del rispetto della dignità del paziente, filosoficamente e teologicamente intesa come "valore intrinseco di ogni essere umano". La seconda posizione ritiene che il "morire con dignità" implichi un diritto che deve essere riconosciuto a chi ne fa richiesta o ha lasciato disposizioni in merito. Il problema politico, però, non risiede tanto nel prendere posizione rispetto a queste due concezioni — sottolinea Brovedani — occorre sforzarsi di trovare dei compromessi accettabili, che tengano conto di tutte le possibili implicazioni e consentano una gestione del "morire" rispettosa della dignità del paziente e dei valori propri della comunità di appartenenza. Un compito questo che rappresenta una delicata sfida politica per i prossimi anni». Per Donatella Carmi, fondatrice e presidente di File, Fondazione Italiana Leniterapia, «si tratta di sentenza storica, con i giudici supplenti dei politici». «Adesso — aggiunge Carmi — salta quel discrimine umano ed economico che c'era tra coloro che potevano attuare il suicidio assistito all'estero e quelli che nelle loro case, nei nostri ospedali sono incatenati a condizioni da loro ritenuti intollerabili».

Mauro Bonciani

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Giuseppe Betori



Donatella Carmi



«Io e Davide, morto come dj Fabo»

Dopo la sentenza della Consulta sul fine vita, parla il dottore dell'ex barista di Massa

MASSA Ha conservato fino a oggi la cartella di Davide Trentini. Perché, racconta il suo medico Massimo Angelotti, «un paziente così lo si conosce una sola volta nella vita». Davide nel 2017 scelse il suicidio assistito in Svizzera, come dj Fabo sul cui caso si è espressa l'altro giorno la Consulta con una sentenza storica. «Cercavo di fargli avere fiducia nella terapia — dice il medico — ma mentivo, in realtà avrei voluto dirgli: vai via di qui».



Davide Trentini che nel 2017 scelse il suicidio assistito in Svizzera

a pagina 5 D'Angelo

«Davide morto come dj Fabo, vi racconto la sua sofferenza»

Parla il dottore di Trentini, l'ex barista di Massa che scelse il suicidio assistito in Svizzera



Tormento

Cercavo di fargli avere fiducia nella terapia, ma mentivo: gli avrei voluto dire vai via da qui

MASSA Ha conservato fino a oggi la cartella di Davide Trentini, che dentro racchiude anni di sofferenze, di cure, di speranze e di incontri. Perché, racconta il suo medico Massimo Angelotti, «un paziente così lo si conosce una sola volta nella vita. Un ragazzo d'oro, che mi ha aiutato più di quanto io abbia aiutato lui». A poche ore dalla sentenza della Corte Costituzionale sul caso Cappato-dj Fabo, secondo cui «non è punibile chi agevola l'esecuzione del proposito di suicidio, autonomamente e liberamente formatosi, di un paziente», il dottor Angelotti ricorda quel periodo della sua carriera in cui Davide Trentini, ex barista di Massa, malato di sclerosi multipla dal 1993, era divenuto poi morì nel 2017 in Svizzera con il suicidio assistito. «Ero il medico di famiglia, li ricevevo in ambulatorio, finché Davide ha potuto muoversi,

poi andavo io a casa loro per visitarlo. La madre invece si recava spesso da me per le prescrizioni dei farmaci. Antidolorifici, cannabis terapeutica, per lo più. Almeno gli ultime mesi. Da Davide ho imparato molto nel tempo — racconta Angelotti — lezioni di vita, e anche di morte se vogliamo. Una morte dignitosa, come l'ha sempre sognata. Ha tentato di vivere finché non ha capito che quella non era più vita, finché non ha capito che non riusciva più a controllare nulla di sé».

Il rapporto tra Davide e il dottor Angelotti si consolida anche grazie al carattere di Trentini, un uomo brillante fino all'ultimo, ironico, autoironico, connesso, mai spento: «Riusciva a fare battute sulla sua condizione fisica anche quando stava più male. Rideva degli effetti collaterali dei farmaci, della cannabis in bustina, che non bastava più. Mi diceva che voleva morire e io lo capivo. Ero d'accordo con lui, ma non glielo ho mai detto. Ho fatto sempre il bravo dottore con lui. Gli ho dato speranza nella terapia che stava seguendo, gli dicevo che aveva ancora il cervello intatto, che la malattia non lo

aveva cambiato e che poteva continuare a vivere. Mentivo, perché avrei voluto dirgli «vai via da qui, esci dalle tue sofferenze». E non mentii per rispettare il giuramento di Ippocrate, ma perché sapevo che in quel momento dargli ancora speranza era il mio unico compito». La non-vita di Davide Trentini era costellata di sofferenza atroci, dice il medico, 24 ore al giorno. «Soffriva, lo vedevo. I farmaci non facevano quasi più nulla. Gli ultimi mesi non aveva praticamente più bisogno di me neanche come mero prescrittore di ricette. Mi rivelò di essere molto in collera con la famiglia, perché non volevano aiutarlo a trovare i soldi per la Svizzera. Quando riuscì a mettersi in contatto con l'associazione di Cappato e Mina Welby, mi disse che morire era il regalo più bello che in



quel momento la vita poteva fargli. Il giorno in cui morì ne avevano parlato tutti i telegiornali, la foto di Davide era su tutti i siti, ma la madre mi telefonò per darmi la notizia; mi fece molta tenerezza: le dissi "Maria lo sa tutto il mondo di Davide" ma lei non se ne era resa conto. Per lei era morto un figlio, dal clamore esterno non fu neanche sfiorata».

E oggi arriva la sentenza della Corte Costituzionale sul caso dj Fabo e il dottor Angelotti pensa che sia un grande passo di civiltà: «Nessuno potrà mai impedire che un altro uomo si suicidi, gettandosi da un ponte, impiccandosi o sparandosi. Se un uomo vuole morire davvero, il modo lo troverà sempre. Forse una nuova legge sulla regolarizzazione del suicidio assistito permetterà di intercettare tante di queste persone e magari permetterà di convincerle a cambiare idea. Oppure moriranno come desiderano, ma in maniera più dignitosa, meno dolorosa e più umana»

Manuela D'Angelo

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Sopra Davide Trentini poco prima di morire in Svizzera
Nella foto piccola il dottor Massimo Angelotti

LA REGIONE SARA' PRESENTE

«Un messaggio su numerosi temi per molti giovani»

MONTECATINI-TERME (bm9) «Una bella manifestazione, che avvicina ai temi della salute tante persone. Come ogni anno, anche noi come Regione parteciperemo a questi incontri, io stessa sarò presente».

E' quanto ha detto l'assessore al diritto alla salute **Stefania Saccardi**, nel presentare la XII edizione del Festival della Salute, che si terrà dal 27 al 29 settembre alle Terme Tettuccio.

Quest'anno parteciperà al Festival anche l'assessore all'ambiente e alle Terme **Federica Fratoni**. «Associare il messaggio della prevenzione al luogo termale per eccellenza come Montecatini mi sembra un'ottima scelta. Parteciperò molto volentieri, con i ragazzi delle scuole parleremo anche di ambiente e salute».

«Questa è la dodicesima edizione del Festival, e la quarta che facciamo a Montecatini - ha sottolineato **Paolo Amabile**, ideatore del Festival - Saranno oltre 50 convegni, più di 100 appuntamenti, oltre 30 tra associazioni ed enti che parteciperanno. Molte anche le presentazioni di libri. Un'attenzione particolare quest'anno viene dedicata a famiglia e scuole».

«Monte-

catini si conferma essere città del benessere e della salute - ha concluso il sindaco di Montecatini **Luca Baroncini** -

Prevenzione e salute vanno bene insieme con la terme. Bevendo le nostre acque, si può fare una specie di tagliando. Il Festival della Salute sarà l'occasione anche per parlare delle nostre acque».

L'assessore Saccardi parteciperà al Festival domenica mattina. Due gli appuntamenti: alle 9.30, nella Sala Portoghesi, il convegno (con crediti formativi) su "Prevenzione e cura sul territorio: il nuovo ruolo del farmacista nella farmacia dei servizi; alle 11.30, nella sala scrittura, il convegno "La sanità non è fatta solo da medici e infermieri: le 19 professioni neo ordinate che concorrono alla sostenibilità del Ssn e regionale".

L'assessore Fratoni parteciperà al convegno che si terrà venerdì mattina alle 9.15 in sala loggiato alle Terme Tettuccio, «Pianeta Terra chiama salute», organizzato in collaborazione tra l'assessorato all'ambiente della Regione, guardia costiera e capitaneria di porto di Viareggio.



Stefania Saccardi, storico assessore della giunta Rossi



TANTE NOVITA' ALLA NUOVA EDIZIONE: SI CORRE PER SOLIDARIETA', ARRIVA IL SOTTOSEGRETARIO

C'è il viceministro Sileri Domenica la Lilt organizza la prima Run Generation

MONTECATINI-TERME (ces) Un programma ricco che venerdì pomeriggio offre subito una tavola rotonda sui disturbi dell'alimentazione con Pierpaolo Sileri, neo sottosegretario alla sanità del governo Conte bis. Sabato arriva anche l'ex ministro Lorenzin. Domenica 29 al Tettuccio, ultima giornata, sarà dedicata anche allo sport e al benessere con la possibilità di praticare discipline sportive e partecipare ad attività di benessere. La LILT Pistoia, organizzerà la prima

edizione della Run Generation Toscana, una corsa su varie lunghezze, con squadre composte da un nucleo familiare di 3 persone, prevista al mattino di fronte al Tettuccio.

Il Festival è organizzato da Eventi Diversi Associazione Culturale e dalla Good Event in collaborazione e con sostegno della Regione Toscana e del Servizio Sanitario, della Società della salute della Valdinievole, del Comune di Montecatini e delle Terme.



Curarsi con le acque termali

L'assessore Francesca Greco: «Un'opportunità da cogliere»

AL VIA oggi, dalle 9, la dodicesima edizione del Festival della Salute, che si terrà al Tettuccio. La manifestazione, in programma fino a domenica vedrà protagoniste anche le acque termali della città, con uno specifico approfondimento, incentrato sulle terme come prevenzione, cura, riabilitazione. Ieri, nella sala consiliare del municipio, la vicesindaca Francesca Greco ha accolto l'organizzatore del Festival della Salute Paolo Amabile; con loro, è intervenuto anche il dottor Marco Tulli, della direzione sanitaria delle Terme. In sala consiliare, anche molti studenti perché il liceo Salutati sarà coinvolto nelle tre giornate del Festival: molte classi parteciperanno al programma di dibattiti e approfondimenti e l'accoglienza sarà curata dagli alunni del triennio del liceo sportivo. Il Festival si conferma nel suo format di grande successo, che prevede anche screening gratuiti per i cittadini. Una tre giorni di talk show, convegni, interviste, educational talk, proposte formative, presentazioni di libri a tema, laboratori didattici sulla salute, sana alimentazione, corretti stili di vita, attività di intrattenimento ludiche e di aggregazione, spettacoli e performance a tema, degustazione prodotti tipici del territorio. In più, per la giornata conclusiva del 29 settembre, una domenica di sport per tutti con esibizioni e «prove» di varie discipline sportive e di benessere. La vicesindaca Greco afferma: «Questa è la dodicesima edizione del Festival della Salute e la quarta qui a Montecatini, che ospita la manifestazione dal 2016. La location ideale non poteva che essere il Tettuccio: riteniamo che le Terme debbano ancora avere tante opportunità, un'assoluta centralità e quella rappresentata dal Festival della Salute è una delle occasioni per rendere protagoniste le nostre acque termali». E al Festival della Salute, il 29 settembre, alle 11 e 30, al Tettuccio, la tavola rotonda organizzata da Aigo, associazione italiana gastroenterologi ed endoscopisti digestivi ospedalieri, che è giunta al cinquantesimo anniversario di vita, si occuperà del tema acqua e benessere.

Valentina Spisa





Il convegno

Tavola rotonda dedicata al benessere

**La tavola rotonda sarà
presieduta dal sindaco di
Montecatini Luca Baroncini
e dal presidente Aigo
Giuseppe Milazzo; un
aspetto di rilievo sarà quello
dedicato al benessere
intestinale e microbiota.
Inoltre, sarà ricordato il
cinquecentenario dalla
morte di Leonardo Da Vinci.**



L'organizzatore del Festival Paolo Amabile con l'assessore Greco



LA NOVITA'

Malattie rare Il Forum c'è

AL FESTIVAL della salute debutta il Forum Associazioni Malati Rari della Toscana. Offrirà preziosi spunti di riflessione con due tavole rotonde su temi legati alla prevenzione. «Il Forum – commenta Guido De Barros (foto), presidente del Forum –, cui afferiscono ormai circa 60 Associazioni regionali e nazionali, rappresenta non soltanto il canale diretto di comunicazione tra le associazioni di pazienti rari e le istituzioni sanitarie regionali, ma anche la voce dei malati che, attraverso occasioni preziose come il Festival della Salute, hanno finalmente la possibilità di presentare anche al pubblico dei non addetti ai lavori importanti spunti di riflessione sulla condizione del malato raro e della famiglia che se ne prende cura».



I vaccini? Dal 2020 li farà il medico di famiglia

Oggi sarà presentato l'accordo tra Regione e sindacati: previsti contributi per chi aderirà

Addio (o quasi) ai centri vaccinali delle Asl: i vaccini e i richiami si faranno dal medico di famiglia. È questo l'obiettivo di lungo periodo dell'accordo, primo in Italia, tra la Regione e i sindacati dei medici di Medicina generale che sarà presentato oggi. L'intesa porterà i primi medici di famiglia che aderiranno a poter vaccinare i pazienti per ogni tipo di immunizzazione già dalla fine del 2019 o, al massimo dall'inizio del 2020. La Regione vuole così attuare i nuovi livelli essenziali d'assistenza fissati dal governo e aumentare le coperture vaccinali, oltre a semplificare le procedure per i pazienti.

Finora, i medici di famiglia erano stati alleati delle Asl nelle campagne di vaccinazione straordinaria, come per l'influenza, il meningococco, lo pneumococco. Con questo accordo, vaccinarsi dal proprio dottore, per qualsiasi tipo di richiamo, sarà possibile grazie a due novità: primo, sono previsti dei contributi economici per chi aderirà (la partecipazione è comunque su base volontaria da parte del medico), sia per fare le iniezioni, sia per garantire la «linea del freddo», ovvero per la conservazione refrigerata delle dosi.

Secondo, nello studio del dottore sarà disponibile l'accesso diretto al sistema informatico dell'anagrafe vaccinale: così il medico saprà immediatamente quali richiami mancano al paziente, ma al tempo stesso le Asl avranno subito notizia dell'avvenuta vaccinazione, senza le lunghe formalità burocratiche attuali, con la possibilità quindi di monitorare in tempo reale i livelli delle coperture.

Insomma, da fine anno, massimo da inizio del 2020, la maggior parte dei medici di famiglia secondo la previsione dei sindacati, saranno già in grado di fare al paziente un richiamo di antitetanica. Nasce così la doppia strategia della Regione, che aveva già stretto un'alleanza con i pediatri di famiglia per le vaccinazioni dei bambini fino a due anni di età.

Alla presentazione dell'accordo, oggi, ci saranno l'assessore regionale alla Salute, Stefania Saccardi, e i sindacalisti medici Alessio Nastrozzi (Fimmg), Rino Foto (Intesa sindacale), Nicola Marini (Smi) e Alessio Lambardi (Snami).

Giulio Gori

© RIPRODUZIONE RISERVATA



«Biopsia nel cassetto, mia moglie è morta»

Lucca, il marito accusa l'Asl: avvisati dell'esame sul neo asportato solo dopo un anno

Garza tolta dopo dieci anni

Un impiegato 47enne di Viareggio ha vissuto per dieci anni con un corpo estraneo intorno al cuore: i medici hanno poi scoperto come si trattasse di una garza rimasta sotto pelle

Stomaco asportato per errore

A Monza, nel 2016, alla 53enne Francesca Cioppa viene asportato lo stomaco per errore, dopo una diagnosi di «tumore maligno», rivelatasi totalmente sbagliata

Diagnosi per uno stuzzicadenti

Pietro Sarchielli, 73 anni di Montelupo Fiorentino, viene dichiarato dai medici malato di cancro, ma dalla gastroscopia la macchia si rivela essere uno stecchino

Paolo Pacini

■ LUCCA

«**LAURA** si poteva salvare. E oggi sarebbe qui ad abbracciare i suoi tre figli con me. Ma nessuno all'Asl pensò di avvisarla dell'esito choc dell'analisi istologica, cioè che quel neo appena tolto in ospedale a Lucca si era rivelato un melanoma maligno. Oggi, a più di cinque anni di distanza dalla sua morte, si rifiutano di accettare le chiare conclusioni dei periti del tribunale, che hanno stabilito la grave negligenza, evidenziandola come 'causa determinante del decesso'. L'Asl non vuole dare un adeguato risarcimento a noi familiari. Insomma, la stanno uccidendo una seconda volta».

Parole dure quelle di Massimo Bardazzi, medico di 61 anni e vedovo di Laura Giannoni, la biologa morta a 48 anni il 2 maggio 2014 a Lucca per un fatale melanoma. Una storia allucinante, con strascichi nelle aule del tribunale.

LA MOGLIE, a giugno 2010, va in ospedale per togliersi un grosso neo motivata da semplici ragioni estetiche. L'esame istologico rivela che in realtà si tratta di un melanoma, ma il referto rimane lì da qualche parte, dimenticato. L'Asl si fa viva solo un anno dopo. con

un avviso a domicilio: c'è da pagare il ticket, ma non dice altro. Nel frattempo, il melanoma si diffonde e Laura lo scopre da sola soltanto a gennaio 2013, quando ha una recidiva locale, ma ormai è troppo tardi: è solo allora che emerge tutta l'incredibile verità. Dopo la sua morte, a maggio 2014, il marito Massimo resta con un peso schiacciante sulle spalle: tirare avanti con tre figli, all'epoca tutti minorenni, e con la promessa di rendere giustizia a Laura.

L'ASL di Lucca, però, rifiuta un accordo sul risarcimento: si va in tribunale. Il marito si affida al consulente Stefano Pierotti, medico legale che lo assiste con determinazione. Finalmente i periti scelti dal giudice, Roberta Napoli e Marco Gipponi, hanno stabilito adesso che «l'imperdonabile negligenza» è stata «causa determinante del successivo decesso, per una malattia che avrebbe avuto sicuramente un decorso diverso, con ottime probabilità di sopravvivenza».

TUTTO risolto? Niente affatto. «L'Asl – commenta il vedovo – non ne vuole sapere. Prende tempo per trascinare la questione di udienza in udienza, confidando forse nella stanchezza di una fami-

glia provata da un dolore che si rinnova ogni volta. Eppure l'errore è lì, scritto nero su bianco. Mia moglie non fu avvertita, incredibilmente, di questa diagnosi così grave, e di conseguenza non le fu consentito di porre in atto tutti i provvedimenti medico-chirurgici necessari ad assicurarle, con alta probabilità, di salvarsi la vita». Bardazzi non si da pace: «Così è scomparsa a 48 anni, dopo 18 mesi di gravissima sofferenza fisica e psicologica, lasciando con un'angoscia terribile tre ragazzi e agguinando il dolore dell'anima a quello feroce del corpo. Avrebbe voluto vederli crescere, sapere cosa sarebbero diventati e partecipare alle tappe fondamentali della loro vita. Questo era il suo strazio più grande. I danni morali che noi quattro abbiamo ricevuto sono enormi, in particolare a carico dei miei figli, che ne sopportano tutt'ora, e forse per sempre, le conseguenze».

DA PARTE sua l'Asl, pur ammettendo l'errore nella procedura (poi modificata proprio in seguito a questa tragedia) parla solo di una «riduzione di chance di sopravvivenza» e non sembra interessata a fissare un risarcimento extragiudiziale. La parola passerà dunque al giudice.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





DOLORE Laura Giannoni è morta a 48 anni il 2 maggio 2014



La vicenda

«Poteva essere qui»

Il vedovo: «Laura si poteva salvare e oggi sarebbe ancora qui con noi. Ma nessuno all'Asl pensò di avvisarla dell'esito choc di quell'analisi istologica, cioè che quel neo appena tolto in ospedale a Lucca era un melanoma maligno»

«Uccisa due volte»

Il dolore di Massimo Bardazzi si rinnova dopo la perdita: «Si rifiutano di accettare la grave negligenza, evidenziata come 'causa del decesso'. L'Asl non vuole dare un adeguato risarcimento a noi familiari. Uccisa due volte»

Il processo

Poiché l'Asl rifiuta un accordo risarcimento: si andrà in tribunale. Nel frattempo, i periti scelti dai giudici hanno stabilito «l'imperdonabile negligenza» come «causa determinante del successivo decesso»

«Lei è un medico straniero, non mi tocchi»

Prato, indagato ex assessore: c'è l'aggravante del razzismo. «Operato, stavo male»



**Chiarirò
con il giudice**

«Ho solo preteso che mi curasse un medico qualificato. Non vedo l'ora di andare di fronte a un giudice a dare la mia versione dei fatti»

IL FATTO

Violento diverbio in ospedale tra i due, quindi la denuncia presentata dal camice bianco

■ PRATO

«NON MI FACCIO toccare da un medico straniero». La frase «infelice» è costata cara all'ex assessore pratese della giunta Cenni, Roberto Caverni, imprenditore di 71 anni, adesso indagato per oltraggio a pubblico ufficiale con l'aggravante della discriminazione razziale. Caverni avrebbe detto la frase nei confronti di un medico straniero in servizio all'ospedale Santo Stefano, a fine luglio quando l'ex assessore (ed ex consigliere regionale di Forza Italia), era stato ricoverato in seguito a un delicato intervento chirurgico. Il medico non avrebbe digerito l'aggressione verbale da parte del paziente «turbolento» tanto da sporgere denuncia contro Caverni una quindicina di giorni dopo lo spiacevole episodio. La querela è arrivata sul tavolo del procuratore Giuseppe Nicolosi che ha incaricato la polizia giudiziaria di fare accertamenti. Ora le indagini sono chiuse e, a breve, Caverni riceverà l'avviso di garanzia presso il suo legale, Francesco Querci.

«NON RICORDO quello che ho detto – ha commentato Caverni tranquillo – Era il giorno dopo l'operazione ed ero ancora sotto anestesia. Avevo dolori fortissimi e urlavo. Forse, a qualcuno avranno dato noia le mie grida di disperazione». Secondo quanto ricostruito dalle indagini, Caverni avrebbe rifiutato di farsi medicare dal dottore straniero e avrebbe preteso la presenza di un italiano.



**Ero io il più
vulnerabile**

«In quel momento ero io in difficoltà, ero io il più vulnerabile. Sono stato trattato male e in maniera maleducata» dice Caverni

Ne sarebbe scoppiato un violento diverbio col medico straniero a cui Caverni avrebbe detto anche frasi come «Non mi faccio mettere le mani addosso da uno straniero», «Non sa chi sono io, sono stato un rappresentante della 'destra'». Il tutto sarebbe avvenuto di fronte ad altri medici, infermieri e degenti del reparto di chirurgia del Santo Stefano. Le escandescenze del paziente si sarebbero placate solo quando una dottoressa, italiana, lo ha finalmente medicato alleviando i forti dolori.

Lo straniero, però, non ha buttato giù le offese e ha deciso di sporgere denuncia. I testimoni – sentiti dagli investigatori – avrebbero confermato la versione del dottore, compreso il riferimento alla diversa nazionalità del dottore.

«In quel reparto ci sono persone sottoposte a interventi chirurgici diversi – prosegue Caverni – Sono tutti mescolati e lo specialista per ciascuna patologia passa una volta al giorno. Per il resto del tempo non si vede nessuno. Ho solo preteso che mi curasse un medico qualificato. Non vedo l'ora di andare di fronte a un giudice a dare la mia versione dei fatti. In quel momento ero io in difficoltà, ero io il più vulnerabile. Sono stato trattato male e in maniera maleducata». L'ex esponente di Forza Italia aspetta di leggere le contestazioni che gli vengono mosse e insieme al suo legale deciderà il da farsi.

«Quando ero consigliere regionale ero fortemente contrario a questi 'ospedalini' e ho sempre sostenuto che sarebbe più giusto essere curati da medici che hanno la nostra stessa sensibilità e sanno mettersi nei panni di una persona malata – ha concluso Caverni – Mi difenderò e questo episodio diventerà il mio vessillo».

Laura Natoli



«Un Centro artroprotesico rinnovato»

La scommessa del sindaco Spinelli trova consenso tra le associazioni fucecchiesi

FUCECCHIO

L'associazione Amici del centro storico 'offre' una cena per i 10 anni della struttura

«**OCCORRE** chiedere con forza anche un ulteriore sviluppo, pensare a un salto di qualità, a un centro artroprotesico 2.0». E' la proposta lanciata dal sindaco di Fucecchio, Alessio Spinelli. Il primo cittadino della città di Montanelli è pronto a guardare avanti e lo fa prendendo spunto da un evento in programma questo fine settimana, domani, sabato 28 settembre. A promuoverlo è l'associazione Amici del Centro Storico, con il patrocinio dell'amministrazione. L'obiettivo è mettere su una serata a sostegno del Centro artroprotesico per festeggiarne i dieci anni dalla sua apertura, nei locali dell'ospedale San Pietro Igneo. Il programma è già deciso: prevede alle 20 una cena nei locali del Palazzo della Volta in via di San Giorgio e a seguire musica con i Beat Struscione. Le prenotazioni sono aperte: basta scrivere ad amicicentrostoricofucecchio@gmail.com o chiamare il 333 122 5162.

«L'iniziativa dell'associazione Amici del Centro Storico a sostegno del centro artroprotesico – commenta il sindaco – ha il pieno appoggio dell'amministrazione comunale che riconosce all'evento un valore che va ben al di là dell'aspetto puramente celebrativo dei dieci anni di attività. Aperto nel 2009 all'interno dell'ospeda-

le San Pietro Igneo, rappresenta una struttura di eccellenza della sanità toscana e nazionale come dimostrano i tanti pazienti che arrivano da altre regioni per gli interventi ad anca e ginocchio. Ma per Fucecchio è molto di più». Anche grazie alla presenza dell'ospedale, «abbiamo continuato a investire nella riqualificazione e rivitalizzazione del centro storico – continua Spinelli –. Per questo ritengo che sia fondamentale sostenere il centro. Occorre chiedere con forza anche uno sviluppo». L'auspicio è di arrivare a «un centro che possa rappresentare un polo interaziendale per poter sottoscrivere convenzioni anche con le altre Asl regionali, in modo da governare le criticità dovute anche alla carenza di specialisti. In tal modo sarà possibile richiedere importanti investimenti ed elevata specializzazione – annuncia ancora il primo cittadino –. Dovremo lavorare per ospedali che garantiscano forte presenza di specialisti e dotazioni tecnologiche all'avanguardia, soprattutto nella robotica. Un centro come quello che pensiamo per Fucecchio è anche un riferimento per l'addestramento di operatori a tecniche innovative, per la formazione e la ricerca. L'insieme di questi fattori dà una qualità assistenziale a vantaggio dei pazienti. La Regione, con l'assessore alla salute Stefania Saccardi, ha ribadito che farà la sua parte investendo sulla struttura. E sono felice che anche associazioni e cittadini portino il loro contributo».

S.P.



L'INIZIATIVA Il sindaco di Fucecchio, Alessio Spinelli



IL RISARCIMENTO NON FU ESEGUITO IL TAGLIO CESAREO, IL PICCOLO RIPORTO' UN DANNO NEUROLOGICO PERMANENTE

Bimbo disabile per l'errore in sala parto: l'Asl pagherà un milione

UN MALEDETTO errore in sala parto ha sconvolto la vita di una famiglia. Se quel giorno i medici fossero intervenuti con un taglio cesareo, probabilmente adesso il loro bambino vivrebbe la sua vita, come tutti i coetanei. Invece, a causa dei gravissimi danni neurologici riportati al momento della nascita, il piccolo non cammina autonomamente. Per muoversi, ha bisogno di una carrozzina elettrica. Il momento più atteso e più bello si è tramutato in un tunnel di dolore per una coppia, la cui vita è stata stravolta da un giorno all'altro.

Anche se niente potrà restituire loro la felicità di veder crescere un figlio sano, in sede civile è stata resa giustizia a questi genitori, che hanno ottenuto un risarcimento da un milione di euro in seguito al procedimento intentato contro l'Asl 10. I fatti: era il maggio di 10 anni fa quando Irene (nome di fantasia, ndr.) andò all'ospedale di San Giovanni di Dio per partorire al termine di una tranquilla gravidanza. Arrivata in ospedale, come fa sapere l'avvocato Francesco Cecconi, «nonostante alcuni tracciati evidenziassero

una sofferenza fetale, i medici decisero di attendere la nascita tramite parto naturale, invece che procedere con un taglio cesareo di urgenza». Una decisione, continua il legale, che si è rivelata «fatale» per il nascituro il quale, in assenza di ossigeno, è andato in asfissia. «Tutto questo ha determinato una ipossia cerebrale con conseguente gravissimo danno neurologico nel piccino», riferisce Cecconi.

Il bambino ha un'invalidità permanente pari all'80%, oltre ad una invalidità civile del 100%. «Durante la procedura - fa sapere l'avvocato, - è stata disposta una consulenza tecnica d'ufficio che ha evidenziato l'errore dei sanitari nella valutazione di alcuni tracciati effettuati alcune ore prima del travaglio. Ed è stato appurato che il danno cerebrale è per un quarto imputabile all'errore medico».

«Una piccolissima vittoria - commenta il papà del bambino -. Nessuna cifra renderà mai normale la vita di nostro figlio. Siamo soddisfatti perché è stata riconosciuta una condotta negligente da parte dell'ospedale. Ma la nostra vita rimane complicatissima. Niente è normale per noi».

Elettra Gullè



Una sala operatoria (foto d'archivio)



IL RISARCIMENTO NON FU ESEGUITO IL TAGLIO CESAREO, IL PICCOLO RIPORTO' UN DANNO NEUROLOGICO PERMANENTE

Bimbo disabile per l'errore in sala parto: l'Asl pagherà un milione

UN MALEDETTO errore in sala parto ha sconvolto la vita di una famiglia. Se quel giorno i medici fossero intervenuti con un taglio cesareo, probabilmente adesso il loro bambino vivrebbe la sua vita, come tutti i coetanei. Invece, a causa dei gravissimi danni neurologici riportati al momento della nascita, il piccolo non cammina autonomamente. Per muoversi, ha bisogno di una carrozzina elettrica. Il momento più atteso e più bello si è tramutato in un tunnel di dolore per una coppia, la cui vita è stata stravolta da un giorno all'altro.

Anche se niente potrà restituire loro la felicità di veder crescere un figlio sano, in sede civile è stata resa giustizia a questi genitori, che hanno ottenuto un risarcimento da un milione di euro in seguito al procedimento intentato contro l'Asl 10. I fatti: era il maggio di 10 anni fa quando Irene (nome di fantasia, ndr.) andò all'ospedale di San Giovanni di Dio per partorire al termine di una tranquilla gravidanza. Arrivata in ospedale, come fa sapere l'avvocato Francesco Cecconi, «nonostante alcuni tracciati evidenziassero

una sofferenza fetale, i medici decisero di attendere la nascita tramite parto naturale, invece che procedere con un taglio cesareo di urgenza». Una decisione, continua il legale, che si è rivelata «fatale» per il nascituro il quale, in assenza di ossigeno, è andato in asfissia. «Tutto questo ha determinato una ipossia celebrale con conseguente gravissimo danno neurologico nel piccino», riferisce Cecconi.

Il bambino ha un'invalidità permanente pari all'80%, oltre ad una invalidità civile del 100%. «Durante la procedura - fa sapere l'avvocato, - è stata disposta una consulenza tecnica d'ufficio che ha evidenziato l'errore dei sanitari nella valutazione di alcuni tracciati effettuati alcune ore prima del travaglio. Ed è stato appurato che il danno cerebrale è per un quarto imputabile all'errore medico».

«Una piccolissima vittoria - commenta il papà del bambino -. Nessuna cifra renderà mai normale la vita di nostro figlio. Siamo soddisfatti perché è stata riconosciuta una condotta negligente da parte dell'ospedale. Ma la nostra vita rimane complicatissima. Niente è normale per noi».

Elettra Gullè



FIGLINE SERRISTORI: DENUNCIA COBAS, IL COMITATO DA' BATTAGLIA

«Manca personale in chirurgia»

«DOPO 25 anni di impegno pubblico non possiamo abbandonare la tutela del nostro ospedale». Così Clara Mugnai, leader del Comitato 'Salvare il Serristori' a Figline. La lista non ha conquistato seggi alle comunali, ma Mugnai è sempre combattiva e annuncia: «Saremo un pungolo per istituzioni e partiti».

Il Comitato che si batte contro la chiusura e il depotenziamento dell'ospedale cittadino, adesso continua la propria azione fuori dalle istituzioni attraverso l'apposita associazione. In attesa che la nuova assise cittadina inizi a pieno regime la sua attività, i problemi del Serristori continuano ad aumentare.

L'ultima denuncia dei Cobas riguarda la mancanza di operatori sociosanitari in chirurgia: «E' inaccettabile – attaccano i Cobas – che un oss sia stato assegnato solo all'apertura – anni fa – della *Week surgery* e immediatamente tolto, scaricando nel tempo sugli infermieri ulteriori carichi di lavoro e compiti tipici di un'altra figura professionale con conseguente demansionamento degli infermieri».

Beatrice Torrini





SERVIZIO Ospedale

PIOMBINO

Ginecologo e ostetrica sempre reperibili

ALL'OSPEDALE Villamari il ginecologo e l'ostetrica continueranno ad essere reperibili nei giorni festivi e di notte. Questo è uno dei punti emersi nell'incontro sul piano di potenziamento della sanità nelle Valli Etrusche, che si tenuto tra la direzione della Asl e le organizzazioni sindacali Cgil, Cisl e Uil di Livorno, nel tavolo di confronto che si aperto in seguito alla sospensione dell'attività del punto nascita di Piombino, in attesa della risposta del Ministero.

LA DIREZIONE dell'Asl ha illustrato, ai componenti del tavolo, le procedure adottate per garantire la sicurezza delle donne in gravidanza, precisando e garantendo la presenza del ginecologo e dell'ostetrica. E' stato avanzato un progetto sperimentale, per questa fase, di trasporto sociale per le puerpere proprio per poter permettere alle donne di aver meno disagi. Si è discusso anche degli obiettivi da raggiungere con il piano di sviluppo previsto dalla delibera regionale del 1°luglio scorso, e dell'unificazione degli ospedali di Piombino e Cecina.



TRIBUNALE REFERTO DIMENTICATO PER ANNI IN OSPEDALE. LA BATTAGLIA DEL MARITO

‘Morì di melanoma, potevano salvarla’ I periti accusano l’Asl, che non risarcisce

PACINI ■ Nel QN e a pagina 5

‘Mia moglie morì, c’è un esame fantasma’

La biopsia parlava di melanoma, nessuno la avisò. I periti del tribunale accusano l’Asl

Nel maggio di cinque anni fa moriva Laura Giannoni, 48 anni, vittima di un fatale melanoma, lasciando il marito e tre figli minorenni. Quattro anni prima la malattia era stata scoperta in ospedale durante la rimozione di un neo, ma nessuno la avisò dell’esito dell’esame. Questa è la dolorosa lettera-appello del vedovo Massimo Bardazzi, che combatte da allora in tribunale per avere finalmente giustizia

LAURA GIANNONI

La donna, biologa, lasciò tre figli e il marito, che si batte per ottenere giustizia

QUESTA lettera intende ricordare il drammatico epilogo della vita di mia moglie, Laura Giannoni, madre di tre figli, biologa, deceduta il 2 maggio 2014 a causa di un melanoma maligno, la cui diagnosi istologica era già a disposizione dell’Anatomia Patologica dell’ospedale di Lucca, in quanto ottenuta da un neo escisso per motivi estetici, circa due anni e mezzo prima. Mia moglie non fu avvertita in modo incredibile di questa diagnosi potenzialmente così grave e di conseguenza non le fu consentito di fatto di porre in atto tutti i provvedimenti medico-chirurgici necessari ad assicurarle, con alta probabilità, di salvarsi la vita. Così è scomparsa a 48 anni dopo circa 18 mesi di gravissima sofferenza fisica e psicologica, lasciando con un’angoscia terribile tre ragazzi all’epoca minori e aggiungendo il dolore dell’anima a quello ferace del corpo.

AVREBBE voluto vederli crescere, sapere cosa sarebbero diventati e partecipare alle tappe fondamentali della loro vita, vedere i loro bambini. Questo era il suo strazio più grande. I danni morali che noi quattro abbia-

mo ricevuto sono ovviamente enormi, in particolare a carico dei miei figli che ne sopportano tutt’ora e probabilmente per sempre le conseguenze. Tante anche le difficoltà materiali e organizzative che hanno gravato e gravano giustamente sulle mie spalle. Le conclusioni dei periti indipendenti nominati dal Tribunale di Lucca dopo il nostro ricorso (CTU su procedimento ex art. 696 bis) hanno definito in maniera incontrovertibile questa colposa omissione di comunicazione e catena di negligenze come “causa determinante del successivo decesso”, eppure la controparte (ASL nord ovest) insiste tuttora senza alcun elemento, anche in sede regionale, su una generica “riduzione di chance di sopravvivenza”, non supportata in alcun modo dalla documentazione clinica e dalle conclusioni peritali, al fine di limitare l’entità del risarcimento e ritardarne l’erogazione, senza tener in conto l’aspetto umano della vicenda alla luce della sua acclarata responsabilità.

DOPO anni di tattiche dilatorie, con offerte all’inizio addirittura offensive,

continua ad esserci negato un decoroso risarcimento extragiudiziale, costringendoci ad andare al processo e attendere probabilmente altri anni ancora in una situazione di crescente difficoltà economica. Questo, a nostro modo di vedere, nega di fatto la filosofia della legge Gelli-Bianco (Gazzetta Ufficiale, serie Generale, n. 64 del 17 marzo 2017), che si propone di ridurre la conflittualità in materia sanitaria e di evitare quando possibile costose e lunghissime sequele giudiziarie. Aspetto non secondario, questo comportamento espone la Pubblica Amministrazione ad una richiesta di danno erariale da parte della Corte dei Conti nel caso di un esito sfavorevole che, stante i fatti, sembra l’ipotesi più probabile. Quello che chiediamo, dunque, è che venga resa giustizia a Laura attraverso un doveroso, dignitoso e non ulteriormente procrastinato risarcimento per i nostri tre figli i quali, nonostante la forza, il coraggio e la dignità espressi in questi anni, hanno subito questo enorme, irreparabile e purtroppo evitabile dolore.

Massimo Bardazzi





IL DIRITTO ALLA SALUTE DA LUNEDÌ SCATTANO I CODICI, L'1 E IL PIÙ GRAVE

Pronto soccorso, arrivano i numeri Un piano milionario per il Policlinico

TOMASSONI ■ Alle pagine 2 e 3

Pronto soccorso, numeri al posto dei colori

Da lunedì la svolta che prevede percorsi in base alle risorse necessarie per il trattamento

LE PRIORITÀ

I codici andranno da 1, il più grave, dell'emergenza a 5, quello della non urgenza

CODICI colore sostituiti da codici numerici, assegnati dall'infermiere dell'accettazione-triage in base alle condizioni cliniche del paziente, al rischio evolutivo, ai bisogni assistenziali e all'impegno di risorse stimato per il trattamento. Non una semplice accettazione, dunque, ma una presa in carico del paziente con immissione in un percorso di cura ad hoc e interdisciplinare. E' la rivoluzione del Pronto soccorso dell'Azienda ospedaliera universitaria Senese, attiva da lunedì prossimo. Una svolta in adeguamento alla delibera della Regione Toscana sui 'Percorsi omogenei in Pronto Soccorso': ad aprire la strada è stato l'ospedale fiorentino di Careggi. E da lunedì prossimo toccherà a Siena adottare il nuovo modello, che ruota attorno al percorso assistenziale: parte dall'infermiere del triage e coinvolge tutte le specialistiche, attraverso un iter interdisciplinare:

«Dobbiamo dare la migliore risposta assistenziale, nel più breve tempo possibile», va ripetendo il direttore generale delle Scotte Valter Giovannini. Questo si ha attraverso l'adozione delle migliori tecnologie nel percorso di cura e di interi team di professionisti: fondamentale nella valutazione del caso è l'impegno stimato di risorse.

«I **DATI** del nostro Pronto Soccorso sono costantemente in crescita, specie per quanto riguarda il numero degli accessi annui – ha dichiarato il direttore generale Valter Giovannini –. Del resto, questo non è solo il Pronto Soccorso di Siena, ma di tutta l'Area Vasta: su oltre 64 mila accessi, 44mila provengono dall'Area Senese e oltre 20mila da fuori. Iniziamo così una serie di investimenti volti a potenziare la struttura dal punto di vista organizzativo, tecnologico, informatico e specialistico».

I codici numerici che sostituiranno i codici colore (rosso, giallo, verde, blu e bianco) andranno da 1, il più grave quello dell'emergenza, a 5, quello della non urgenza. La sostituzione non rappresenta però

un'esatta corrispondenza visto che, per i codici intermedi (soprattutto il 3 e il 4), verranno attivati diversi percorsi assistenziali, appropriati e coerenti con le esigenze di salute del paziente.

«E' **L'INIZIO** – spiega il professor Sabino Scolletta, direttore Dipartimento di Emergenza-Urgenza – di un percorso ben più lungo e articolato per l'implementazione e il rafforzamento dei percorsi già esistenti, come ad esempio per i codici 1 e 2 per le patologie di emergenza e tempo-dipendenti, insieme ad altri in corso di attivazione per le urgenze differibili, minori e le non urgenze». «Affiancare la stima delle risorse e dei bisogni a criteri clinici indirizzerà il paziente verso percorsi specifici e condivisi sin dal triage – aggiunge il dottor Giovanni Bova, direttore del Pronto Soccorso –. Ai codici numerici corrispondono percorsi ad alta, media e bassa intensità».

Previste, tra le novità, anche l'introduzione del Team di valutazione rapida e dei cosiddetti 'Fast track' e 'See and treat' per il trattamento delle urgenze minori.

p.t.





Focus



Focus

Infermiere al triage La figura centrale

IL nuovo modello ha visto forti investimenti per l'attivazione di un nuovo software e la formazione del personale. Alla presentazione hanno partecipato il coordinatore infermieristico Rodrigo Lopez Pollan e l'infermiere e formatore di triage Massimo Minelli: «Ciò che cambia è il percorso di presa in carico del paziente: l'obiettivo è offrire migliore accoglienza e umanizzazione». Lunedì, per il passaggio dal vecchio al nuovo software nelle prime ore del mattino, ci sarà una sospensione del sistema informatico, con possibili rallentamenti.

Una rivoluzione annunciata dalla Regione

LA svolta del Pronto soccorso delle Scotte arriva in adeguamento alla delibera della Regione Toscana che indica 'Percorsi omogenei in Pronto Soccorso'. Il nuovo modello organizzativo prevede la sostituzione dei codici colore con codici numerici e percorsi assistenziali

VALTER GIOVANNINI



Il direttore generale sentenzia la «fine della stagione dell'inappropriatezza: chi entra in pronto soccorso deve avere risposta in breve tempo. Non aumentiamo oggi l'organizzazione ma la capacità di capire i bisogni».

ROBERTO GUSINU



Il direttore sanitario: «E' il primo passo di una serie di azioni volte a migliorare la risposta sanitaria, a seconda delle esigenze, non solo cliniche, ma anche dei bisogni del paziente e delle risorse per la cura»

SABINO SCOLLETTA



Direttore Dipartimento Emergenza Urgenza: «Implementiamo così i percorsi già esistenti, come per i codici 1 e 2, dal trauma alla sepsi, infarto del miocardio, scompenso cardiaco acuto, insufficienza respiratoria, ictus»



TRIAGE L'accettazione del Pronto soccorso al Policlinico Le Scotte

L'ANALISI IL LUNEDÌ È IL GIORNO CON PIÙ INGRESSI. I PIÙ FREQUENTI SONO CODICI VERDI E AUTOPRESENTAZIONI

Cifre sempre in crescita, oltre 60mila accessi all'anno

PRESA in carico del paziente in base alle condizioni cliniche ma anche alle risorse che saranno impiegate per l'assistenza. La finalità è sempre dare la migliore risposta nel tempo più breve: le attese al pronto soccorso sono il nodo da cui tutto parte. La svolta del pronto soccorso è così circoscritta. «L'introduzione dei nuovi codici numerici – ha sottolineato il direttore sanitario Roberto Gusinu – è il primo passo di una serie di azioni volte a migliorare la risposta sanitaria, orientandola a seconda delle esigenze, non soltanto cliniche, ma anche dei bisogni del paziente e delle risorse necessarie per il suo trattamento» introduce infatti Roberto Gusinu, direttore sanitario delle Scotte. Cui fa eco il direttore Valter Giovannini che ricorda che «risorse e struttura di oggi sono pensate per massimo 45mila accessi l'anno, invece Le Scotte ne vedono addirittura 64mila».

E' ancora il direttore sanitario Gusinu a snocciolare i numeri: «Se nel 2017 gli accessi sono stati 62.594, nel 2018 c'è stato un sensibile aumento, con 64.168 accessi e il trend per il 2019 si conferma ancora in crescita, con già oltre 39mila accessi tra gennaio e luglio 2019. E dall'analisi dei dati di accesso tra il 1° gennaio 2018 e il 26 settembre 2019 è emerso che il giorno di maggior afflusso è il lunedì e quello con minori presenze la domenica, i tempi di attesa sono assolutamente in linea con gli standard regionali e la modalità di accesso principale è l'autopresentazione. Su un totale di 112.929 accessi infatti, 81.827 sono autopresentazioni e di queste ben 70.730 sono dimissioni a domicilio, senza ricovero quindi, un dato significativo che indica quanto incida la presenza di codici minori (il 75%) nella richiesta assistenziale».



Ospedale nuovo Piano in 5 anni da 250 milioni

L'ATTESA

**A giorni la delibera
della Regione con l'atto
per gli stanziamenti**

«**NON GUARDIAMO** a spese. Chi entra in ospedale ha un bisogno al quale noi dobbiamo dare una risposta. E ogni cittadino qui è un cittadino: non ci interessa la media, noi vogliamo rispondere a tutti». E' la filosofia di lavoro di Valter Giovannini, direttore generale del policlinico Le Scotte. 'Parole volanti' si direbbe. Ma qui parlano i fatti. In quattro mesi l'Azienda ospedaliera ha inaugurato il nuovo reparto di Immunoterapia oncologica (a maggio); il Centro per l'educazione e la riabilitazione visiva in oculistica (4 luglio); la nuova area ambulatoriale della fisiopatologia e riabilitazione respiratoria (6 agosto). Ieri la presentazione della riorganizzazione del pronto

soccorso. Sono tappe di un percorso serrato che mira al recupero dei tanti spazi interni e alla riorganizzazione delle attività.

Un percorso che per essere portato a termine ha bisogno di idee chiare, ma soprattutto di tanti soldi. Che a questo punto dovrebbero essere 'in arrivo', o almeno sulla strada fra Firenze (la Regione) e Siena. E lui, Valter Giovannini, per svelare gli interventi per il policlinico senese, aspetta la delibera della Regione sul nuovo piano degli investimenti per la sanità toscana. Una delibera attesa in giunta in questi giorni: era stata la stessa Stefania Saccardi, assessore regionale, a margine di un taglio del nastro a Siena, ad annunciare che a settembre sarebbe stato portato in giunta un piano da 1,4 miliardi di euro. «Questa azienda ospedaliera avrà un buono spazio - aveva detto la Saccardi -. Qui si tengono in-

sieme cura, ricerca e professionalità, ai massimi livelli. Confermo l'attenzione della Regione, che sempre più guarda a Siena».

EBBENE settembre è agli sgoccioli e l'attesa c'è. Se oggi il dg non parla, il messaggio però a Firenze è chiaro: «Nella sanità toscana non è più tempo di buoni propositi, ma di progetti cantierabili e questo ospedale deve essere completamente ridisegnato - aveva detto qualche tempo fa Giovannini -. Nato con una suddivisione per aree specialistiche, oggi è superato: il futuro è in una logica interdisciplinare. Abbiamo presentato un disegno generale che vale 250 milioni di euro in un piano quinquennale di investimenti. La nostra capacità di spesa è di 30-35 milioni di euro di opere l'anno. A partire dal nuovo ingresso».

Paola Tomassoni

GIOVANNI BOVA



Il direttore del pronto soccorso:
«Affiancare la stima delle risorse e bisogni a criteri clinici indirizzerà il paziente in percorsi specifici. Questa nuova organizzazione coinvolge tutti i professionisti di tutto l'ospedale»





UN PIANO AMBIZIOSO Il Policlinico Le Scotte aspetta i 250 milioni dalla Regione per una ristrutturazione complessiva



LA PRESENTAZIONE I protagonisti della conferenza sulla svolta al Pronto Soccorso. Con

IL CASO IL TAR BLOCCA LA CAUSA CONTRO IL CONCORSO UNIVERSITARIO

Ginecologia, respinto il ricorso

E' STATO respinto dal Tar per motivi formali il ricorso presentato dal professor Vincenzo De Leo contro l'esito del concorso bandito dall'Università di Siena per la cattedra di ginecologia e ostetricia e la sostituzione alla direzione del reparto ospedaliero del primario Felice Petraglia. Un ricorso che in realtà intendeva impugnare la graduatoria stilata dalla commissione del concorso in base alla quale il rettore Francesco Frati aveva comunicato l'insediamento del vincitore, il professor Errico Zupi.

«La motivazione con cui il Tribunale ha rigettato il ricorso è perché questo è stato fatto oltre i 60 giorni dalla pubblicazione della graduatoria – spiega il professor De Leo–. Un vizio formale dunque. La mia intenzione è proseguire. Sono direttore dell'Uosa di ginecologia procreazione medicalmente assistita, già direttore di scuola di specializzazione e fra 3 anni andrò in pensione: la mia è una battaglia di principio. Non si può imporre qualcuno, senza i requisiti di continuità assistenziale. Il professor Zupi, infatti, è docente di prima fascia ma il dottor Severi è ancora facente funzione di direttore di ginecologia».



INDAGINE

Alzheimer
L'assistenza
da 70mila euro

PER OLTRE un senese su tre (39%) assistere un familiare con l'Alzheimer ha il suo impatto più forte, provante, e complesso da gestire, sulla sfera psicologica ed emotiva. E al 22% dei senesi intervistati preoccupano le ripercussioni economiche. Sono alcuni dati che emergono dall'indagine condotta dall'istituto di ricerca Nextplora (su un campione rappresentativo della popolazione italiana), per conto dell'Osseervatorio di Reale Mutua assicurazione, in occasione del mese dell'Alzheimer.

Il faro è stato acceso sui caregiver, coloro che si prendono cura di persone con Alzheimer, che spesso sono gli stessi familiari, e su come i senesi percepiscano l'assistenza da loro prestata, tra ruoli, difficoltà e bisogni.

LA RICERCA dice innanzitutto che in Italia sono 600.000 le persone che soffrono di Alzheimer. Oltre agli impatti psicologici, il 22% dei senesi menziona le ripercussioni sulle disponibilità economiche derivanti dai costi di cura e assistenza. Dati che trovano conferma in una ricerca Censis-Ai-

ma, che ha quantificato a livello nazionale i costi diretti dell'assistenza in oltre 11 miliardi di euro, di cui il 73% a carico delle famiglie. Un costo annuo medio, per paziente, di 70.000 euro.

L'aspetto più difficile da gestire assistendo un familiare con Alzheimer è il cambiamento nella relazione (33%), seguito dal rischio che il paziente possa far male a se stesso o agli altri (16%). Ma quali sono i campanelli d'allarme del manifestarsi della malattia? I più caratteristici sono l'incapacità di svolgere azioni abituali (25%), quella di ricordare posizioni di oggetti dentro casa e la dimenticanza dei nomi dei familiari (22%). Segue il disorientamento spazio-temporale. Per sostenere l'attività dei caregiver, oltre un senese su due opterebbe per servizi di assistenza domiciliare (55%), magari integrati da attività presso centri diurni (53%). Per affrontare e gestire con efficacia gli impatti psicologici, il 68% si rivolgerebbe infine a uno psicologo o psicoterapeuta, magari ricorrendo ad associazioni dedicate.



«Sulla psichiatria il sindaco continua a non dire nulla»

Il Laboratorio Riformista e Sinistra italiana vanno all'attacco sul servizio che non avverrà più di notte e nei giorni festivi

ORBETELLO. «Cambiano gli orchestrali, ma la musica non cambia. Ancora una volta, i cittadini dell'area sud vengono penalizzati dai tagli alla sanità».

Il Laboratorio Riformista di Orbetello dice la sua sulla psichiatria che non avrà più il servizio di notte e nei festivi nelle Colline dell'Albegna.

«Il direttore generale **Antonio D'Urso** definisce il taglio del servizio con il termine di "riorganizzazione" – dicono dal Laboratorio – perché lo specialista sarà sempre presente, anche di notte e nei festivi, ma solo all'ospedale di Grosseto. Ancora una volta si affrontano i problemi dei servizi socio/sanitari a senso unico non ponendosi minimamente dalla parte delle famiglie e dei malati e non considerando il disagio e i costi aggiuntivi di chi hanno bisogno. Appare inoltre deprecabile – ag-

giungono – il comportamento del sindaco **Andrea Casamenti**, che come presidente dell'organo di rappresentanza dei sindaci dell'area sud/est continua a non vedere, non sentire e non parlare».

Contro il sindaco di Orbetello si scaglia anche Sinistra Italiana Federazione di Grosseto e Orbetello.

«Di fatto, dopo aver perso il punto nascita, i posti letto in pediatria, il reparto di psichiatria, il primario di chirurgia, i 4 milioni di euro per il nuovo distretto sanitario adesso assistiamo al ridimensionamento degli psichiatri di notte e il sabato e la domenica. Di fatto a Orbetello sono previsti sette psichiatri – spiegano – ma in realtà ce ne sono cinque in continuo cambiamento e allora non si interviene mettendo nuovi medici ma si taglia il servizio. Tutto questo avviene con il preoccupante silenzio del sindaco di Orbetello. Un sindaco deve difendere i servizi sanitari del suo territorio». —

I.A.



L'ospedale San Giovanni di Dio di Orbetello



LE RASSICURAZIONI DELL'ASL

«Ginecologo e ostetrica sia nei festivi che di notte»

PIOMBINO. «A Villamarina il ginecologo e l'ostetrica continueranno ad essere reperibili nei giorni festivi e di notte». È quanto si legge in una nota dell'Asl secondo cui «questo è uno dei punti emersi nell'incontro sul piano di potenziamento della sanità nelle Valli Etrusche, che si è tenuto martedì scorso tra la direzione della Asl e Cgil, Cisl e Uil di Livorno, nel tavolo di confronto aperto in seguito alla sospensione dell'attività del punto nascita di Piombino, in attesa della risposta del Ministero. La direzione dell'Asl ha illustrato, ai componenti del tavolo, le procedure adottate per garantire la sicurezza delle donne in gravidanza, precisando e garantendo la presenza del ginecologo dell'ostetrica».

In quella sede «è stato avanzato un progetto sperimentale per questa fase – prosegue la nota – di trasporto sociale per le puerpere proprio per poter permettere alle donne di aver meno disagi. Sempre nella stessa riunione si è discusso anche degli obiettivi da raggiungere con il piano di sviluppo previsto dalla delibera regionale del 1° luglio, e dell'unificazione degli ospedali di Piombino e Cecina. Il presidio unico integrato permetterà di mettere in atto una programmazione che valorizzi le professionalità presenti nei due presidi e, soprattutto, garantisca servizi equi alla popolazione dei diversi territori».

«Gli obiettivi del piano – è la conclusione – continueranno a essere oggetto di confronto con le parti sociali fino alla loro stesura definitiva, che seguirà tutti i passaggi istituzionali. –



L'influenza sarà di media entità, ma è sempre consigliabile vaccinarsi

Sarà un'influenza di media entità come lo scorso anno (1 caso su 10 in Val di Cornia ed Isola d'Elba). Ma il dato però più importante si dimostrerà essere il cospicuo numero di decessi (nel 2018 circa 8 mila a livello nazionale).

Non è una contraddizione. Su una persona apparentemente sana, il virus colpisce, ma passa. Il discorso cambia davanti ad una condizione di salute critica come le malattie di cuore, il diabete (5%),

situazioni immunologicamente depresse quali i trapiantati d'organo (4 mila nuovi casi l'anno), i dializzati. Fragili sotto il profilo difensivo, non sono in grado d'opporre una valida risposta immunitaria. Si concretizza così un progressivo coinvolgimento di organi ed apparati, capaci di portare anche a morte.

Ed a questo, ha fatto riferimento la Regione Toscana presentando a Siena, in occasione della "Giornata Mondiale della Sepsis", il proprio Pia-

no organizzativo, un'integrazione coordinata di più specialità mediche, così da concretizzare l'impegno d'informazione, il diffondersi della cultura della prevenzione. Messaggi semplici, quanto incisivi come la corretta igiene delle mani, l'estendersi della vaccinazione, la diffusione delle metodiche di laboratorio, in modo da facilitare la selettività delle scelte terapeutiche ed evitare le resistenze all'azione degli antibiotici. —

Gian Ugo Berti



I segreti dell'oro liquido spiegati dai medici di Aigo

Le acque sono tutte uguali? È meglio bere a digiuno o durante il pasto? Queste e altre domande a cui sarà data risposta alle Terme Tettuccio

MONTECATINI. Le acque sono tutte uguali? Meglio bere a digiuno o durante il pasto? Questi e altri quesiti saranno affrontati nella tavola rotonda organizzata al Festival della Salute di Montecatini Terme dalla Associazione Italiana Gastroenterologi ed Endoscopisti Digestivi Ospedalieri (Aigo) che, in occasione del suo cinquantesimo anniversario ha predisposto un ricco calendario di eventi formativi e divulgativi. L'appuntamento è domenica 29 settembre alle 11.30 presso lo stabilimento termale Tettuccio. Al centro del dibattito, il benessere nell'acqua: esperti e pubblico a confronto. L'obiettivo è sensibilizzare e informare sul tema della salute alimentare: dopo l'iniziativa dedicata al "cibo da strada" di Palermo di sabato scorso, è l'acqua a diventare protagonista domenica a Montecatini Terme, città delle acque per antonomasia.

La tavola rotonda sarà presieduta dal sindaco di Montecatini, **Luca Baroncini**, e dal presidente Aigo, dottor **Giuseppe Milazzo**. Un passaggio interessante sarà quello dedicato al benessere intestinale e

al microbiota. Inoltre si ricorderà il cinquecentenario dalla scomparsa di Leonardo da Vinci, con i suoi studi celebri sull'acqua condotti a pochi Km di distanza dalla città termale.

«Ancora una volta, dopo gli Stati Generali Aigo dello scorso anno, la nostra città sarà la casa madre della gastroenterologia - afferma il sindaco **Baroncini** - Ho accolto volentieri l'invito a presiedere una tavola rotonda scientifica e divulgativa di alto livello focalizzata sull'acqua: è il nostro "oro liquido" di cui dobbiamo rimpossessarci e che dobbiamo valorizzare. Questi momenti di aperto confronto tra specialisti e pubblico sono estremamente efficaci e sempre più richiesti dalla popolazione. Ringrazio i dottori **Paolo Montalto**, del direttivo nazionale Aigo, e ad **Alessandro Natali**, responsabile della Gastroenterologia dell'Usl per aver organizzato questo evento».

«Aigo è da sempre impegnata nella promozione del corretto stile di vita e della buona alimentazione in termini di prevenzione: sono argomenti di grande importanza e impatto sulla popolazione», spiega il presidente **Milazzo**.

Al termine della tavola rotonda gli esperti Aigo si terranno con il pubblico in una discussione libera e aperta. —



Il Festival della salute

Cinquanta convegni e trenta associazioni

Ecco i numeri dell'evento che comincia oggi alle Terme Tettuccio con un incontro sui disturbi dell'alimentazione

**Parteciperà
il viceministro Sileri
con le senatrici
Bini e Rizzotti**

MONTECATINI. Pronti. Attenti. Via! Preparate le scarpette, quelle della palestra vanno bene. Tenete pronta la maglietta leggera. Ci sarà da correre al Festival della Salute di Montecatini. Intanto però si va a incominciare. Da oggi 27 settembre fino a domenica 29, alle Terme del Tettuccio, una marea di eventi inonderà la città all'insegna della salute comunicata e resa comprensibile alle orecchie di tutti, scuole e famiglie. Diamo subito un po' di cifre: cinquanta convegni, venticinque temi diversi, oltre trenta tra associazioni ed enti coinvolti.

La kermesse inizia con una tavola rotonda a prima vista molto impegnativa, di carattere istituzionale. Tema: i disturbi dell'alimentazione e della nutrizione. L'evento si tiene oggi alle ore 16 nell'Arena centrale. Parteciperà il neo viceministro della Salute **Pierpaolo Sileri**, insieme alle senatrici **Caterina Bini** e **Maria Rizzotti**, prime firmatarie dei Disegni di legge 903 e 189 in materia di disturbi dell'alimentazione e della nutrizione. Parleranno anche psichiatri, psicoterapeuti del Servizio sanitario nazionale e professori de La Sapienza di Roma. L'evento è di carattere istituzionale, ma ci si aspetta che gli venga dato un taglio più divulgativo. Perché sono le ragazze nella fase dell'adolescenza a finire sotto la lente d'ingrandimento. Si parlerà di bulimia, di anoressia. Di giovani donne che non riescono a stare dentro il proprio corpo nella vita quotidiana con tutta la pubblicità e le sfilate di moda che si sorbiscono guardando la tv. Una donna filiforme, una donna che per essere bella deve portare la taglia 36 o è fuori. E la platea in sala sarà variegata.

Dai disturbi dell'alimentazione alle malattie rare. Come

individuare prima con una diagnosi precoce. La Regione Toscana ha un numero telefonico a cui rivolgersi. Il numero verde è l'800880101, attivo dalle 9 alle 18, dal lunedì al venerdì. Al Festival della Salute, invece, affrontano il tema con un convegno del Forum Associazioni toscane malattie rare. Si tiene domani alle 15.30 nella Sala Portoghesi. «E ci sarà una riflessione anche su coloro che dedicano la vita all'accudimento del malato raro», dice **Guido Barros**, presidente del Forum Atmr. Focus dunque su un punto di vista diverso rispetto al malato, quello di chi lo cura. Tra i relatori: **Giancarlo La Marca**, direttore del Laboratorio di Screening Neonatale del Meyer, e **Caterina Ceccuti**, vicepresidente Voa Voa! Onlus, per il progetto pilota delle Leucodistrofie.

Ora bisogna tirare il fiato dopo tanto impegno. E le iniziative leggere non mancano mica. Tipo l'evento "Connesso ma sconnesso", domani mattina alle 9,15 nell'Area laboratori. Per una volta i cellulari verranno messi da parte. I bambini rimarranno sconnessi e si potranno sbizzarrire per un'ora e mezza lavorando la creta. Poi ne parleranno tutti insieme con le psicologhe **Maila Coltelli** e **Michela Manfredi**. Segnatevi anche l'evento all'insegna del buon cibo a chilometro zero. Slow Food Valdinievole, Mercato della Terra Montecatini e Pizzoteca Montecatini offrono la degustazione dei prodotti locali. C'è da scommettere che ci sarà da leccarsi i baffi con il pane fatto con le farine antiche, i formaggi e i vini di Montecarlo. Tutto gratis. L'appuntamento è domani, alle 18,30, Sala Regina.

Ma la domenica è tutta la famiglia che si mette a correre. Figli, genitori, nonni. Con la Run Generation a cura di Lilt Pistoia e Msp Italia. Fatevi trovare vestiti sportivi alla Pineta delle Terme, ore 9,30. —

Samuele Bartolini



**OGGI**

È atteso Sileri il viceministro

Il viceministro Pierpaolo Sileri sarà oggi a Montecatini per la giornata inaugurale del Festival della Salute: parteciperà a un incontro dedicato ai disturbi dell'alimentazione. Numerosi gli appuntamenti del Festival in programma fino a domenica.

IL LIBRO

Fausto Bonsignori racconta cosa è il benessere termale

Edito dalla Ets, il volume dello specialista in idrologia viene presentato oggi alle 18.30 all'Arena Centrale del Festival della Salute

MONTECATINI. Si intitola "Benessere termale" Edizioni Ets, il libro di **Fausto Bonsignori**, docente e medico specialista in idrologia medica e medicina termale con una grande esperienza come direttore sanitario e consulente di centri termali e talassoterapici, che sarà presentato oggi alle 18.30 al Festival della Salute di Montecatini Terme, Arena Centrale.

Un libro che, partendo dal fatto che i centri termali grazie alla "magia" delle acque sono un luogo privilegiato per combattere lo stress e per il recupero delle energie psicofisiche, possono avere un ruolo molto importante anche dal punto di vista medico.

Infatti, il titolo "Benessere termale" indica che le terme sono molto di più e rappresentano una medicina del benessere, insieme alla medicina este-

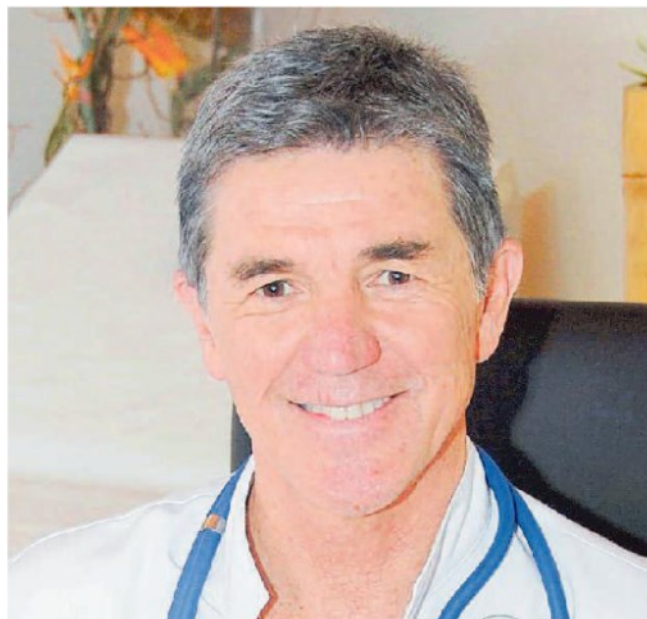
tica ed alla medicina sportiva, e quindi una delle nuove e più interessanti indicazioni terapeutiche.

Un volume quindi di grande interesse per gli "addetti ai lavori", ma altrettanto accattivante per chi vuole un'informazione completa sul mondo del termalismo, che qui troverà informazioni scientifiche esposte però in maniera comprensibile e molto gradevole.

Grazie a illustrazioni e schemi che ne facilitano la lettura, sono riportate le proprietà delle acque termali, le principali località termali della penisola e le loro specializzazioni, il rapporto tra terme e Servizio Sanitario Nazionale, la preparazione richiesta ai medici termali.

«Negli ultimi anni – spiega Bonsignori – si parla di benessere termale intendendo il miglioramento soggettivo dello stato di benessere ed oggettivo dei parametri ad esso collegati grazie al valore aggiunto dei trattamenti termali, effettuati in ambiente termale, sotto controllo medico». –

BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI



Il dottor Fausto Bonsignori



PESCIA

Vede morire la figlia partorita da due ore L'Asl: «Inspiegabile»

Dramma all'ospedale Santi Cosma e Damiano, genitori annichiliti

Una neonata è morta ieri mattina all'ospedale Santi Cosma e Damiano di Pistoia due ore dopo il parto. Ne ha dato notizia l'Asl Toscana Centro nel pomeriggio, spiegando che si è trattato di un evento al momento senza spiegazioni. La bambina era in braccio alla madre, che si trovava ancora nella sala parto/travaglio quando ha visto la bambina perdere conoscenza e ha chiamato i soccorsi. Tutti gli sforzi di medici e

infermieri però si sono rivelati vani e non è rimasto che dichiarare il decesso della piccola. L'Asl ha avviato la procedura del rischio clinico per capire che cosa possa essere successo. La gestazione, il travaglio e il parto, che è stato fisiologico, ha spiegato ancora l'Asl, non avevano creato nessun particolare problema e solo nei prossimi giorni si potranno conoscere le cause della morte.

NENCIONI E TRIVIGNO / INCRONACA

PESCIA

Dramma all'ospedale, neonata muore in braccio alla madre a due ore dal parto

Annichiliti i genitori, trentenni residenti in Valdinievole. L'Asl parla di condizioni che si sono «inspiegabilmente aggravate»

La direttrice del presidio: «Nessuna avvisaglia di quello che sarebbe successo»

PESCIA. Dalla gioia più grande al più grande dolore. Tutto nel giro di due ore. Tante ne sono passate dalla nascita di una bambina nel reparto di Ostetricia dell'ospedale Santi Cosma e Damiano all'improvvisa tragedia, quando la neonata è morta all'improvviso senza che i medici riuscissero a fare niente per salvarla, sotto gli occhi dei genitori disperati.

È successo ieri mattina al Punto nascita dell'ospedale pesciatino e nel pomeriggio è stata la stessa Asl Toscana Centro a darne notizia in un comunicato.

Quando è accaduto l'irreparabile la bambina era in braccio alla madre. Insieme al marito, la donna si trovava ancora nella sala travaglio/parto e aveva appena iniziato a familiarizzare con la sua nuova creatura quando si è accorta che la piccola respirava a fatica e aveva perso conoscenza.

In casi del genere non c'è un posto più indicato di un reparto di Ostetricia per ottenere soccorsi immediati, ma questi evidentemente non sono stati sufficienti a salvare la vita alla piccola.

«Le condizioni cliniche si sono improvvisamente ed inspiegabilmente aggravate – spiegherà più tardi la nota dell'Asl Toscana Centro – dal momento che tutto, fino a quel momento, si era svolto regolarmente: il parto era stato fisiologico e i parametri vitali rilevati alla neonata tutti nella norma». «Mentre veniva attivato dai sanitari il trasporto neonatale protetto "Cicogna" – spiega ancora l'Asl – gli anestesisti, in collaborazione con l'équipe di sala parto, ostetriche, ginecologo, infermiere e pediatra, praticavano le manovre rianimatorie intensive che purtroppo sono risultate inutili. L'Azienda Sanitaria ha attivato il responsabile aziendale del rischio clinico che a sua volta ha attivato la procedura di pre-analisi. È stato inoltre attivato il supporto psicologico per i familiari».

Ora però bisognerà capire che cosa è successo. Quali cause abbiano provocato il decesso della neonata a due sole ore dal parto. I genitori, una coppia di trentenni residenti in Valdinievole, sono annichiliti e sono rimasti fino a tarda sera all'interno del reparto per il sostegno psicologico, sì, ma anche per parlare coi medici di quello che può essere successo.

Medici che al momento sembrano non averne idea. Bisognerà attendere l'accertamento diagnostico che in questi casi viene sempre disposto dall'ospedale o l'eventuale autopsia se i genitori decideranno di rivolgersi alla magistratura per far luce sulle cause del decesso. Una cosa che al momento, confermano le forze dell'ordine,



non è stata fatta. Anche perché, come detto, durante il travaglio e il parto non sembra che sia accaduto nulla di strano. La stessa direttrice dell'ospedale **Sara Melani** non vorrebbe aggiungere altro, ma conferma che si è trattato di «un evento senza alcuna avvisaglia» e che da quando lei dirige il Ss Cosma e Damiano non era mai successa una cosa del genere.

Dall'ospedale fanno sapere che la donna che ha partorito ieri era al suo primo parto e che la gestazione non aveva dato alcun problema particolare. Le doglie erano arrivate al momento giusto e il parto non avrebbe presentato particolari difficoltà.

Sono tutte circostanze che oggi e nei prossimi giorni probabilmente verranno chiarite meglio, sia che i genitori decidano di interessare la magistratura, sia che sia la stessa Asl a dare risposte in base ai risultati della procedura legata al rischio clinico. I genitori si sono chiusi nel silenzio e sanno che comunque vada nessuno potrà rendere loro una creatura che hanno aspettato per nove mesi senza immaginare un finale così amaro. —

Paolo Nencioni
Martina Trivigno



A destra l'ingresso dell'ospedale Santi Cosma e Damiano di Pescia dove si è verificato il decesso della neonata, ieri mattina, per cause ancora da chiarire. In alto l'ingresso del reparto di Ostetricia e Ginecologia (FOTO NUCCI)

Nascite in calo al Cosma e Damiano Nel 2018 ci si è fermati a quota 606

Il punto nascita di Pescia era stato recentemente ristrutturato, come spieghiamo nell'articolo qui sotto, ma i numeri delle nascite fanno sorgere qualche interrogativo, se è vero quanto riportato lo scorso 4 maggio dal sito ilcittadinopescia.it, che rimarcava come il numero dei nati fosse passato dai 622 del 2017 ai 606 del 2018. Uno scostamento statisticamente poco rilevante, se non arrivasse dopo altri numeri relativi alle nascite negli anni precedenti. Nel 2011 i parti furono quasi 1.100, nel 2012 nacquero invece 1.064 bambini, l'anno successivo 925, e nel 2014 i nati furono 874, nel 2015 ci si fermò a 743 e nel 2016 furono 675. Dunque una progressiva riduzione che a un certo punto ha fatto temere anche la chiusura del reparto. Per l'azienda sanitaria il calo del 2018 era «in parte spiegabile anche con il fatto che il reparto a novembre è rimasto chiuso per cinque giorni».



IL PUNTO NASCITA

Un reparto all'avanguardia inaugurato un anno e mezzo fa

PESCIA. Un fiore all'occhiello. Così è stato definito il nuovo Punto Nascita dell'ospedale Ss Cosma e Damiano di Pescia il giorno in cui fu inaugurato il 19 aprile 2018. Una definizione che certo non verrà inficiata da questo tragico episodio ancora tutto da verificare. All'apertura, col vescovo di Pescia al taglio del nastro, c'erano anche l'assessore regionale alla salute e sociale **Stefania Saccardi**, oltre a tutti i dirigenti dell'azienda Usl Toscana Centro, lo staff al completo del nuovo reparto, i sindaci della Valdinevole, politici e consiglieri regionali pistoiesi. Un reparto moderno, con innalzamento notevole degli standard qualitativi, che soprattutto era voluto e richiesto da tempo dalla comunità pesciatina, un anno e mezzo fa, in cui si parlava in prevalenza solo di tagli, con strascichi polemici politici annosi. L'area interessata alla ristrutturazione ha riguardato circa 400 metri quadrati, dove so-

no stati anche realizzati i nuovi impianti elettrici e speciali, come quelli per il trattamento dell'aria in grado di garantire un elevato livello di filtrazione e del numero di ricambi. La spesa complessiva dell'intero intervento è stata di 1 milione di euro. La struttura ha tutti i comfort necessari e consente a mamme e neonati un clima di maggiore intimità, dispone di ampi luminosi spazi che accolgono oltre alle camere di degenza, ambulatori, ginecologico e pediatrico, la stanza per il monitoraggio e i locali per il personale ostetrico. Tra le novità del Punto Nascita l'accesso diretto dal reparto alla sala parto che, al suo interno, dispone di tre sale travaglio con differente colorazione (verde, gialla e pesca) per caratterizzare le diverse possibilità che vengono offerte alle donne per far nascere il loro bambino: dal travaglio in doccia, all'aromatoterapia, dalla musica ai tappeti per il rilassamento. —

F.A.



L'inaugurazione del Punto Nascita con l'assessore Saccardi



SANITÀ

L'oncologo Angelo Di Leo ottiene un premio europeo

Il primario dell'ospedale Santo Stefano è uno dei due italiani ad aver ricevuto un importante riconoscimento a un congresso di Barcellona

PRATO. Il pratese **Angelo Di Leo** e **Cristiana Sessa**, dell'ente ospedaliero cantonale di Bellinzona, in Svizzera sono i due italiani premiati quest'anno dalla Società europea di oncologia medica (Esmo) in occasione del Congresso Esmo che si apre a Barcellona. Di Leo, primario di oncologia all'ospedale Santo Stefano di Prato, riceverà il premio alla carriera 2019 (Esmo lifetime achievement award) il 27 settembre durante la cerimonia di apertura del congresso. Sessa, consulente per i tumori ginecologici all'Istituto oncologico della Svizzera Italiana (Iosi) di Bellinzona e con un passato di ricerca anche in Italia, è la vincitrice del prestigioso premio "Donne per l'oncologia della Società europea di oncologia medica (Esmo)". Il premio alla carriera, si sottolinea nelle motivazioni per l'assegnazione del riconoscimento, riconosce «l'eccezionale carriera dedicata alla ricerca sul cancro. Di Leo è un esperto di cancro al seno riconosciuto a livello internazio-

nale, che ha condotto ricerche pioneristiche nella biologia di tali tumori e che ha contribuito in modo significativo allo sviluppo di trattamenti personalizzati per i pazienti oncologici. Ha anche fatto del dipartimento di oncologia dell'ospedale di Prato - sottolinea l'Esmo - uno dei principali centri nazionali per la cura integrata del cancro e la ricerca clinica».

«E' un grande onore ricevere questo prestigioso riconoscimento da una società globale come è l'Esmo. Credo di aver raggiunto due grandi risultati nella mia carriera - spiega Di Leo - Il primo è aver creato, dal nulla, una struttura come quella di Prato, dove i pazienti vengono oggi per essere curati dimostrando una grande fiducia nei nostri programmi. Il secondo è che ho avuto l'opportunità di lavorare e far crescere una squadra di giovani oncologi e ricercatori estremamente qualificati».

Dunque, conclude, «sono orgoglioso di poter dire che il nostro programma continuerà con successo anche, un giorno, senza di me».

"Imparate ad essere audaci" è invece il motto di Cristiana Sessa 66 anni, una carriera da oncologa specializzata nei tumori ginecologici. —



Angelo Di Leo, primario di Oncologia del Santo Stefano



VERSILIA

Super batterio, l'ospedale aumenta i controlli

L'ospedale Versilia potenzia e rafforza ulteriormente le misure contro il super batterio New Delhi. A renderlo noto è l'Asl. / IN CRONACA

IL PIANO

L'ospedale aumenta i controlli per isolare il super batterio

Giro di vite dell'Asl sul personale, sulla pulizia degli ambienti e sui test sui pazienti
«Il New Delhi si trasmette per contatto, non vola né salta da un letto all'altro»

VIAREGGIO. L'ospedale Versilia potenzia e rafforza ulteriormente le misure contro il super batterio New Delhi. A renderlo noto è l'Asl, che spiega di aver dato «ulteriori disposizioni per prevenire il fenomeno». Disposizioni che vanno da obblighi sempre più stringenti per medici, infermieri e operatori sanitari in generale per ridurre la circolazione del batterio, fino all'incremento dei controlli sui pazienti. Passando per una pulizia degli ambienti ancora più rigida.

«Anche all'ospedale Versilia, come in tutti gli altri ospedali dell'Asl Toscana nord ovest – si legge in una nota dell'azienda sanitaria – sono state messe in atto le disposizioni per la ricerca attiva delle infezioni correlate all'assistenza. In seguito a queste azioni conoscitive si è ottenuto un quadro epidemiologico più chiaro, per cui sono state impartite ulteriori disposizioni atte a prevenire il fenomeno. Infatti, sono stati adottati protocolli comportamentali ancor più stringenti per gli operatori sanitari che hanno ridotto notevolmente la diffusione del patogeno. Inoltre, sono stati ulteriormente estesi i test di screening, è aumentata la collaborazione con gli infettivologi per la

scelta degli antibiotici e sono state rafforzate le procedure di sanificazione degli ambienti».

«Per quanto riguarda l'isolamento dei pazienti – prosegue la nota – l'Asl ricorda che in tutti gli ospedali si seguono le linee guida nazionali ed internazionali che non valgono da ora né solo per il New Delhi. Infatti, quando è disponibile una stanza singola, il paziente sta solo e sulla porta è presente un cartello tutti i dispositivi che servono per assisterlo, dunque obbligo di guanti, sovracamice, copr capo e ciò che è utile per evitare il contatto col malato. Se non esiste la disponibilità di una stanza singola si fa l'isolamento di coorte: i pazienti da isolare vengono messi insieme. Se non c'è neanche questa possibilità si fa l'isolamento funzionale: il letto si mette in fondo alla stanza, deve avere paravento, distante dagli altri. Il separé serve quindi per delimitare il diverso campo di lavoro del personale e non per garantire, di per sé, l'isolamento da contatto, infatti il germe New Delhi non vola né salta da un letto all'altro, ma viene trasmesso “per contatto”». —



IL CASO IN PARLAMENTO**Zucconi si appella
al ministro della Salute**

Riccardo Zucconi, deputato di Fratelli d'Italia, ha presentato un'interrogazione al ministro della Salute per sapere «quali iniziative, per quanto di competenza, intenda adottare affinché venga bloccata la proliferazione del batterio New Delhi».



L'ospedale Versilia

«No a cultura di morte»

*I vescovi: l'aiuto al suicidio? Non si può parlare di libertà. I medici: noi non saremo gli «esecutori»
Il governo: agisca il Parlamento. Lite tra le Camere. Delrio: serve una legge a tutela della vita fragile*

La Chiesa italiana ribadisce lo «sconcerto» per la sentenza della Corte Costituzionale che apre al suicidio assistito. Assicura che sarà «vigilante» su come legifererà il Parlamento, con la speranza che contenga «paletti forti» e tuteli la garanzia del diritto di obiezione di coscienza per il personale sanitario. Lo fa attraverso le parole del segretario generale – il vescovo Stefano Russo – durante la conferenza stampa tenuta ieri a chiusura della sessione autunnale del Consiglio episcopale

permanente. «Non comprendiamo come si possa parlare di libertà», ha rimarcato monsignor Russo.

I medici italiani si schierano con il loro presidente Anelli per il no. «Le future procedure? Toccherà ai funzionari. Noi staremo coi malati», dice in un'intervista con "Avvenire". E Graziano Delrio, capogruppo Pd alla Camera, chiede una legge che tuteli i più fragili e si dice «perplesso» per la «sanitarizzazione del suicidio».

Primopiano alle pagine 5, 6 e 7

«Così avanza la cultura della morte»

*Monsignor Stefano Russo (Cei) sulla sentenza della Corte sull'aiuto al suicidio: non si può parlare di libertà
Anzi, su questa strada la società «perde il lume della ragione». L'auspicio: una legge che metta paletti chiari*

I VESCOVI

In chiusura della sessione del Consiglio permanente, il segretario generale ha ribadito la netta contrarietà della Chiesa italiana: «Vigileremo a tutela della vita» e sul diritto all'obiezione

GIANNI CARDINALE
Roma

La Chiesa italiana ribadisce lo «sconcerto» per la sentenza della Corte Costituzionale che apre al suicidio assistito. Assicura che sarà «vigilante» su come legifererà il Parlamento, con la speranza che contenga «paletti forti» e tuteli la garanzia del diritto di obiezione di coscienza per il personale sanitario. Lo fa attraverso le parole del segretario generale – il vescovo Stefano Russo – durante la conferenza stampa

tenuta ieri a chiusura della sessione autunnale del Consiglio episcopale permanente. «Non comprendiamo come si possa parlare di libertà», ha rimarcato monsignor Russo. «Qui si creano i presupposti per una cultura della morte, in cui la società perde il lume della ragione», ha proseguito il vescovo, secondo il quale «stiamo assistendo a una deriva della società, dove il più debole viene indotto in uno stato di depressione e finisce per sentirsi inutile». «Speriamo che ci siano dei paletti forti», è l'auspicio in attesa di vedere il dispositivo della sentenza. Per Russo poi «è anomalo che un pronunciamento così forte e condizionante sul suicidio assistito arrivi prima che ci sia un passaggio parlamentare». «In Europa – sottolinea – è la prima volta che accade». Il segretario generale della Cei ha quindi garantito l'impegno dei vescovi italiani ad essere «attenti e vigili a tutela della vita delle persone, soprattutto di chi si trova in situazioni di disagio, di difficoltà, di malattia». Rispondendo ad una domanda monsignor Russo ha affer-

mato che «è difficile parlare di una frattura» tra Stato e Chiesa in questo frangente sul tema fine vita. «Siamo sempre stati attenti al dialogo», ha proseguito il presule: «Avvertiamo la necessità di farci prossimi alla vita della gente». «Non ci può stare bene», ha precisato tornando sul merito della sentenza. Interpellato su eventuali prossime mobilitazioni o iniziative della Chiesa italiana, il vescovo si è così espresso: «Vedremo, lo faremo in stile di confronto e di rispetto per le persone, e in uno spirito di dialogo costruttivo». «Agiremo – ha precisato – per una prossimità a chi si trova in uno stato di indigenza legato alla salute, a coloro che si trovano in un percorso particolare della loro vita che li vede in situazioni difficili». Riguardo alla que-



stione dell'obiezione di coscienza monsignor Russo ha ribadito che «il medico esiste per curare le vite, non per interromperle». «Chiediamo che ci possa essere questa possibilità», precisando che «quando parliamo di libertà, ciò non può non avvenire» in questi casi. «I medici sono per la vita, e non per intervenire sull'interruzione anticipata della vita delle persone», ha ripetuto il presule ricordando che «il Codice deontologico dei medici non prevede questa possibilità».

Le parole del vescovo Russo sono state precedute dal Comunicato finale (ne pubblichiamo il testo integrale in altra pagina) del Consiglio episcopale permanente che si è tenuto da lunedì a mercoledì.

In esso si richiamano le parole chiare e nette pronunciate di recente da papa Francesco: «Si può e si deve respingere la tentazione - indotta anche da mutamenti legislativi - di usare la medicina per assecondare una possibile volontà di morte del malato, fornendo assistenza al suicidio o causandone direttamente la morte con l'eutanasia». E quindi si riafferma «il rifiuto dell'accanimento terapeutico, riconoscendo che l'intervento medico non può prescindere da una valutazione delle ragionevoli speranze di guarigione e della giusta proporzionalità delle cure». Il Comunicato rileva che alla Chiesa «sta a cuore la dignità della persona», per cui i vescovi «non si sono soffermati soltanto sulla ne-

gazione del diritto al suicidio, ma hanno rilanciato l'impegno a continuare e a rafforzare l'attenzione e la presenza nei confronti dei malati terminali e dei loro familiari». Infatti «tale prossimità», oltre a contrastare «la solitudine e l'abbandono», promuove «una sensibilizzazione sul valore della vita come dono e responsabilità». Nel Comunicato infine si riafferma la rivendicazione della «possibilità di esercitare l'obiezione di coscienza, rispetto a chi chiedesse di essere aiutato a morire» e si ribadisce il sostegno del «senso della professione medica, alla quale è affidato il compito di servire la vita».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La vicenda		
1 La morte di Fabo Alle 11.40 del 27 febbraio 2017, poco dopo aver morso un pulsante che immesso nel suo corpo un liquido letale, Fabiano Antoniani (Dj Fabo per gli amici) muore in una clinica svizzera. Lo ha accompagnato il radicale Marco Cappato	2 Il rinvio alla Corte Nel luglio 2017 il gip dispone l'imputazione coatta per Cappato. Lui chiede il rito abbreviato, a novembre inizia il processo. Il tribunale di Milano rimette alla Consulta la decisione sull'aiuto al suicidio	3 La sentenza La Corte Costituzionale concede un anno di tempo al Parlamento per legiferare. Il termine scade il 24 settembre. Giovedì la sentenza che avalla l'aiuto al suicidio



Da sinistra: don Ivan Maffei, monsignor Stefano Russo, monsignor Guerino Di Tora e Vincenzo Corrado

Il mondo della sanità «resiste»

La sentenza della Corte Costituzionale ha già provocato la reazione di medici e strutture ospedaliere. Dall'obiezione di coscienza all'assistenza nelle fasi delicate del "fine vita", il dibattito è solo all'inizio

ANELLI (FNOMCEO)

«Le future procedure? Toccherà ai funzionari. Noi staremo coi malati»

IL GIUDIZIO

Contraddizioni e limiti del pronunciamento dei giudici togati sono al vaglio degli addetti ai lavori. Perplexità anche sull'operato delle Camere, giudicate troppo passive. «Noi medici vogliamo continuare a esercitare la professione considerando la malattia come avversario e la morte come il nemico da allontanare il più possibile»

ENRICO NEGROTTI

«**D**a medici vogliamo essere esentati da una pratica che contrasta con la nostra millenaria missione di alleviare le sofferenze e combattere le malattie. Del resto la Corte costituzionale non ha cancellato il reato, e i nostri pazienti devono sapere che i medici saranno sempre accanto a loro per allontanare la morte e non per procurarla». Filippo Anelli, presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (Fnomceo), ribadisce la contrarietà dei medici italiani a farsi strumento di morte e puntualizza: «Non potrà non essere prevista l'obiezione di coscienza: se si devono rispettare i convincimenti profondi di ogni cittadino, tra questi ci sono anche i medici».

Che conseguenze ha per il medico la sentenza della Consulta?

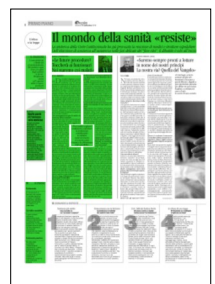
Innanzitutto la Corte costituzionale non ha cancellato il reato: credo che sia importante per tanti soggetti deboli che hanno bisogno di tutela. Resta da decidere la procedura, che non esiste in Italia. E qui entra in gioco anche il ruolo del medico: siamo chiamati ad alleviare le sofferenze, e sicuramente chi si avvia verso una richiesta di suicidio esprime una profonda sofferenza, un grido di dolore. Ma noi medici vogliamo continuare a esercitare la professione considerando la malattia come avversario e la morte il nemico da allontanare il più possibile. In una futura legge, credo che le procedure che portano al suicidio non possano essere avviate da un medico: magari da un funzionario, che prenda atto della volontà del cittadino e verifichi i requisiti prescritti dalla Corte. Nel nostro Codice deontologico (art. 17) è fermo il divieto di effettuare o favorire atti finalizzati a provocare la morte del paziente, anche su sua richiesta.

Ma se la legge obbligherà il medico a partecipare al suicidio?

Naturalmente il Codice deontologico si deve armonizzare con le leggi e la Costituzione. Se la nostra proposta non dovesse essere accolta e i medici saranno costretti a partecipare al suicidio, è chiaro che dovranno essere salvaguardati con l'obiezione di coscienza. Un istituto già previsto nell'ordinanza 207 della Corte costituzionale dello scorso anno.

Si sa che quando è stabilito un diritto, ne discende un dovere per qualcun altro. Basterà per voi l'obiezione di coscienza?

Le leggi rappresentano l'orientamento della maggioranza dei cittadini, ma anche i medici sono cittadini. Le loro



convinzioni, soprattutto quelle legate a principi etici custoditi nella propria coscienza, vanno rispettate. E la Corte costituzionale ha riconosciuto più volte il diritto all'obiezione. Come va rispettata la libertà di credo religioso, va anche rispettata la libertà di credere nei principi essenziali della vita secondo le proprie convinzioni.

La scelta del suicidio può rientrare nel diritto del cittadino a non essere curato?

Oggi sembra che il diritto all'autodeterminazione sia molto forte, e l'orientamento della Corte costituzionale sembra accogliere la tendenza a dire che il cittadino può decidere su tutto della propria vita, anche la morte. D'altra parte il suicidio assistito lo vuole oggi un'esigua minoranza. La Corte aveva già accolto il principio dell'auto-

determinazione, ma di fronte a un'attività che toglie la vita a una persona, mi pare scontato che chi non la pensa come lei non possa essere obbligato.

Eppure alcuni medici, pochi per la verità, rifiutano la posizione della Fnomceo. Che cosa ne pensa?

Non solo il Codice deontologico della Fnomceo, ma anche l'Associazione medica mondiale dice che «rendere legale il suicidio assistito dal medico pone gravi problemi etici, clinici e sociali». La professione è unita e la nostra Consulta deontologica, che comprende tutte le sensibilità della professione, si è espressa in maniera unanime. Credo che la posizione dei colleghi sia nata da scarsa percezione delle motivazioni della posizione Fnomceo, che non entra nel dibattito sull'eutanasia, ma si esprime sull'attività del medico. E con gli Stati generali della professione abbiamo avviato una stagione di grande discussione sul ruolo del medico. Per continuare a dibattere, abbiamo già in programma un convegno sul suicidio assistito presso l'Ordine dei medici di Parma, il prossimo 18 ottobre. Ma quel che più conta è che il medico continui a essere percepito dal malato come colui che aiuta, sta accanto, toglie la sofferenza. Il malato non deve avere mai il dubbio che il medico possa decidere di porre fine alla sua vita.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL FATTO

Quelle parole di Francesco sulla medicina

«Si può e si deve respingere la tentazione – indotta anche da mutamenti legislativi – di usare la medicina per assecondare una possibile volontà di morte del malato, fornendo assistenza al suicidio o causandone direttamente la morte con l'eutanasia». Sono le parole che Papa Francesco ha rivolto alla Federazione nazionale degli Ordini dei medici (Fnomceo), ricevuta in udienza il 20 settembre scorso.

LE PAROLE

Eutanasia

È l'infusione di un farmaco che uccide in maniera rapida e indolore. A iniettare endovena il prodotto letale è solitamente un medico o un infermiere.

Suicidio assistito

Il gesto letale è compiuto direttamente dalla persona intenzionata a mettere fine alla propria vita. La clinica svizzera dove è morto dj Fabo dispone di una pompa infusoriale che inietta il farmaco mortale

Eutanasia passiva

Si tratta della cosiddetta "interruzione di trattamento", cioè la sospensione dei farmaci che tengono in vita il malato o la sospensione di nutrizione e idratazione, come nel caso di Eluana Englaro



Il mondo della sanità «resiste»

La sentenza della Corte Costituzionale ha già provocato la reazione di medici e strutture ospedaliere. Dall'obiezione di coscienza all'assistenza nelle fasi delicate del "fine vita", il dibattito è solo all'inizio

PADRE BEBBER (ARIS)

«Saremo sempre pronti a lottare in nome dei nostri principi. La nostra via? Quella del Vangelo»

«Certe leggi, sotto le mentite spoglie del buonismo, invocano a parole libertà e dignità e poi autorizzano persone già afflitte da gravissime fragilità a considerarsi ancor di più lo scarto di una società»

PAOLO VIANA

Nessun accanimento terapeutico, ma il no alle pratiche del suicidio assistito e dell'eutanasia risuona stentoreo negli ospedali religiosi. Padre Virginio Bebbber, presidente dell'Aris, l'associazione religiosa delle istituzioni sanitarie, cui aderiscono molti ospedali cattolici, rivendica il diritto all'obiezione di coscienza dopo la sentenza della Corte Costituzionale sul fine vita. **Come valuta la decisione della Consulta?**

Con grande amarezza ma senza rassegnazione. La non punibilità dell'aiuto al suicidio apre inevitabilmente la strada all'introduzione dell'eutanasia anche nel nostro ordinamento giudiziario ed è una grave sconfitta per tutti. Ci procurano tristezza quelli che si considerano vittoriosi, esultando dinanzi a microfoni e telecamere; non si rendono conto che stanno trasmettendo un messaggio devastante per tutti i pazienti che si trovano in condizioni di difficoltà estrema. Seguendo quanti, sotto le mentite spoglie del buonismo, invocano a parole libertà e dignità, certe leggi autorizzano persone già afflitte dalla loro gravissima fragilità, a considerarsi ancor di più lo scarto di una so-

cietà che guarda esclusivamente a ritmi di produttività, a logiche di mercato, all'immagine, all'edonismo e quant'altro. Hanno fame d'amore, sete di speranza, ma trovano solo rifiuto e solitudine.

Cosa succederà adesso?

Adesso ci si nasconde dietro l'intervento "decisivo" di un Parlamento che sino ad oggi non si è voluto assumere le proprie responsabilità e che ora certamente si muoverà sulla traccia preordinata dalla Corte Costituzionale. **Quali conseguenze avrà tutto questo sull'attività degli ospedali religiosi?**

Noi dobbiamo seguire certamente le leggi che governano il mondo nel quale viviamo. Ma altrettanto certamente non possiamo rinunciare o venir meno ai principi che orientano la nostra vita religiosa, il nostro modo di essere cristiani e cattolici. Anche di fronte alla pesante sfida che l'orientamento della Corte rappresenta per tutti noi, soprattutto per gli operatori sanitari, siamo pronti a lottare.

Quali sono gli spazi per l'obiezione di coscienza?

È mortificante doversi confrontare con questa domanda, che spesso ci viene proposta. Se è vero che questi signori si muovono, gridano e scalciano per affermare quello che essi ritengano sia la difesa di un diritto irrinunciabile della persona scegliere di morire in nome dell'assoluta libertà dell'uomo, perché non si dovrebbe riconoscere il nostro diritto all'obiezione di coscienza? Forse non siamo persone umane come loro? Dunque se si devono difendere

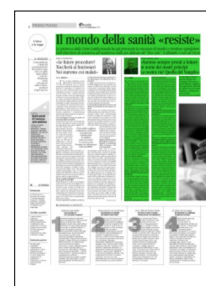
diritti si difendano i diritti di tutti. Anche i nostri e senza imposizioni o ricatti.

Quali figure professionali saranno interessate dall'obiezione di coscienza?

L'obiezione di coscienza riguarda naturalmente *in primis* gli operatori sanitari, in particolare i nostri diretti collaboratori. È un diritto essenziale anche per il riconoscimento della loro dignità umana e professionale, e soprattutto per il rispetto del loro diritto di seguire i propri principi etici, morali e religiosi, garantiti da ben più importanti leggi dello Stato.

Spesso si confonde l'eutanasia con il rifiuto dell'accanimento terapeutico. Qual è oggi la prassi dell'ospedale religioso su questo punto?

Non esiste una prassi da seguire: il Vangelo non è una prassi da seguire ma uno stile di vita, di testimonianza dell'amore del Padre. Le nostre strade si muovono sulle vie tracciate dal Vangelo, così come le ha riproposte il Catechismo della Chiesa Universale, spesso citato da Papa Francesco. No all'accanimento terapeutico quando evidenze cliniche confermino che anche il semplice essere nutrito e dissetato può provocare inutili sofferenze. Ma sospendere, al di là di questo caso specifico, alimentazione e idratazione significa far morire il malato non per la sua malattia, ma per



fame e sete. E questo sarebbe, in un modo o nell'altro, cedere all'eutanasia; sarebbe cioè come staccare la spina o praticare un'iniezione letale. Proviamo ad amarli questi nostri fratelli fragili, aiutiamoli a non soffrire e accompagniamoli serenamente verso la fine dell'avventura umana. Questa sì che sarebbe una vittoria di tutti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



INTERVISTA AL CAPOGRUPPO DEL PD ALLA CAMERA

Delrio: tuteleremo la vita fragile

«La legge dovrà chiarire che la morte non è un diritto, priorità è curare»

Da medico e da cattolico, l'ex ministro dem si dice «perplesso» per la «sanitarizzazione del suicidio» e sottolinea che la normativa sul tema dovrà prevedere l'obiezione di coscienza

ROBERTA D'ANGELO

Fa fatica a entrare nel tema e lo fa con «sobrietà. C'è pudore e difficoltà a parlare della morte di altri». Graziano Delrio, capogruppo del Pd alla Camera, riflette sulla sentenza della Consulta, «che – sottolinea – parla di casi estremi. Ma non deve farci dimenticare che il cuore del problema sta a monte: in che modo viene potenziata e aiutata la relazione di cura della persona, che non ha scelto di ammalarsi, ma è costretta nella malattia. Solo affrontando con uno sforzo comune questa prima parte si può non vedere come una sconfitta una soluzione per casi limitatissimi, in cui l'aiuto al suicidio non è più un fatto medico, un aiuto di Stato, ma l'azione di chi ha accompagnato la persona».

Lo Stato si è ormai arreso alla cultura della morte?

No, non direi. Penso che si sia andato in una direzione di ricerca di interpretazione dell'aiuto al suicidio, in determinate condizioni, come una cosa penalmente non perseguibile. Si è cercato con tormento, contestualmente, anche di porre le condizioni per questa depenalizzazione. Ribadendo l'indispensabilità dell'intervento del legislatore mi pare che la Corte voglia dire che è molto preoccupata che non vi siano condizioni precise e interventi legislativi puntuali.

Il Parlamento finora non era riuscito a fare una legge.

Seguendo questo quadro, con una discussione che sia più serena di quella dello scorso anno, quando c'era troppa tensione tra i due partiti che governavano, si può cercare di fare un lavoro con tutto il Parlamento.

Si definiranno i paletti?

Sì, certamente il Parlamento dovrà trovare una sintesi che non crei difformità nelle interpretazioni, ma soprattutto che definisca in maniera più precisa i percorsi e

stabilisca in maniera molto molto chiara che la priorità è quella della tutela della vita fragile, del rafforzamento delle azioni di cura. Dobbiamo ribadire che quello è l'obiettivo. Poi io da medico sono abbastanza perplesso sul tema della sanitizzazione del suicidio, perché la relazione di cura è quella che può determinare anche un accompagnamento fino alla morte.

Tra i paletti ci sarà l'obiezione di coscienza per i medici?

Mi pare abbastanza chiaro il messaggio dell'Ordine dei medici. È ovvio che la sentenza della Corte non risolve tutto.

La Corte ieri ha precisato che si parla di "fonti di sofferenze fisiche o psicologiche". Non è ancora più difficile determinare quelle psicologiche?

Diciamo pure che è molto complicato perché quando parli di condizioni psicologiche si apre tutto un ventaglio. Credo che dobbiamo capire che non ci sono ricette, che non ci sono certezze a priori, né nel percorso della vita né nell'accompagnamento alla morte, non ci sono percorsi stabiliti. Però credo che uno sforzo vada comunque fatto nel momento in cui esistono situazioni estreme, ma senza concepire il suicidio come una libertà, come un diritto. Questo oggettivamente è difficile da sostenere.

Lo stanno sostenendo i tanti che parlano di «conquista».

Per chi come me ha sensibilità cristiana la libertà non è "da" – dalla morte, dal dolore, dalla malattia – ma è "per". La morte e il dolore sono parte della vita. Dobbiamo certamente combattere contro il dolore.

C'è però la dignità...

La dignità è il modo con cui si affronta la morte. Oggi citavo ai miei figli una frase di Savonarola, che mentre viene condotto al patibolo dice a frate Domenico: «Guarda che non puoi scegliere la tua morte, ma puoi solo accettarla e sostenerla con dignità». Questo è dentro la concezione cristiana ed è un punto di vista che credo si debba tenere presente. C'è tantissima dignità nell'accettare la propria malattia. L'importante è che la persona che sceglie di accettarla non diventi disperato perché viene lasciato solo. Lo Stato ha il dovere di aiutare le famiglie a non lasciare solo il malato, che non deve arrivare a questo punto.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il capogruppo del Pd Graziano Delrio



LA PROPOSTA

Medici 70enni e neolaureati Il “pressing” delle Regioni

Un documento in sedici punti per cercare di superare il problema (anzi l'emergenza) della carenza di medici specialisti. Le Regioni – che lo sottoporranno prossimamente al ministro della Salute, Roberto Speranza – per superare l'impasse suggeriscono tra le altre misure «l'adozione di una disposizione legislativa (e previsione contrattuale) per consentire l'accesso al Servizio sanitario nazionale dei medici privi di diploma di specializzazione, garantendo agli stessi la possibilità di conseguire un titolo di specializzazione». Una misura che per i governatori «rappresenta la più efficace, e potenzialmente più tempestiva, azione per superare l'attuale situazione».

La Conferenza chiede poi modifiche della disciplina concorsuale e anche delle disposizioni inerenti il collocamento a riposo del personale medico. «Si potrebbe pensare di modificare» le norme in vigore «consentendo a tutti i medici di rimanere in servizio fino a 70 anni, su base volontaria, compatibilmente con lo stato di salute e previa valutazione aziendale». Tra gli altri provvedimenti da adottare le Regioni suggeriscono anche il via libera per il prossimo triennio alla «stipula di contratti di lavoro autonomo anche per lo svolgimento delle funzioni ordinarie» e «esclusivamente quando «risulti impossibile il reclutamento di medici con rapporto di dipendenza o convenzionato», e anche l'assunzione a tempo determinato degli specialisti già presenti nelle graduatorie. «Per affrontare l'attuale carenza di medici specialisti sono necessari interventi urgenti al fine di garantire adeguati servizi sanitari», ha spiegato Stefano Bonaccini, presidente della Conferenza delle Regioni.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



SANITA' Verifica sulla possibile presenza di sostanze cancerogene

La Ue corre ai ripari test su tutti i farmaci

VIVIANA DALOISO

La decisione presa nei giorni scorsi dall'Aifa di ritirare numerosi farmaci – e in particolare la ranitidina – per il rischio che contengano sostanze cancerogene ora crea un effetto domino. L'Ema corre ai ripari: «Controlli a tappeto in tutti i Paesi, tre anni di tempo per effettuarli». L'industria farmaceutica d'accordo: «Giusto controllare». Ma tra gli esperti si sollevano critiche: perché non si è fatto prima? E sui social network scatta l'allarme rosso da fake news: «Attenti alle liste false di farmaci pericolosi».

A pagina 21

«Ora testare tutti i farmaci» L'allarme contagia l'Europa

**I lotti ritirati
e le liste ufficiali
Ecco dove trovarli**

700

I lotti di medicinali usati contro l'ulcera e il reflusso gastrico bloccati nei giorni scorsi dall'Aifa

13

I lotti ritirati di Buscopan antiacido in compresse (non va confuso col Buscopan normale)

2

Le liste complete di farmaci ritirati pubblicate dall'Aifa dal 20 settembre a oggi (www.aifa.gov.it)

Dopo il ritiro della ranitidina disposto per via precauzionale dall'Aifa, scende in campo anche l'Agenzia europea: «Tre anni per i controlli». Intanto impazzano liste fasulle e fake news: «Fare attenzione ai falsi allarmi»

VIVIANA DALOISO

Lo spauracchio vero si chiama nitrosammina: una sostanza presente in alcuni alimenti e riserve di acqua potabile, classificata come probabile agente cancerogeno per l'uo-

mo. Significa che un'esposizione a lungo termine – e al di sopra di determinati livelli – può aumentare il rischio di cancro. Nessun allarme, finora, nel mondo: quando le nitrosammine sono state trovate nei farmaci il rischio in questione è stato giudicato «basso». Ma la decisione presa nei giorni scorsi dall'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) di ritirare i farmaci in cui queste sostanze sono state usate tra gli eccipienti – e in particolare la ranitidina – ora crea un effetto domino. Ieri è scesa in campo l'Agenzia europea del farmaco (Ema), chiedendo ufficialmente «controlli a tappeto» su tutti i medicinali che possono contenere nitrosammine. I

test sono stati richiesti con una nota ufficiale da parte dell'agenzia, che ha ricordato come già dopo il problema con il Valsartan (il principio attivo di molti farmaci antiipertensivi che erano stati ritirati per la stessa ragione nel 2018) un'indagine ufficiale aveva concluso che «potenzialmente le nitrosammine possono essere trovate anche in altri principi attivi per al-



tri farmaci, a seconda del metodo di produzione». In teoria, scrivono ancora gli esperti dell'Ema, le nitrosamine non dovrebbero formarsi durante la produzione della grande maggioranza dei principi attivi, fatta eccezione per quelli della stessa classe del Valsartan: «Tuttavia ora sappiamo che queste impurezze si possono formare in certe condizioni e quando alcuni solventi, reagenti e altre materie prime vengono usate. Inoltre le impurezze potrebbero essere portate dall'uso di attrezzatura o reagenti contaminati». Le aziende dovranno, secondo le indicazioni dell'Ema, valutare per ogni farmaco il rischio, basandosi sulle modalità di produzione e sui reagenti utilizzati, e iniziare i test veri e propri da quelli per cui la probabilità risulta più alta. Una procedura che potrà prendere al massimo tre anni. L'industria per ora si dimostra serena: «Ben vengano i controlli» ha detto il presidente di Farindustria Massimo Scaccabarozzi, che ha sottolineato come «la sicurezza è più importante del-

l'efficacia». E anche il farmacologo Silvio Garattini ha letto l'iniziativa come uno sforzo precauzionale, sebbene «desti anche un po' di sorpresa che questo tipo di test non venga fatto a priori, in modo regolare, su tutte le materie prime che vengono utilizzate e sui prodotti finiti». L'allarme è già diventato rosso invece sui *social network*, dove nelle ultime ore sono comparsi elenchi addirittura inventati di farmaci "cancerogeni", tra cui a seconda della fantasia sono spuntati sciroppi per bambini, antidolorifici di uso comune, persino l'aspirina. A questo proposito è dovuta intervenire proprio l'Aifa, lanciando un appello affinché chi voglia informarsi vada sui siti ufficiali, a partire dal proprio. Al momento sono 515 i lotti di farmaci contenenti ranitidina bloccati e circa 195 quelli ritirati dal mercato a causa della presenza dell'impurità potenzialmente cancerogena rilevata: in tutto circa 700 lotti di medicinali usati contro l'ulcera e il reflusso gastrico.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Da sapere

Cosa fare adesso?

La ranitidina è utilizzata nel trattamento dell'ulcera, del reflusso e del bruciore di stomaco. In Italia è commercializzata sia come medicinale da prescrizione medica sia di automedicazione. Chi è attualmente in cura col farmaco non è necessario si sottoponga ad alcun esame particolare, perché non si attende un rischio acuto per il paziente che li abbia assunti. Deve, però, rivolgersi al medico per discutere un'alternativa terapeutica.

Bioetica Le reazioni alla sentenza dell'Alta Corte. Pd e Cinque Stelle accelerano per una legge

Fine vita, il no dei medici

Gli Ordini: sia un pubblico ufficiale, non noi, a far partire il suicidio assistito

«Noi medici non lo faremo venga il pubblico ufficiale» Lo stop al suicidio assistito

Gli ordini: una scelta contro il nostro codice deontologico

Il ricordo

Il cardiologo D'Angelo: mio padre dopo il terzo ictus mi pregò più volte, ma non lo feci

Il caso

di **Margherita De Bac**

ROMA I medici non avvieranno la procedura di suicidio assistito. Da Roma a Milano, passando per il resto d'Italia, i presidenti degli Ordini chiedono che «a farlo sia un pubblico ufficiale in rappresentanza dello Stato».

Dopo la sentenza della Consulta si fa portavoce dell'istanza il presidente della Federazione Filippo Anelli che richiama gli articoli del Codice deontologico per ribadire «l'obbligo di dare vita e non morte, pena il rischio di provvedimenti disciplinari che possono portare alla radiazione». «Ci auguriamo — continua Anelli — che arrivi celermente una legge a fare chiarezza. Noi, come medici e come cittadini ci atterremo alla legge e ai principi del Codice di deontologia medica che, in ogni caso, sono coerenti con quelli della Costituzione».

Qualche segnale di disponibilità «ad accompagnare i pazienti al suicidio assistito, secondo la propria visione morale» arriva dalle società

scientifiche più coinvolte nelle fasi terminali dell'esistenza. Ma con garanzie precise perché, afferma Flavia Petrini, di Siaarti, coordinatrice di rianimatori ed anestesisti «lasciemo ai nostri specialisti libertà di agire purché vengano protetti dall'attacco degli ordini».

A Roma Antonio Magi, presidente di circa 45 mila iscritti, il più ampio albo europeo, è esplicito: «Il rispetto del nostro codice professionale viene prima della pronuncia della Consulta. Il Parlamento ha avuto un anno di tempo per dare norme definite e non l'ha fatto». Giovanni D'Angelo, cardiologo alla guida dei colleghi di Salerno, ha vissuto questo dilemma personalmente: «Mio padre dopo il terzo ictus finì immobile a letto, lui uomo vivacissimo. Mi pregò più volte, lo sguardo puntato dritto sui miei occhi, *"Anto' tu sei medico... lo vedi come sto, perché non fai qualcosa?"*. Sono stato un vigliacco, non ho avuto il coraggio di compiere un gesto che mi avrebbe segnato per tutta la vita, mi sarei sentito un figlio assassino nonostante la sua invocazione. Avrei compiuto un atto contrario alla mia missione. È giusto dare libertà di scelta ai pazienti, ma alla nostra libertà chi pensa?».

Inutile cercare voci discordanti. Secondo il presidente dell'ordine di Bologna, Giancarlo Piza «la morte non è un nostro strumento e dunque

non saremo mai esecutori di volontà di suicidio». Le società scientifiche sono in fermento per esprimere una posizione e sostegno a tutti gli associati. Petrini annuncia l'arrivo di un documento ufficiale: «Non siamo pronti oggi ad assecondare le richieste dei pazienti. Altro conto è non perseverare con cure inappropriate quando non c'è alcuna speranza di guarigione. Anche il ministero della Salute dovrà darci una linea precisa».

Italo Penco presiede la società italiana di cure palliative: «Non ci può essere un ordine di scuderia, ognuno di noi ha un personale modo di sentire. Quando il malato è vicino alla fine possiamo intervenire già oggi con la sedazione profonda. Se la fase terminale è lontana i farmaci antidolorifici e il sostegno psicologico possono non essere una risposta. Se però le cure palliative venissero avviate precocemente sono convinto che riusciremmo ad evitare le richieste suicidarie. Le terapie palliative non anticipano né posticipano la morte, leniscono la sofferenza prima che diventi insopportabile».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La storia

L'incidente nel giugno 2014

1 Il 13 giugno 2014 Fabiano Antoniani, conosciuto come Dj Fabo, 40 anni, rimane coinvolto in un grave incidente stradale a Milano. La prognosi è irreversibile: paralisi totale e cecità

La richiesta di aiuto al radicale

2 Dopo un tentativo sperimentale con cellule staminali in India, Antoniani chiede alla madre e alla fidanzata Valeria Imbrogno di porre fine alle sue sofferenze. Valeria contatta il radicale Marco Cappato per un aiuto

L'ultimo viaggio in clinica a Zurigo

3 Il 27 febbraio 2017, poco dopo avere morso un pulsante che ha immesso nel suo corpo un liquido letale, Dj Fabo muore nella clinica Dignitas di Zurigo, dove lo aveva accompagnato Cappato

L'imputazione e il processo

4 Nel luglio del 2017 il gip di Milano dispone l'imputazione coatta di Cappato con l'accusa di aiuto al suicidio. Dopo due mesi l'esponente radicale chiede il rito abbreviato e l'8 novembre inizia il processo, tuttora in corso



Non siamo pronti oggi ad assecondare le richieste dei pazienti. Altro conto è non perseverare con cure inappropriate quando non c'è alcuna speranza di guarigione

Flavia Petri

Presidente della Società di anestesia e rianimazione



Insieme Mina Welby, 82 anni, con la segretaria dell'Associazione Luca Coscioni Filomena Gallo, 51, e il radicale Marco Cappato, 48

Suicidio assistito, che cosa cambia



La Corte non ha cancellato il reato, sarà la legge a stabilire chi somministra il farmaco. Oggi è possibile la sedazione palliativa



Per la Consulta il paziente deve essere tenuto in vita artificialmente ma capace di decidere



Le Disposizioni anticipate permettono di esprimere la volontà di interrompere, in futuro, le terapie vitali

di **Laura Cuppini**

1 Dopo la sentenza della Corte Costituzionale, che cosa cambia per i pazienti che ritengono le proprie sofferenze intollerabili?

A livello legislativo nulla. La Corte non ha definito «incostituzionale» l'articolo 580 del Codice Penale, che prevede il reato di agevolazione del suicidio, punito con la re-

clusione da 5 a 12 anni (è il caso di Marco Capato, sotto processo per la vicenda relativa a Dj Fabo). La Corte, nel comunicare la sentenza del 25 settembre, definisce però «indispensabile» un intervento del legislatore, ovvero l'approvazione di una legge che



regoli l'iter.

2 In quali condizioni un cittadino o può chiedere di porre termine alla propria vita?

La Corte ha elencato una serie di condizioni che devono essere rispettate perché chi agevola il suicidio possa essere ritenuto non punibile: il paziente deve essere «tenuto in vita da trattamenti di sostegno vitale e affetto da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che reputa intollerabili, ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli».

3 In attesa che il Parlamento discuta una legge, quali sono le opzioni esistenti?

Grazie alla legge 219 del 2017 sulle «Disposizioni anticipate di trattamento» (Dat), è possibile esprimere la volontà di interrompere le terapie di sostegno vitale (ventilazione o alimentazione artificiale), con o senza sedazione profonda. La richiesta rimane valida anche se il paziente dovesse non essere più cosciente. Esiste poi, nell'ambito della somministrazione di cure palliative (le terapie che alleviano il dolore in caso di patologie irreversibili), la cosiddetta «sedazione palliativa»: il paziente viene reso incosciente, e quindi non in grado di percepire sofferenza, fino al termine naturale della sua vita. Questa opzione può essere praticata, con criteri definiti nelle linee guida, quando il decesso è imminente (2 settimane). «Mettere in atto il miglior servizio possibile di cure palliative è il primo passo — dice Giada Lonati, direttrice socio-sanitaria dell'associazione Vidas —. Dietro la domanda di suicidio assistito possono esserci significati diversi ed è possibile che trovino risposta laddove un'equipe prenda in carico il malato a

360 gradi, anche per quanto riguarda la sofferenza esistenziale. C'è ancora molto da lavorare sull'offerta di cure palliative, in particolare per i malati non oncologici».

4 Chi dovrebbe somministrare il farmaco per il suicidio assistito nel caso venisse introdotto per legge?

La Corte Costituzionale specifica che la non punibilità di chi agevola il suicidio è subordinata alle «modalità di esecuzione da parte di una struttura pubblica del Servizio sanitario nazionale, sentito il parere del Comitato etico territorialmente competente». Su questo punto l'Ordine dei medici vorrebbe un confronto con il governo. «Chiediamo che a raccogliere le volontà di fine vita del paziente e a somministrare il farmaco sia un pubblico ufficiale e non un sanitario — sottolinea Filippo Anelli, presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri (Fnomceo) —. Resta fermo il dovere del medico di assistere il malato fino alla fine per alleviarne la sofferenza con cure palliative o antidolorifici. Siamo disponibili ad avviare una discussione su questi punti».

5 È possibile che il medico faccia ricorso all'obiezione di coscienza?

In attesa della pubblicazione del testo integrale della sentenza della Corte Costituzionale (e di una eventuale futura legge del Parlamento), si presuppone che il medico abbia facoltà di rifiutare la somministrazione della terapia per il suicidio assistito, che deve essere comunque assunta attivamente dal paziente.

«La nostra proposta di affidare la pratica a un pubblico ufficiale risolverebbe il problema dell'obiezione di coscienza» aggiunge Anelli, anche se la certificazione delle condizioni di salute del paziente (che devono rispettare i criteri indicati dalla Corte) spetterebbe co-

munque al medico.

6 La sentenza potrà influire sull'esito del processo a Cappato?

I criteri indicati dalla Consulta per la non

punibilità di chi agevola il suicidio non sembrano riguardare il caso di Dj Fabo, che si è rivolto a una clinica svizzera: non sono rispettati i punti che riguardano l'esecuzione in una struttura pubblica del Servizio sanitario e il parere positivo di un Comitato etico. Nella sintesi della sentenza, i giudici chiariscono solo che «rispetto alle condotte già realizzate, il giudice valuterà la sussistenza di condizioni sostanzialmente equivalenti a quelle indicate». «Quella della Consulta è una posizione che dialoga più con il legislatore che con i giudici del processo Cappato — afferma Amedeo Santosuosso, docente di Diritto all'Università degli Studi di Pavia ed ex giudice della Corte d'Appello di Milano —. La norma contenuta dall'articolo 580 sull'agevolazione del suicidio continua ad essere applicabile e la decisione sull'esistenza delle condizioni di non punibilità viene rimessa al giudice. Nel caso specifico di Cappato, per quel che sappiamo oggi, sarebbe ancora verosimile una condanna, a meno che nel testo integrale della sentenza non sia indicata una strada diversa che arrivi all'assoluzione. Il punto centrale resta comunque la scelta di una persona capace di decidere in modo libero e consapevole, che ritiene intollerabili le proprie sofferenze. La domanda è: poi che succede? Chi non rientra in tutti i criteri elencati dalla Corte può essere escluso? Davvero non sarà un medico a somministrare la terapia per il fine vita? Sono tutte domande che dovranno ottenere una risposta nella sentenza».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**La parola****EUTANASIA**

Si verifica quando il medico provoca la morte di un paziente d'accordo con la volontà di quest'ultimo. Può essere attiva (se praticata con iniezione letale) o passiva (quando viene sospeso il farmaco salvavita)

SUICIDIO ASSISTITO

In questa procedura è il paziente a decidere quando morire. Chiede infatti al medico di prescrivergli dei farmaci che sarà lui stesso a decidere di ingerire. Il medico, quindi, non agisce direttamente ma assiste il malato

DAT

L'acronimo sta per Disposizioni anticipate di trattamento e sono quelle fornite al medico per il futuro da chi, quando non dovesse essere più capace di intendere e volere, rifiuta trattamenti sanitari anche se salvavita



Sanità, detrazioni in base al reddito

**Arriva la card ricaricabile unica. La soglia del deficit verrebbe fissata al 2%
Servono almeno 5 miliardi per ridurre il cuneo fiscale**

Il deficit

Per il 2020 si stima un disavanzo intorno al 2,2-2,3% del prodotto interno lordo

ROMA Il deficit pubblico di quest'anno potrebbe essere più basso di quanto previsto, fermandosi al 2% del prodotto interno lordo. Per il 2020, invece, l'esecutivo guidato da Giuseppe Conte, immagina un disavanzo intorno al 2,2-2,3%, contando sulla flessibilità da parte della Commissione Europea.

Ieri sera il premier Giuseppe Conte e il ministro dell'Economia, Roberto Gualtieri,

hanno fatto il punto della situazione in vista della presentazione del nuovo quadro delle previsioni economiche e di finanza pubblica atteso lunedì prossimo.

Il minor deficit deriverebbe dai risparmi di spesa su Quota 100 e Reddito di cittadinanza, che per il 2019 si aggirano sui 3 miliardi di euro (1,7 solo da Quota 100) e che per il 2020 potrebbero salire a 5 miliardi (sui 16 stanziati per le due misure), ma anche dalle entrate assicurate dalla fattura elettronica.

Una nuova stretta all'evasione, in particolare sull'uso del contante, è tra le priorità della manovra 2020, che deve recu-

perare circa 30 miliardi per scongiurare gli aumenti Iva (il sottosegretario al Mef, Alessio Villarosa non ha escluso un riordino delle aliquote, ma non per fare cassa), e altri 5 per il taglio del cuneo fiscale. Per favorire l'uso della moneta elettronica le Poste stanno mettendo a punto una nuova carta ricaricabile a costi contenuti.

Si lavora anche sul salario minimo, chiesto dal M5S, e sui tagli alla spesa. Tra le ipotesi la revisione di ticket e detrazioni sanitarie in base al reddito Isee.

Mario Sensini

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La lotta all'evasione e la spesa sociale

Da recuperare

191

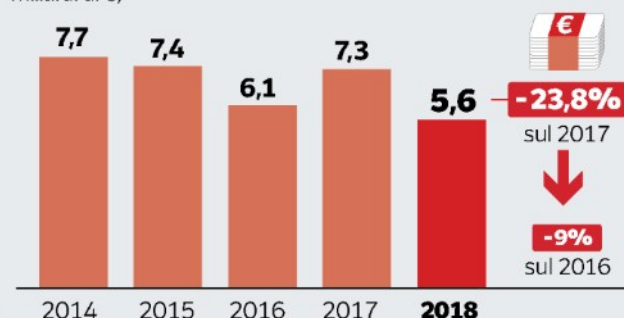
miliardi di euro all'anno

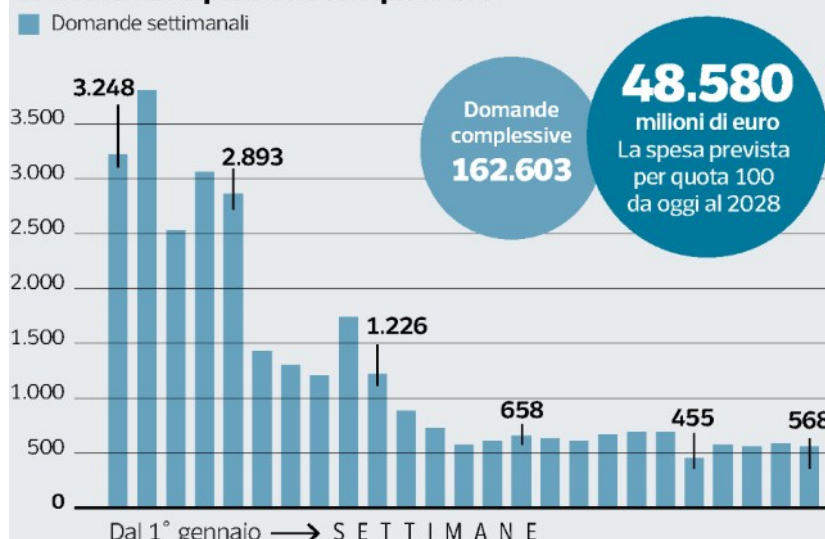


fra economia sommersa e evasione pura

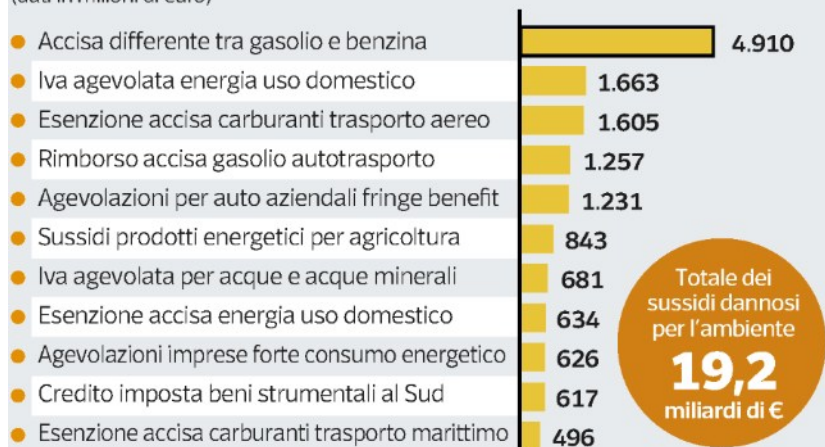
Entrate in calo

(accertamenti sostanziali Agenzia delle entrate, miliardi di €)



La domanda di pensione con quota 100**I sussidi nel mirino**

(dati in milioni di euro)



Fonti: Corte dei Conti, Agenzia delle Entrate, Inps ed elaborazioni del Corriere della Sera

CdS

Lotta al contante

Tasse, sconto del 2% per chi usa il bancomat

Una nuova stretta sul contante per contrastare l'evasione fiscale. Il piano del governo prevede incentivi per le spese fatte con bancomat e carte di credito, sia per i commercianti, che per i clienti. Per i primi si prevede il taglio delle commissioni e un credito d'imposta per l'acquisto dei Pos. Per i clienti si profila uno sconto "fiscale" sugli acquisti, che potrebbe arrivare al 2%. Il nuovo giro di vite sull'evasione potrebbe interessare anche le detrazioni fiscali (si valuta anche la possibilità di scontare dai redditi alcune spese, se tracciate) e le piattaforme online di commercio elettronico. Per favorire chi oggi non ha bancomat o carte di credito le Poste studiano anche una nuova carta a costo zero, come quella sulla quale viene caricato oggi il reddito di cittadinanza.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Pensioni

Quota 100, meno spese per quasi due miliardi

Quota 100, la misura sperimentale che consente di andare in pensione con 62 anni d'età e 38 di contributi, resterà in vigore anche il prossimo anno, ma la minor spesa consentirà di prorogare il meccanismo Opzione donna e, forse, di rendere strutturale l'Ape sociale, che scade a fine anno.

La spesa per Quota 100 si è rivelata quest'anno inferiore alle stime per quasi 2 miliardi. L'Ape sociale, anche questa sperimentale, prevede un'indennità per chi lascia il lavoro a 63 anni, se disoccupato o impiegato in lavori usuranti, fino al conseguimento della pensione vera e propria. L'Opzione donna consente alle lavoratrici con 59 anni d'età e 35 di contributi, di accedere alla pensione, ma tutta ricalcolata in base al metodo contributivo, meno favorevole.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Imposte

Restano gli incentivi agricoli, il nodo accise

Il decreto con le nuove misure fiscali per l'ambiente, con il possibile aumento delle accise sul gasolio (più inquinante, ma meno caro della benzina), tornerà in Consiglio dei ministri il 3 ottobre. E sarà probabilmente collegato alla manovra di bilancio che sarà varata poche settimane dopo. «Cercheremo di evitarlo» dice il ministro dello Sviluppo, Stefano Patuanelli, a proposito dell'inasprimento fiscale. Ma considerato il ghiotto gettito che garantisce la completa parificazione dell'accisa tra gasolio e benzina (5 miliardi l'anno), non sarà facile. Si allontana invece l'ipotesi di un taglio delle detrazioni sul gasolio per agricoltura e pesca, ma si avvicina quella di una tassa sugli imballaggi di plastica. Dovrebbe scattare anche il bonus per la rottamazione auto.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LA PROPOSTA DELLE REGIONI

Pochi dottori in corsia «Lavorino fino ai 70 anni»

di **Enrico Marro**

Proposta delle Regioni: medici al lavoro, su base volontaria, fino a 70 anni. a pagina 15

I medici? Potranno restare al lavoro fino a 70 anni

Proposta delle Regioni. Tridico: nella manovra un fondo previdenziale per i giovani. No dei sindacati

Adesione volontaria

«Sarebbe uno strumento con adesione volontaria e gestito dall'Istituto»

ROMA Consentire ai medici, su base volontaria, di rimanere in servizio fino ai 70 anni di età anche se hanno già 40 anni di servizio. Lo propone la Conferenza delle Regioni per far fronte alla carenza di medici specialistici. Attualmente, si osserva, raggiunti i 40 anni di contributi, i camici bianchi devono andare in pensione se hanno almeno 65 anni. La Conferenza chiede di equiparare i dirigenti medici ai medici universitari che possono comunque restare in servizio fino a 70 anni.

Un'altra proposta sul fronte previdenziale in vista della prossima manovra arriva invece dal presidente dell'Inps, Pasquale Tridico: un fondo di previdenza complementare pubblico. Chi volesse farsi una pensione di scorta, quindi, non dovrebbe per forza rivolgersi al privato ma potrebbe iscriversi anche ad un apposito fondo Inps. Del progetto aveva parlato, qualche giorno fa, lo stesso premier Giuseppe Conte, spiegando che per questa via si punta a dare ai giovani la possibilità di costruirsi una «pensione di garanzia», come chiede lo stesso sindacato, preoccupato del fatto che carriere lavorative precarie non consentiranno, nel sistema contributivo, di maturare assegni sufficienti a vivere. Ma le reazioni degli stessi sindacati sono negative. Essi infatti sono preoccupati che un fondo complementare Inps possa destabilizzare il sistema dei fondi di categoria

dei quali proprio i sindacati, insieme con le imprese, sono soggetti costitutivi.

«I fondi di previdenza complementare — dice Tridico — hanno una scarsa adesione, permettono a chi è già ricco di avere forme complementari e investono la maggior parte dei fondi all'estero. Il ministero del Lavoro ci ha chiesto una valutazione e stiamo pensando alla creazione di un fondo complementare pubblico. Sarebbe con adesione volontaria e gestito dall'Istituto». Chiunque, aggiunge, «si potrebbe iscrivere e si potrebbe studiare una defiscalizzazione per le persone più svantaggiate». I versamenti, per esempio durante i periodi di non lavoro, sarebbero cumulabili con quelli della gestione obbligatoria. Obiettivo: aiutare soprattutto i precari a costruirsi una pensione minima o «di garanzia». Inoltre, secondo Tridico, le risorse così raccolte dall'Inps verrebbero più facilmente investite nell'economia italiana di quanto facciano i fondi privati. La Cgil parla di una ipotesi «singolare e insidiosa» e chiede di aprire un confronto. La Uil definisce «sbagliata e inutile» l'idea del fondo Inps e chiede al governo di dire una parola chiara su questo tema che sta creando disorientamento tra gli iscritti ai fondi pensione».

Enrico Marro

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La vicenda

● In Italia ci sono 398 fondi di previdenza integrativa: 33 fondi negoziali, 43 aperti, 70 piani individuali pensionistici, 251 fondi «preesistenti».

● 7,9 milioni gli iscritti, il 30% della forza lavoro



Pasquale Tridico



Il fondo Inps investirebbe le risorse nell'economia italiana



DOPO L'ALLARME RANITIDINA

L'Agenzia europea vuole controlli su tutti i farmaci

di **Adriana Bazzi**

Sostanze cancerogene, test sui medicinali con molecole sintetiche. a pagina 21

Caso ranitidina, l'Agenzia Ue chiede test su tutti i farmaci

Caccia alle contaminazioni. L'Ema dà sei mesi di tempo alle aziende per le verifiche

Farindustria

Il presidente Scaccabarozzi: «Ben vengano i controlli e la sicurezza»

di **Adriana Bazzi**

C'è caos nel mondo dei farmaci. L'ultima notizia è che l'Ema, l'Agenzia europea per il controllo dei medicinali, ha chiesto alle aziende farmaceutiche di testare tutte le molecole di produzione sintetica, autorizzate al commercio sul mercato europeo, per escludere la presenza di nitrosammine, sostanze ritenute cancerogene. Un compito immenso per le aziende perché i farmaci in commercio sono decine di migliaia e da eseguire nei prossimi 6 mesi.

È una decisione che, però, non deve allarmare più di tanto chi assume medicine (e vedremo perché), ma risponde a un principio precauzionale (cioè: cerchiamo di capire in anticipo se ci sono problemi prima che i buoi siano scappati dalla stalla).

Perché questa presa di posizione? Dobbiamo fare un passo indietro e partire dal «caso ranitidina». La ranitidina è un farmaco vecchio più di trent'anni, pensato per curare l'ulcera, poi uscito di brevetto, ma ancora usatissimo, anche come medicinale da banco, per combattere bruciori di stomaco e reflussi esofagei. Ebbene, la nostra agenzia italiana del farmaco, l'Aifa, qualche giorno fa, su suggerimento peraltro dell'Ema, ha deciso due cose: da un lato di ritirare

tout court dal commercio alcuni prodotti contenenti ranitidina (prodotti, nel caso specifico, da un'azienda indiana), proprio per il sospetto di contaminazione con nitrosammine, dall'altro di sconsigliare l'uso di altri prodotti, sempre a base di ranitidina, ma fabbricati da altre aziende, salvo la verifica con il medico di fiducia.

Oggi ci sono grandi aziende farmaceutiche, soprattutto indiane e cinesi — e non parliamo di aziende che lavorano nei sottoscala —, che sintetizzano il principio attivo di farmaci: questo, poi, viene acquistato dalle multinazionali farmaceutiche che lo confezionano e continuano a produrre il farmaco come *branded*, cioè di marca, o come generico, a più basso costo, perché si tratta di farmaci per i quali è scaduto il brevetto. E forse qui si dovrebbe concentrare l'attenzione delle autorità sanitarie. Pur di abbassare i prezzi dei farmaci, molte aziende riducono gli standard di qualità. Pena la loro scomparsa. È l'effetto della globalizzazione.

Ma ritorniamo a noi. Quello della ranitidina non è l'unico caso. Qualche mese fa lo stesso problema si era proposto con il valsartan, un farmaco antipertensivo, anche lui contaminato da nitrosammine. Questo principio attivo era prodotto da un'azienda cinese. Ecco allora la domanda: ma da dove deriva la presenza di queste sostanze cancerogene nei farmaci? «A volte la presenza di nitrosammine (che non ci dovrebbero essere, ndr) può derivare da conta-

minazioni — spiega Alessandro Mugelli, Presidente della Società Italiana di Farmacologia (Sif) —. Altre volte è proprio legata al processo di produzione. Ecco perché l'Ema sta invitando le industrie anche a rivedere questi processi per ridurre al minimo il rischio».

L'Ema, dunque, ha emanato delle linee guida che sono per un'assoluta tutela del cittadino. E ha anche indicato priorità di intervento, visto l'elevato numero di prodotti in commercio, che dovrebbero tenere conto delle dosi giornaliere assunte dal paziente, della durata del trattamento, del numero di pazienti trattati. «Ben vengano i controlli — ha detto il presidente di Farindustria Massimo Scaccabarozzi — la sicurezza è più importante dell'efficacia. Servirebbe estenderli ovunque».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La scheda

● L'agenzia europea per i medicinali (Ema) ha invitato le compagnie produttrici di farmaci autorizzati al commercio nell'Ue, compresi quelli generici e di automedicazione, a verificare l'eventuale presenza di nitrosammine, le impurità



sospette
cancerogene,
alla base del
ritiro da parte
dell'Aifa
dei lotti
di ranitidina

● La
valutazione
del rischio
andrà fatta
entro sei mesi

● **La parola**

RANITIDINA

Nota con la sigla AH19065, la ranitidina è una molecola con attività antagonista dei recettori H₂ dell'istamina il cui effetto è l'inibizione della produzione di acido da parte dello stomaco. Come farmaco viene usata per trattare l'ulcera gastrica o il reflusso gastroesofageo



Gli anni

Quelli della ranitidina, farmaco usato inizialmente per curare l'ulcera. Oggi è ancora usatissimo

I lotti

dei farmaci che, con il nuovo aggiornamento, verranno ritirati in attesa di accertamenti

Bloccati

L'Aifa, secondo il principio di precauzione, ha disposto il ritiro di tutti i lotti di medicinali con ranitidina prodotta in India (Getty)

Domande e risposte

Chi è in cura adesso deve interrompere i trattamenti

Probabilmente mangiare una bistecca cotta male alla griglia o un piatto di insaccati ci può far ingerire più nitrosammine (sostanze riconosciute come cancerogene) di quelle che oggi sono sotto la lente di ingrandimento degli esperti dell'Ema (l'Agenzia Europea del Farmaco) e dell'Aifa (quella italiana) perché presenti in alcuni farmaci. Ma chi sta seguendo terapie con i vari farmaci disponibili sul mercato qualche domanda se la pone. Cerchiamo di rispondere con l'aiuto di Alessandro Mugelli, presidente della Società Italiana di Farmacologia (Sif). **Le nitrosammine nei farmaci sono un pericolo?**

«In realtà la loro presenza, anche se certificata, non comporta un serio rischio di tumore. Perché in genere si tratta di quantità minime. Anche se questi medicinali sono presi per lungo tempo e a dosi elevate».

L'Ema ha dato indicazioni alle aziende perché verifichino proprio la presenza di queste sostanze in tutti i farmaci che hanno messo in commercio.

«Sì, si tratta di un principio di precauzione. Meglio verificare a priori che cosa

può succedere».

I pazienti in trattamento con questi farmaci come si devono comportare?

«Niente panico. Possono continuare ad assumerli. Perché l'eventuale presenza di nitrosammine non è mai così elevata da rappresentare un danno per la salute». **C'è però il precedente della ranitidina. L'Aifa ha dato disposizioni, da un lato per la sua sospensione, dall'altro per un uso più attento?**

«Sì, la ranitidina oggi è molto diffusa come antiacido per la cura di disturbi dello stomaco. Al momento l'Aifa ha vietato le formulazioni prodotte specificamente da un'industria indiana (proprio per il rischio di contaminazione da nitrosammine). E, per quella prodotta da altre aziende, ha invitato i pazienti a rivolgersi al loro medico o al farmacista, se stanno prendendo un prodotto da banco».

Come si devono comportare i medici, o i farmacisti che prescrivono questi prodotti?

«Tutto si basa sul concetto di rischio-beneficio. Se il paziente ha un'alternativa all'uso del farmaco (in questo caso la ranitidina) può cambiarlo. Se invece la sua malattia richiede proprio "quel farmaco" dovrebbe continuare la cura».

Non sono eccessivi questi controlli chiesti adesso?

«No, tutte queste limitazioni significano che il sistema di sorveglianza sui farmaci garantisce i cittadini. E ne tutela la salute. Purtroppo questo non avviene su molte terapie alternative che possono fare più danni di quelle nostre, ufficiali».

A. Baz.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



LO SCIENZIATO

di EDOARDO BONCINELLI

IO E LA MALATTIA

UN GRANDE GENETISTA, IL CORPO DIVENTATO PIETRA E LA SCOPERTA CHE C'È LIBERTÀ NEL DIPENDERE DAGLI ALTRI

«Parkinson, un pacemaker al cuore, insufficienza respiratoria: negli ultimi tre anni non ho avuto pace», racconta in prima persona Boncinelli alla soglia degli 80, ripercorrendo le tappe di un cambiamento radicale affrontato con coraggio. E a colpi di aforismi

Essere sbalzati fuori dalla realtà e, allo stesso tempo, rimanere prigionieri del proprio corpo, sempre più limitante ed esigente. Non so trovare parole migliori per descrivere il mio stato degli ultimi tre anni. Il tutto associato agli inconvenienti propri dei miei quasi ottant'anni: vederci poco e ricordarsi meno — «non ricordarsi dalla bocca al naso» si direbbe dalle mie parti. Per non parlare della delizia di non distinguere i volti delle persone poco conosciute (prosopagnosia la chiamavo quando insegnavo). Se ne parlo è perché spero che così facendo tutto questo diventi un episodio, una parentesi di vita, una spedizione esplorativa, non esaltante ma magari istruttiva. Anche se non ci credo.

Di che cosa parlo? Del mio stato di salute fisico e mentale che

ha caratterizzato gli ultimi mesi, pur andando incontro a frequenti alti e bassi. Esattamente tre anni fa fui colpito da una sorta di “folgorazione” che instaurò un mio sciagurato stato di salute che “ancor non m'abbandona”. **Da quel primo episodio non ho più avuto pace e sono quasi sempre andato peggiorando.** Nel corpo e anche, a tratti, un po' nella mente. Con il risultato che sono ancora abbastanza razionale ma sono diventato irragionevole.

Guardiamo la situazione più da vicino. Il corpo è pesante e molto affaticato per almeno tre affezioni: un Parkinson in stadio avanzato, un cuore perennemente sotto sforzo e bisognoso dell'applicazione di un pacemaker, come ho effettivamente fatto più o meno un anno fa, e in più un'insufficienza respiratoria dovuta, forse, a una

sorta di bronchite cronica. Ciascuna di queste tre cose non appare da sola particolarmente pericolosa — magra consolazione, per la verità — ma il loro complesso è tale da fiaccarmi e di tanto in tanto paralizzarmi. L'affezione che più opera in questa direzione è ovviamente il Parkinson: un anno fa mi bloccò completamente e ora mi costringe a muovermi e a camminare con grande sforzo e somma circospezione. Come **un novello Colosso di Rodi**, la bellissima isola greca dove sono nato nel maggio del 1941. Questa mastodontica statua aveva, si dice, il corpo di bronzo ma i piedi d'argilla. Non si reggeva quindi molto bene in piedi.

Un anno fa mi immobilizzai del tutto e mi “rappresi” in una massa corporea compatta. Mi pareva di essere diventato di pietra come La



Cosa, uno dei *Fantastici 4* della serie dei Supereroi. Ma, quasi subito, mi sbloccai per un sortilegio fatto da un giovane fisioterapista: imparai di nuovo ad alzarmi in piedi e tentare qualche passo, per poi ritornare a sedermi in maniera non rovinosa. A poco a poco mi rimisi in movimento con esiti alterni, ma con la forza spesso sufficiente per andare a farmi curare. Cosa che feci, anche qui, con alterne fortune.

Trucchi che funzionano

Passare per una porta, vedere una strettoia, avere un cagnolino intorno, ma anche il mio caro

ziale, portare in avanti la parte alta del corpo — testa, tronco e braccia — in modo da spostare così in avanti il proprio baricentro, termine teorico per eccellenza che si può in questo caso toccare con mano. Così come possiamo quasi toccare con mano, volendo o magari non volendo, l'immagine del nostro corpo come insieme di ingranaggi, corde, pulegge, tiranti e puntoni mosso da diversi motori e motorini. Tutto questo vale nella deambulazione, nel portare nello stesso tempo in mano cose più o meno voluminose o pesanti, o anche nel cercare di mangiare. Se si riesce ad andare oltre il disappun-

duto in queste fasi l'ho appreso o ricostruito più tardi, parlando con altri. Ma esistono anche elementi oggettivi. Qualcuno che mi conosce bene ha avuto l'impressione che in alcune circostanze io non fossi io, e mi sfugge spesso la successione degli eventi che mi sono capitati. La mia mente era in realtà semisommersa. O almeno così mi pareva.

Più di una volta mi sono chiesto se stavo a poco a poco scivolando verso una sorta di malattia di Alzheimer, la più spaventosa delle demenze senili. Chi ne soffre "perde" letteralmente il cervello, poiché intere regioni del cervello

«Un tema delle mie visioni è che io procedo a pancia in giù, come levitando e senza toccare il terreno. L'impressione è quella di un sub in acque basse, un vagare senza posa alla ricerca di non so cosa. Se c'è un cosa»

nipotino, mi paralizza e quasi mi "congela" — il termine non è usato a caso — quando mi muovo o ho intenzione di muovermi. A tutto ci si abitua, sia ben chiaro, e in circostanze particolari come queste si può anche scoprire qualche aspetto del mondo che normalmente s'ignora. Per esempio il **gioco delle leve, del loro fulcro e dell'applicazione delle forze**, che accompagna ogni nostro movimento, anche minimo. Siamo da sempre teoricamente consapevoli dell'esistenza di tutto questo, ma nell'occasione se ne ha un'esperienza diretta, in positivo e in negativo. In negativo, perché certi movimenti non riusciamo a farli, o in positivo, perché impariamo così molti nuovi "trucchi" che funzionano. Per esempio ho dovuto imparare a mie spese che per alzarsi da sedere è utile, o essen-

to, queste esperienze corporee ci inducono a tentare di "vivere" più a fondo.

Insomma il corpo soffre. E la testa? I guai fisici mi rendevano difficile un giusto afflusso di sangue al cervello e inoltre il mio sangue risultava complessivamente poco ossigenato. Su questo non ci sono dubbi, ma non so se sia sufficiente a spiegare il mio stato mentale. A tratti confuso e sempre comunque costretto a rincorrere. Che cosa sperimentavo direttamente? Occorre distinguere ciò che ricordo bene da ciò di cui ho solo un vago sentore. Di questa seconda cosa è molto difficile parlare. Mi ricordo appena che certi eventi mi sono capitati, di soppiatto, per così dire, sfarfallandomi intorno e dando a loro volta luogo ad altri eventi che ricordo un po' meglio. Molto di quanto è acca-

stesso muoiono, una dopo l'altra. Il cervello serve, e perderne un pezzo dopo l'altro ci svuota e ci sfigura. Amnesie, mancanza di concentrazione, e progressiva perdita della facoltà di riconoscere le persone, anche le più familiari, più un numero variabile di disabilità corporee caratterizzano questo morbo orrendo. Quello che mi assicurava era la consapevolezza della non continuità dei sintomi delle due malattie, Parkinson e Alzheimer. Un paio di volte ho fatto anche un test per questo male, ma risultò negativo.

I miei fuochi d'artificio

Avevo però anche delle visioni o, per meglio dire, vivevo spesso delle esperienze visive molto particolari, surreali e inaudite. Non facili da ricostruire anche per sommi capi. Spesso introdotte da

personalissimi fuochi d'artificio. Un lampo di luce attraversa la scena e subito dopo i contorni delle cose appaiono "sbavati" e si moltiplicano in una fuga di immagini speculari. Un tema ricorrente delle mie visioni è che io procedo a pancia in giù come levitando e senza toccare il terreno. L'impressione è quella di un sub in acque basse, un vagare senza posa alla ricerca di non so cosa. Se c'è un cosa.

È inutile dire che in questa fase avevo interrotto la mia abitudine di scrivere quotidianamente al computer almeno qualche rigo, una sventura che si è aggiunta all'estrema difficoltà di leggere, che datava ormai da diversi mesi. Ero sprofondato in quel guazzabuglio del cuore che siamo soliti designare con almeno tre termini: corpo, mente e psiche. **Va subito chiarito che io tendo a distinguere, forse arbitrariamente, la mente dal complesso corpo-psiche.** La mente è quella con cui converso, magari riversandone qualche elemento nella scrittura. Il corpo-psiche è il supporto materiale di tutto questo, uno sprofondo speleologico nel quale sono caduto e del quale vivo quotidianamente le vicissitudini. Ho sempre meditato su certe questioni e, che vi piaccia o meno, vi prego di non riguardare le mie considerazioni come frutto d'improvvisazione.

Dentro di me c'è tutto e la sua carenza. Anche la più prepotente pienezza di vita convive sempre con il suo trascendimento. Non è "essere o non essere" ma **piuttosto essere e non essere.** Tutto questo scompiglio è frutto delle evoluzioni dell'asse corpo-psiche. Ma l'unica che ne possa parlare, e a fatica, è la mente, relativamente estranea, però narrante, ovvero capace di dipanare le matasse per "filarne" un discorso. Anche



Tre immagini dall'album privato di Edoardo Boncinelli, fotografato da bambino a Rodi, dove è nato il 18 maggio del 1941. Rientrato in Italia (i genitori erano fiorentini) ha studiato a Firenze, laureandosi in Fisica con una tesi sperimentale di elettronica quantistica

la mente, ovviamente, origina dal cervello e subisce le intemperanze del corpo, ma è più facile occuparsene separatamente. La mente è quella che ora sta scrivendo qui, ricordando e astraendo elementi discreti dal concreto continuo. Sì, perché **sono cinque o sei mesi che ho ripreso a scrivere.** Ciò è avvenuto progressivamente e contemporaneamente a una mia ripresa di contatto con la realtà. E questo ha rappresentato una stupenda novità. Ho ricominciato a pensare e a tentare di mettere ordine nelle mie bolge interiori.

Le macchine infernali

La triste esperienza di cui sto parlando non ha avuto però solo risvolti negativi. Ho imparato anche tanto, sulla natura dell'essere umano e sui miei legami con il mondo. O, meglio, ho imparato di nuovo. Il giudizio sull'essere umano, per esempio. Un tema questo di eccezionale importanza in sé e cruciale per me, che cerco da sempre di farmi un'idea della vera natura umana. Così che non avrei mai pensato di dover rivedere le mie convinzioni. La permanenza nelle varie cliniche, prima fra tutte la clinica riabilitativa di San Pellegrino, è stata un'esperienza significativa e cogente.

Appena arrivai a San Pellegrino e salii in palestra per gli esercizi del giorno, feci una curiosa osservazione. Nella sala c'erano lettini di tutti i tipi circondati da operatori sanitari, piuttosto giovani, e da una serie di macchine, alcune complesse e mastodontiche, il cui ruolo è far muovere, senza troppo sforzo, i vari pazienti, alcuni piuttosto malconci e segnati nel corpo e nell'anima. **Queste macchine ricordavano la guerra e i suoi strumenti infernali.** Certamente alcune di esse erano state addi-

rittura sviluppate nel quadro di imprese aeronautiche o spaziali di natura paramilitare. Ciononostante il clima della palestra mi pareva quanto di più lontano dalla guerra si potesse immaginare. L'osservazione mi colpì profondamente. Accanto alle inutili crudeltà della guerra e all'accanimento che l'accompagna, esiste nel mondo qualcosa di altrettanto ingegnoso ma utilizzato a fin di bene, qualunque cosa questo voglia dire. Evidentemente dentro di noi esiste una spinta verso il bene non inferiore a quella che ci porta all'inimicizia e all'aggressività. Una considerazione consolante, non c'è dubbio.

all'autonomia, in particolare coloro che non stanno granché bene, ma nei nostri rapporti umani non si possono ignorare le diverse relazioni di dipendenza. C'è una grande, sottile saggezza nel considerare la dipendenza, ogni forma di dipendenza, come parte integrante della vita e come componente non secondaria del suo sapore. Sapore dolce e amaro, come sappiamo bene. La dipendenza è una subordinazione e allo stesso tempo una assicurazione, una disponibilità e una richiesta, una complicità e una confidente intraprendenza. Un'inclinazione a proteggere ma anche a essere protetti. La convinzione

con il lavarmi, cambiarmi, vestirmi e farmi alzare, anzi alzarmi, e continuava secondo l'occorrenza. Con queste persone si condivide la maggior parte del tempo e soprattutto gli eventi e i passaggi critici della giornata, di tutte le giornate della degenza. Ebbene, in questa esperienza ospedaliera non penso che nessun essere umano si sarebbe potuto comportare meglio di quanto fecero quei medici e quegli infermieri. In alto e in basso. Nella cabina di regia come al mio capezzale.

Si è trattato di **un'esperienza indimenticabile, edificante e rassicurante come poche**, che ha

«Dentro di noi esiste una spinta verso il bene non inferiore a quella che ci porta all'inimicizia e all'aggressività. Questo fu solo l'inizio di una serie di riflessioni che mi ha portato a riconsiderare la natura degli esseri umani»

Quindi, la natura umana si può vedere come costruttiva o come distruttiva. Dal momento che è entrambe le cose. Nonostante la sua stranezza, la mia osservazione punta nella direzione di dare più peso di quello che si dà normalmente all'aspetto buono, cioè di soccorso e di accudimento, dell'attività umana. Non voglio dire che questo bilanci totalmente il male che noi commettiamo ogni giorno, ma certo pone tutta la questione in una prospettiva un po' diversa. Non so se in altre circostanze avrei fatto la stessa osservazione, ma è un fatto che le cose si possono vedere anche così. Questo fu solo l'inizio di una serie di riflessioni che mi ha portato a riconsiderare a fondo la natura degli esseri umani.

In primo luogo ho toccato con mano il posto della dipendenza nella nostra vita. Tutti aspiriamo

che quasi tutto debba andare liscio perché qualcuno pensa a noi. Un tema conduttore nella ricerca della pace e della serenità. Un assoggettamento che è anche una forma di estrema libertà. **«Tutti abbiamo una forma di dipendenza, magari da un cane», sembra che abbia detto una volta Freud.**

Accudito in tutto

Quando si è ricoverati in ospedale si hanno contatti con medici e personale specializzato di tutti i tipi — e nel caso specifico di una clinica riabilitativa con molti fisioterapisti ed esercitatori di supporto — ma si è comunque totalmente nelle mani di infermieri (quasi sempre infermiere) e altro personale che ci accudisce e rende in definitiva possibile il nostro soggiorno. L'accudimento giornaliero iniziava ogni mattina

lasciato in me un segno profondo. Allora è possibile essere trattati veramente bene! La cosa più evidente era la straordinaria pazienza che le infermiere e le altre donne che mi giravano intorno mettevano nell'esecuzione delle loro mansioni. Pazienza che poteva addirittura sembrare gioia di vedermi, se non entusiasmo per il nostro rapporto, per quanto asimmetrico potesse essere. Ebbene, nei più di tre mesi di cui sto parlando non è mai capitato che qualcuna perdesse la pazienza. Non tanto con me, che ero, a detta di tutti, un paziente tranquillo e molto collaborativo, quanto con altri degenti assai meno arrendevoli e ragionevoli. Mai, nemmeno una volta.

Come ho detto, quasi tutto il personale che mi accudiva più da vicino in clinica era femminile e questo non poteva non indurmi a

qualche considerazione. «Generalmente parlando, la femminilità si può riassumere nel binomio seduzione e dedizione» è uno dei miei aforismi che ritengo più profondi, ma lascio a voi il giudizio su questa mia affermazione.

Veniamo a un altro punto. Una delle caratteristiche più sorprendenti del nostro cervello è quella che può essere studiato da fuori, come qualsiasi altro oggetto, ma anche dal di dentro, visto che siamo in contatto diretto con lui. Il nostro cervello e la nostra mente vivono minuto per minuto i nostri vissuti e le nostre riflessioni. Questo è soprattutto merito della coscienza di sé, **la parte di noi "che vive e sente e sé in sé rigira" come dice Dante.** Questa caratteristica del nostro cervello ne fa una delle entità più straordinarie e originali del mondo. Questo fatto è importante per la ricerca delle neuroscienze e la sua metodologia, ma anche per chiarire il rapporto del cervello con sé stesso. Che ha perciò almeno due facce: l'Io che osserva e il Me che è osservato. Questa dialettica Io-Me fa di noi gli esseri viventi più particolari, senza la rinuncia ad avere un corpo perennemente agitato.

Infine un paio di considerazioni di carattere prettamente personale. Da una parte, il pieno apprezzamento della libertà e dell'assenza di urgenze temporali. Con la vecchiaia, anche la più tranquilla, ci liberiamo di molti assilli, che diventano moltissimi quando c'è in gioco un'indisposizione. Il mio stato mi dava tanti fastidi, ma mi portava ad apprezzare un nuovo tipo di libertà e un certo grado di disimpegno. Questo mi dava anche la possibilità di dedicarmi a tempo pieno alla stesura dei miei amati aforismi.

Che cos'è un aforisma? Possiamo



Dall'alto: Edoardo Boncinelli all'Istituto di genetica e biofisica del Cnr di Napoli, dove ha lavorato per oltre vent'anni, scoprendo, nel 1985, alcuni geni omeotici, "architetti" che progettano lo sviluppo dell'organismo; il giorno delle nozze nel 1979 e con il nipotino

definirlo concisamente come un motto, più o meno divertente, più o meno critico, più o meno autobiografico e più o meno profondo. Lo scopo è quello di descrivere e stigmatizzare alcuni aspetti della realtà. Fondamentale è la convinzione di saper vedere cose che altri non vedono. Un mio aforisma recente dice: «Per scrivere aforismi si richiedono almeno due doti diverse: un'indole riflessiva, in buona parte di orientamento introspettivo, e una grande padronanza della lingua. E magari una certa

leggerezza di tocco, spesso figlia della domestichezza con la lingua stessa».

Io so di non sapere

Scrivo aforismi da quasi trent'anni, da quando sono arrivato a Milano da Napoli, e su questo tema ho riflettuto spesso. Non passa praticamente giorno che non ne scriva qualcuno, da due o tre a più di una decina, anche oggi che le mie condizioni di salute sono quello che sono. Posso non scrivere niente altro, ma gli aforismi li scrivo. Per lo più li penso la notte o la mattina presto e li scrivo appena sveglio, rammaricandomi spesso di non riuscire a ricordarmeli tutti tutti.

Nei momenti più bui di questi ultimi mesi svegliarmi con in testa qualche saporito aforisma mi dava una gioia profonda e sincera. Spesso rappresentava un po' l'elemento catalizzatore della mattinata e in particolare il benvenuto del risveglio. Una delle caratteristiche più conosciute degli aforismi è che il pensiero da loro espresso ha un'impostazione spesso paradossale, un fatto che rappresenta in fondo una delle principali attrazioni del genere. A ben pensarci, anche l'enorme successo riscosso dal "Io so di non sapere" di Socrate è dovuto alla sua essenza paradossale. Si direbbe insomma che per l'uomo il paradosso rappresenti una forma di verità superiore. Certo, un paradosso colpisce per l'elemento sorpresa e si fa ricordare meglio. Comunque sia, **un'impostazione paradossale mi piace e mi si addice molto.**

Vita è tanto il rumore delle foglie accartocciate che strisciano sul marciapiede quanto l'esplosione del fiore candido della magnolia. E io mi ostino a voler vivere. Tanto, quando c'è la salute ...

@ RIPRODUZIONE RISERVATA

BIG DATA, LA MIGLIOR MEDICINA PER SCONFIGGERE I TUMORI

Il professor Pelicci spiega come le terapie personalizzate abbiano aperto nuove prospettive nella lotta al cancro:

«Con l'immunoterapia un malato su tre guarisce. Si individuano i pazienti a rischio e la spesa sanitaria cala»

Si conoscono e correggono le alterazioni genetiche responsabili della malattia

di **SIMONA REGINA**

Innovazione tecnologica e salute: un binomio vincente. «Perché la rivoluzione che stiamo vivendo in campo medico non sarebbe stata possibile se scienza e tecnologia non fossero avanzate insieme». La rivoluzione a cui fa riferimento Pier Giuseppe Pelicci si chiama medicina personalizzata. «Un nuovo paradigma che nella lotta contro il cancro sta aprendo prospettive terapeutiche promettenti» spiega il direttore della ricerca del Dipartimento di oncologia sperimentale dello Ieo che ha presieduto il board scientifico che ha portato a Milano *The Healthcare to come*.

L'oncologia è il settore di frontiera della medicina personalizzata?

«Sì. Negli ultimi 15 anni sono state introdotte nuove terapie che per alcuni tumori inducono la remissione nel 30-40% dei pazienti. Detto in altri termini, uno su tre con l'immunoterapia guarisce. E parlare di guarigione è rivoluzionario. Anni fa si sperava di riuscire a cronicizzare la malattia per poterci convivere. Oggi siamo sulla strada della cura».

Che cosa ha innescato questa rivoluzione?

«Alla base c'è la possibilità di conoscere, analizzare e correggere le alterazioni genetiche responsabili del tumore. Pertanto il sequenziamento del dna è stato la tappa fondamentale di questo nuovo approccio. Se con la medicina tradizionale si affrontava un tumore partendo dall'organo col-

pito, oggi si guarda ai meccanismi molecolari che l'hanno innescato, indipendentemente dal sito di origine».

Per sviluppare farmaci a misura del singolo paziente?

«Esatto, quindi dobbiamo conoscere il profilo genomico dei pazienti e della malattia».

La tecnologia sta cambiando radicalmente l'approccio alla terapia. Ma anche alla prevenzione e alla diagnosi?

«Sì, a passi da gigante. Se la tecnologia che consente di sequenziare il genoma ha aperto la strada alla medicina personalizzata, la rivoluzione digitale sta accelerando il percorso. Oggi possiamo creare una fotocopia digitale del paziente, collezionando i dati sulla sua storia, l'ambiente in cui vive, il suo dna e il dna del suo tumore. E l'analisi di questa mole enorme di dati può aiutarci a identificare la miglior terapia possibile. Ma non solo. Big data, intelligenza artificiale e machine learning consentono di individuare precocemente i pazienti a rischio, la progressione della malattia...».

Non c'è il rischio che la tecnologia divida la società in sani e malati in base al censo?

«A qualsiasi innovazione è associato il rischio di essere privilegio dei ricchi. Perché la tecnologia costa. La sequenza del primo genoma umano è costata cifre mostruose ed è stato uno sforzo ventennale che ha impegnato centinaia di laboratori nel mondo. Oggi il profilo genetico si ottiene in meno di 12 ore al costo di 1.000-2.000 euro. Il rischio c'è, ma non dimentichiamo che esiste già un gap di salute fra ricchi e poveri che l'Organizzazione mondiale della Sanità cerca di mitigare. Rispetto all'inequità però la medicina personalizzata può aiutare tutti a definire il proprio destino grazie alla conoscenza degli effetti dell'ambiente sulla propria salute».

In che modo?

«Con l'epigenetica contiamo di riuscire a misurare l'effetto dei diversi fattori ambientali, come il cibo, la qualità dell'aria, ecc., sull'insorgenza del cancro. Allora ciascuno di noi, in base al proprio patrimonio genetico, all'ambiente in cui vive e ai suoi effetti sui parametri biologici, potrà tracciare il proprio percorso di vita al fine di massimizzare la probabilità di non ammalarsi. E questa è una buona notizia».

Quale sarà l'impatto della medicina personalizzata sulla sostenibilità del sistema sanitario?

«Enorme, perché può diminuire sia l'incidenza delle malattie, grazie alla prevenzione, sia i pazienti cronici, aumentando la curabilità. E un paziente guarito non grava sul sistema sanitario nazionale. Commettiamo dunque un errore di superficialità se ci concentriamo solo sul costo della singola terapia avanzata confrontandolo con quello di un farmaco tradizionale senza riflettere sull'impatto globale che la guarigione, a fronte dei continui ricoveri, può avere sulla sanità pubblica. Oltre che sulla vita del paziente».

Però i prezzi delle prime terapie personalizzate sono stellari: come farli scendere?

«È vero: alcune immunoterapie costano 4-500 mila euro a paziente. Per ridurre i costi bisogna andare oltre il monopolio nella produzione dei farmaci. Non sono un Don Chisciotte contro le industrie farmaceutiche, ma è possibile trovare nuovi equilibri. Pensiamo per esempio al ruolo degli spin off e delle small biotech company e alla possibilità di creare centri no profit che coinvolgano gli istituti di ricerca e i laboratori universitari affinché siano protagonisti anche dell'implementazione necessaria per portare l'innovazione al paziente».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

«The Healthcare to come» a Milano

Le cure innovative siano disponibili per tutti

Terapie più efficaci perché sartoriali. Messe a punto, cioè, in base alle caratteristiche genetiche e molecolari della malattia del paziente. Di sfide attuali e future della medicina personalizzata si discuterà il 16 ottobre all'Università Statale di Milano nel convegno internazionale *The Healthcare to come*, organizzato da Fondazione Umberto Veronesi e Fondazione Silvio Tronchetti Provera. James Patrick Allison, immunologo statunitense Nobel per la Medicina 2018, aprirà i lavori facendo il punto sulle prospettive di cura introdotte dall'immunoterapia in campo oncologico.

Frontiera della medicina del terzo millennio, la medicina personalizzata punta a identificare nuovi approcci, più efficaci per prevenire, diagnosticare e curare tumori e malattie rare, ma anche patologie autoimmuni, neurologiche, psichiatriche, metaboliche, sulla base del patrimonio genetico, dell'ambiente e dello stile di vita del paziente.

La ricerca in questo settore è in fermento. Si studiano i bersagli molecolari per cambiare definitivamente il corso di molte malattie. E si valutano gli impatti sulla sostenibilità del sistema sanitario, alla luce dei prezzi alle stelle di alcune delle prime terapie disponibili. Perché se fino a qualche decennio fa sembrava fan-

tascienza, oggi è realtà usare geni e cellule staminali come farmaci per riparare organi e tessuti danneggiati o potenziare il sistema immunitario. E la lista dei nuovi farmaci si allunga. Anche grazie al lavoro pionieristico portato avanti dalla ricerca *made in Italy*. L'Italia infatti ha giocato e gioca un ruolo di primo piano nello sviluppo delle nuove terapie cellulari e geniche: nei nostri laboratori di ricerca sono nate tre delle prime quattro terapie avanzate approvate e disponibili per i pazienti.

Oggi però «non è più solo materia da pionieri: la medicina di precisione entra in una fase "adulta". La missione di medici e ricercatori è trovare le migliori soluzioni e fare in modo che siano offerte a tutti coloro che possono davvero beneficiarne» afferma Paolo Veronesi, presidente di Fondazione Umberto Veronesi.

Il congresso sarà dunque occasione di incontro tra esperti del settore, gli stakeholder della comunità medico-scientifica, dell'industria farmaceutica e degli enti normativi, per un confronto che Marco Tronchetti Provera, presidente della Fondazione Silvio Tronchetti Provera, definisce «indispensabile per affrontare tutte le implicazioni che lo sviluppo della medicina di precisione comporta».

S.R.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Premio Nobel

L'americano James Patrick Allison, 71 anni, è direttore del Cancer Research Laboratory di Berkeley. Ha ricevuto il Premio Nobel per la medicina nel 2018

Il dovere di morire

La possibilità di rinunciare a un trattamento medico toglie l'alibi ai sostenitori di una legge per l'eutanasia

Da un lato qualcuno vorrebbe fare di questo pronunciamento la pietra miliare di uno scontato percorso che partendo dall'esaltazione della libertà individuale "ab-soluta" porta diritto alla legittimazione di eutanasia e suicidio assistito, al grande stravolgimento dell'etica medica che per secoli ha retto la nostra professione e ha fondato il nostro rapporto di fiducia con i pazienti. Dall'altro, e su questo

merita soffermarsi con onestà e attenzione, qualcun altro non riesce a riconoscere che i trattamenti medici, di qualsiasi natura essi siano, possono essere rifiutati dal paziente. E' assolutamente necessario, nell'ottica di un medico palliativista che trascorre le sue giornate accanto ai malati affetti da patologie inguaribili, cercare di lasciare intravedere qualche elemento che permetta di ritrovare alcuni punti fermi nel polverone.

(Cancelli nell'inserto I)

Rinunciare a un trattamento medico si può, altra cosa è l'imposizione del "dovere di morire"

FINO A QUANDO NON SAREMO IN GRADO DI ABBANDONARE L'IDEOLOGIA A FAVORE DEL PENSIERO CRITICO, SI CONTINUERÀ SULLA STRADA DELLE SENTENZE

Ricordo che quando ero bambino e salivo con mio padre nella vecchia e disordinata soffitta del condominio vi era molta polvere sospesa nell'aria illuminata dalle lame di luce che entravano tra le tegole. Se spostavamo qualcosa la polvere aumentava e si vedeva ancor di meno. La pronuncia della Corte costituzionale del 25 settembre in merito alla punibilità dell'aiuto al suicidio ha in effetti "spostato" qualcosa nella già intricata e a suo modo polverosa vicenda del fine vita e la visibilità è senza dubbio ulteriormente peggiorata. E' assolutamente necessario, nell'ottica di un medico palliativista che trascorre le sue giornate accanto ai malati affetti da patologie inguaribili, cercare per lo meno di lasciare intravedere qualche elemento che permetta di ritrovare alcuni punti fermi nel polverone.

In primo luogo è triste che, "in attesa di un indispensabile intervento del legislatore", su argomenti di tale rilevanza debba pronunciarsi la Corte costituzionale e non il Parlamento. Una sentenza, e aspetteremo di leggerla per esteso una volta che sarà pubblicata, non è certamente il mezzo migliore per regolare una materia delicatissima e molto intricata, dalle ricadute a dir poco drammatiche sulla vita delle persone. La latitanza della politica, la mancanza dell'esercizio di una necessaria azione educativa della legge nei confronti dei cittadini li lascia in balia degli estremismi, delle reazioni ideologiche frutto della più completa disinformazione. Da un lato qualcuno vorrebbe fare di questo pronunciamento la pietra miliare di uno scontato percorso che partendo dall'esaltazione della libertà individuale "ab-soluta" porta diritto alla legittimazione di eutanasia e suicidio assistito, al grande stravolgimento dell'etica medica che per secoli ha retto la nostra professione e ha fondato il nostro rapporto di fiducia con i pazienti. Dall'altro, e su questo merita soffermarsi con onestà e attenzione, qualcun altro non riesce a riconoscere che i trattamenti medici, di qualsiasi natura essi siano, possono essere rifiutati dal paziente. Piergiorgio Welby, Fabiano Antoniani e altri pazienti allo stesso modo costretti in una situazione da loro stessi giudicata intollerabile possono o non possono avere il diritto di rinunciare ai trattamenti medici? La risposta che la medicina e la nostra coscienza de-

ve dare è che, date determinate condizioni, possono. E se possono farlo, se possono cioè rinunciare a trattamenti giudicati da loro "straordinari", non hanno bisogno di ricorrere all'eutanasia e al suicidio assistito, cose molto diverse dalla rinuncia a mezzi di sostegno vitale. E il medico può o non può avere il diritto di rifiutarsi di sospendere un trattamento salvavita come la ventilazione se un paziente lo richiede? La risposta che dobbiamo dare con fermezza è che può. Nessun medico può essere costretto per forza a eseguire un atto che contrasti con la propria coscienza, un atto legato da un nesso di causalità con la morte di un paziente se pur affetto da una malattia inguaribile e progressiva.

Proviamo a riassumere. Se un paziente malato di Sla non sopporta più una maschera o una cannula tracheale per la ventilazione (proprio questa mattina discutevo un caso di questo genere con una mia collega infermiera) e io avrò fatto di tutto per convincerlo dell'utilità di questo mezzo, gli avrò offerto le migliori cure palliative e l'avrò circondato di tutta la professionalità e l'umanità possibile e lui continuerà a chiedermelo, spiegandomi che preferisce morire sentendo sul volto le carezze della moglie piuttosto che il peso di una maschera per l'ossigeno, quali sono le possibili soluzioni? Se sarà dato corso alla sua richiesta, non ci sarà alcun bisogno di una legge che permetta l'eutanasia o il suicidio assistito e di nessun viaggio in Svizzera. La possibilità di rinunciare a un trattamento medico, sancita dalla legge 219/2017, toglie ogni alibi ai sostenitori di una legge per l'eutanasia e il suicidio assistito, finalmente costretti ad ammettere che i loro fini sono diversi, sono quelli di un "dovere di morire" che minaccia, come già fa in Belgio o in Olanda, anche i più fragili e i più deboli, sempre più spesso non malati in fase avanzata di malattia.

Fino a quando però non saremo in grado di abbandonare l'ideologia a favore della razionalità e del pensiero critico si continuerà sulla strada delle sentenze, delle sterili e pericolose contrapposizioni, della negazione della realtà, delle richieste esasperate. Una strada che rischia davvero di essere senza uscita.

Ferdinando Cancelli
medico palliativista



Assenteismo in ospedale la Procura va avanti

I licenziamenti finiscono nell'inchiesta

SCAGLIARINI A PAGINA 8 >>>

Furbetti in ospedale, si va avanti

I licenziamenti della Asl finiscono nei fascicoli delle Procure su Monopoli e Molfetta

I 51 PROVVEDIMENTI DISCIPLINARI L'IPOTESI DEI RICORSI

Le decisioni sono state tutte notificate
Le 24 sospensioni sono retroattive al
giorno dell'arresto o dell'interdizione

Le persone coinvolte potrebbero
rivolgersi al giudice del lavoro, ma intanto
arriveranno le richieste di rinvio a giudizio

MASSIMILIANO SCAGLIARINI

● **BARI.** I 27 licenziamenti e le 24 sospensioni disposte mercoledì dalla Asl di Bari entrano nei fascicoli di indagine sui furbetti del cartellino negli ospedali di Monopoli e Molfetta. Ieri la Finanza e i carabinieri, titolari delle indagini delegate rispettivamente dalla Procura di Trani (per il «Tonino Bello») e da quella di Bari (per il «San Giacomo») hanno infatti proceduto ad acquisire i 51 procedimenti disciplinari con le delibere firmate dal direttore generale della Asl, Antonio Sanguedolce.

I procedimenti penali tornano dunque a incrociare quelli amministrativi, visto che i fascicoli dell'Ufficio procedimenti disciplinari finiranno tra le prove di accusa nei confronti di tutti gli indagati. La Asl ha applicato la legge Madia, temperata però con i principi espressi dalla Cassazione: chi è accusato di condotte lievi ha infatti evitato il licenziamento, con una sospensione più o meno lunga che - regolamenti alla mano - ha valore retroattivo, dal giorno della sospensione dal lavoro disposta per effetto dei provvedimenti della magistratura. Significa che i due mesi più o meno trascorsi dagli arresti si scomputano dalla sospensione,

che comporta ovviamente anche la sospensione della retribuzione.

I licenziamenti hanno colpito in particolare i dipendenti dell'ospedale di Monopoli, oggetto dell'indagine coordinata dal pm Chiara Giordano (e non dal pm Grazia Errede, come abbiamo scritto ieri). Qui lavoravano 10 dei 12 medici licenziati e 9 dei 10 medici sospesi, tutti accusati di truffa al servizio sanitario regionale per essersi allontanati arbitrariamente dal lavoro dopo aver timbrato il cartellino. Condotte che ora, chiuse le indagini, passeranno all'esame dei giudici penali: i medici coinvolti non sono finora rientrati al lavoro, lo faranno (se non licenziati) una volta scontate le sospensioni cautelari. Fermo restando, naturalmente, il diritto di ciascuno a rivolgersi al giudice del lavoro per impugnare le sanzioni disciplinari emesse in applicazione del contratto di lavoro e del Testo unico dei pubblici dipendenti: i due piani non si intersecano, ma una eventuale assoluzione nel procedimento penale potrebbe avere valore (anche retroattivo) sul fronte del rapporto di lavoro.

La Asl ha completato a tempo di record i 52 procedimenti disciplinari (uno si è concluso con l'archiviazione) che hanno riguardato medici e dipendenti

di comparto (va precisato che tra questi non ci sono infermieri). Già nella serata di mercoledì i procedimenti sono stati comunicati agli interessati o ai loro difensori attraverso le Pec. Un superlavoro (100 delibere pubblicate in un giorno) che si spiega appunto con i tempi ridottissimi imposti dalla legge Madia, che prevede il licenziamento senza preavviso per chi viene scoperto a truffare lo Stato sull'orario di lavoro. Nel caso delle indagini sui due ospedali, la prova è nelle telecamere e nei tabulati con le timbrature. La Asl, attraverso la consulenza del penalista Beppe Modesti e del lavorista Ettore Sbarra, ha però interpretato la legge nel senso indicato da alcune pronunce della Cassazione che introducono il principio della proporzionalità tra la violazione e la sanzione (principio invece assente nella legge): è questo il motivo in base a cui non tutti i lavoratori sono stati licenziati.



L'INTERVISTA Eugenia Roccella

«È stato valicato un limite senza ritorno: la sanità pubblica non può dare la morte»

L'ex sottosegretario: «Intollerabile l'autopercezione della sofferenza»

Sabrina Cottone

■ «Tentammo di fare la legge sul testamento biologico, a seguito della vicenda di Eluana Englaro: sospendere alcune cure anche quando non sei più in grado di esprimerti» ricorda Eugenia Roccella, sottosegretario alla Salute del quarto governo Berlusconi. «La legge bilanciava la libertà di scelta e le necessarie garanzie, infatti contemporaneamente avevamo legiferato sulle cure palliative perché l'idea era: vogliamo dare a tutti le condizioni per sopravvivere alla malattia senza sofferenza. Mancavano quindici giorni, è caduto il governo».

Oggi la Consulta apre all'eutanasia libera o è il male minore, perché l'agevolazione al suicidio è concessa solo a certe condizioni?

«Non è il male minore. E la via al male l'ha aperta la legge 219 del 2017 sul consenso informato e sulle Dat. Allora, nella mia dichiarazione di voto dissi: "è la via italiana all'eutanasia". E tutti a dire: "ma no, no, assolutamente no". Invece l'ha detto la Consulta e con più durezza e di me: se si può scegliere di morire attraverso la sottrazione di acqua e cibo, sia pure somministrati medicalmente, e così morirebbe anche una persona sana, perché non si deve poter morire anche in un altro modo? La Corte riconosce che la 219 è eutanasica. Il resto viene di conseguenza».

Quale limite è stato valicato?

«Il paletto fondamentale era: la sanità non può dare la morte, lo Stato non può dare la morte, i medici non possono dare la morte. Una volta che non c'è più la totale tutela della vita e dici: la sanità pubblica può dare la morte, perché dovrei farlo in un modo solo?».

Esiste anche il tema della tutela della dignità della vita.

«La vita si tutela affermando che qualunque persona vivente è dignitosa, in qualunque situazione. Nel

momento in cui si diffonde la tutela della vita animale, e io sono animalista e mi sono incartata l'estate per tutelare un gatto, perché non dovrei tutelare la vita umana? Esiste una scala delle priorità. Disabili, persone con gravi disabilità psichiche non devono essere tutelati?».

La difesa della vita è un valore in cui credono solo i cattolici?

«La sacralità della vita dovrebbe essere ancora più tutelata da un laico, da chi non ha fede nella vita ultraterrena. Cerchiamo di offrire alle persone fragili le condizioni per vivere al meglio, non offriamo loro la morte».

L'Europa va altrove. È una lotta contro la storia?

«Una volta c'era l'eccezione italiana, fondata sui nonni, la famiglia, il volontariato, la vocazione alla solidarietà. Era un'eccezione positiva che alleggeriva parecchio il welfare. Non credo che da domani chiederanno il suicidio assistito migliaia di italiani, ma non mi convince una lettura positiva del Belgio e dell'Olanda rispetto all'Italia».

Non crede che esista un diritto all'autodeterminazione?

«Non amo la parola autodeterminazione, un tempo ero radicale e mi piace la parola libertà. Il problema è l'autopercezione introdotta dalla Corte, che parla di "qualunque patologia fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che egli reputa intollerabili". Io reputo intollerabile quest'autopercezione senza criteri di oggettività».

È bene che decida il Parlamento?

«Era un bene prima. La Corte ora ha dato i criteri e a leggere il comunicato, i paletti sono blandi e il Parlamento dovrà seguire quella lettura: quando si tratta di sofferenza fisica o psicologica, la strada all'eutanasia è aperta. Forse si può pensare a referendum abrogativi, ma bisogna aspettare di leggere per intero il parere della Corte».



ANIMALISTA

«Ho passato l'estate a curare un gatto, la vita umana vale meno?»



Eutanasia, l'esercito dei 761 pronti a morire

La fila dei 761 italiani pronti alla «dolce morte» Ma i medici si dividono

I dati dell'associazione Luca Coscioni. I dubbi dell'Ordine: la deontologia prevale sulla Consulta

IL PRESIDENTE DELL'ORDINE

Magi: «Il nostro dovere principale resta la tutela della vita del paziente»

IL DOSSIER

di **Francesca Angeli**

«**Q**uando non sarò più in grado di camminare, di muovermi, di parlare se deciderò che non voglio più andare avanti che cosa accadrà? Chi sceglierà per me?» Sono tanti i cittadini italiani che, all'inizio di una malattia neurodegenerativa, si sono rivolti all'Associazione Luca Coscioni, impegnata da anni sul fronte del riconoscimento del diritto di scelta rispetto al fine vita. Vogliono capire, avere informazioni sulla possibilità di accedere al suicidio assistito nel caso in cui nel loro futuro dovessero non essere più autosufficienti. Matteo Mainardi coordinatore della campagna *Eutanasia legale* racconta che l'anno di svolta è stato il 2015, quando Marco Cappato insieme Mina Welby (moglie di Piergiorgio ammalato di distrofia muscolare scomparso nel 2006, quan-

do chiese di essere scollegato dalla macchina che gli consentiva di respirare) annunciarono la disobbedienza civile.

«Da allora in questi anni sono salite a 761 le persone che ci hanno chiesto informazioni in forma non anonima», racconta Mainardi. Centinaia di persone che hanno dato il loro nome e cognome perché vogliono sapere se saranno liberi di scegliere come morire quando il loro corpo non risponderà più alla loro volontà. Migliaia quelli che hanno chiesto informazioni in forma anonima. A nessuno fra loro è stato offerto supporto per accedere al suicidio assistito: solo informazioni. I casi che hanno avuto il sostegno dell'associazione sono pubblici come quello che ha visto protagonista Dj Fabo, Fabiano Antoniani. Il caso che è servito come leva per arrivare alla sentenza della Corte Costituzionale. E ieri la Consulta ha corretto con una nota ufficiale un refuso contenuto nel comunicato. Correzione che in effetti allarga le maglie entro le quali è possibile ricorrere al suicidio assistito visto che nella frase «fonte di sofferenze fisiche e psicologiche» la «e» è sostituita con una «o». Dunque basterebbero le sofferenze psicologiche per entrare nel per-

corso del suicidio assistito da sommare a tutti gli altri requisiti come l'esistenza di «una patologia irreversibile».

Filomena Gallo, segretario dell'Associazione Luca Coscioni nel sottolineare la portata storica della sentenza evidenzia come ora sia più che mai necessaria una legge. «Il reato resta - assicura la Gallo - Ma viene escluso in determinate condizioni. Il Parlamento fino ad ora si è dimostrato incapace di rispondere alle esigenze dei cittadini ma con questa sentenza ci sarà più libertà per tutti».

La decisione della Consulta da un lato ed il vuoto normativo dall'altro però suscitano grandi perplessità tra i medici. Filippo Anelli, presidente dell'Ordine dei medici avverte: «Ad avviare formalmente la procedura del suicidio assistito, essendone un responsabile, sia un pubblico ufficiale rappresentante dello Stato e non un medico». E per Antonio Magi, presidente dell'Ordine dei medici di Roma, non cambia nulla. «Per noi conta il codice deontologico che fra i primi articoli indica il nostro dovere principale, la tutela della vita. Quindi non ci atterremo alla sentenza della Corte», assicura Magi.





PRO E CONTRO

A sinistra,
attivisti
pro
eutanasia
in piazza
per sostenere
il diritto
al suicidio
assistito.
Sopra,
Papa
Francesco

NON C'È SOLO IL PROCESSO PER IL DJ FABO

E per i processi aperti la sorte è incerta

Un iter per decidere sui suicidi già avvenuti non esiste. E c'è un giallo

SI VA VERSO LA NON PUNIBILITÀ

Senza norme pregresse la Procura di Milano intenzionata a chiedere l'assoluzione di Cappato

Luca Fazzo

■ La sentenza, anche se tutta Italia ha capito il contrario, non c'è ancora. La legge che renderà lecito, a certe condizioni, aiutare un aspirante suicida a realizzare il suo proposito, non esiste. A uscire dalla Corte Costituzionale, alle otto di mercoledì sera, è stato solo un comunicato che anticipa (in modo fedele, ma inevitabilmente incompleto) quanto i quindici giudici hanno deciso. Ma perché le norme cambino effettivamente bisognerà attendere il deposito della sentenza: tempi presumibili, intorno al mese e mezzo, se il giudice che la scriverà - il romano Franco Modugno - rispetterà i suoi standard abituali.

Solo a quel punto si capirà davvero l'impatto che la storica decisione della Consulta avrà sui processi già in corso per agevolazione del suicidio, a partire dal più noto, quello al radicale Marco Cappato, accusato per la morte del disc jockey Fabiano Antoniani. È alla Corte d'assise milanese che la Consulta trasmetterà formalmente la sentenza appena sarà depositata, e saranno i giudici milanesi a dover affrontare per primi un tema non facile. Il quadro normativo disegnato dalla Corte appare infatti abbastanza preciso, e disegna in modo quasi rigido i percorsi che andranno seguiti d'ora in avanti da chi vorrà intraprende-

re la strada del fine vita. A essere nebulosa è invece la sorte da riservare ai processi già aperti, per i suicidi già avvenuti. In quei casi il complesso iter previsto dalla sentenza, fatto di dichiarazioni certificate, di pareri Asl, di comitati etici, non è stato seguito per il semplice motivo che nessuna norma lo prevedeva. E quindi?

L'orientamento della Procura di Milano, che conduce il processo a Cappato, è di guardare non tanto alla forma quanto alla sostanza della decisione della Corte Costituzionale. E nel caso di Cappato e Dj Fabo (come era comunemente chiamato Antoniani) secondo i pm milanesi ricorrono tutte le circostanze indicate dalla Consulta per escludere la punibilità dell'aiuto: il proposito di suicidio era esplicito e autonomo, la malattia irreversibile, il malato lucido e consapevole, le sofferenze fisiche e psicologiche intollerabili. E anche il Servizio sanitario nazionale, come richiede la Corte, era stato in qualche modo coinvolto nel caso. Per questo la Procura sarebbe intenzionata a chiedere l'assoluzione di Cappato con formula piena, «perché il fatto non è più previsto dalla legge come reato».

Quella della Consulta sarà, tecnicamente parlando, una sentenza «additiva»: la Corte non cancella parte di una legge (in questo caso l'articolo 580 del codice penale) ma lo modifica inserendovi un inciso, che aggiunge una «causa di non punibilità». Sul testo che verrà adottato ieri c'è stato un piccolo giallo, perché il comunicato diceva che saranno necessarie «sofferenze fisiche e psicologiche» intollerabili: ma si tratta di un refuso, basteranno le une o le altre.



SANITÀ CARENTE

Mancano i dottori: arruolati i semplici laureati

Le Regioni pensano anche di far slittare l'età pensionabile a 70 anni su base volontaria

■ È allarme medici. Pochi, troppo pochi, con code assurde negli ospedali e pazienti costretti ad attendere anche dieci ore per essere visitati quando entrano in codice verde.

La questione è nazionale e urgente, perché mancano 56.000 camici bianchi in Italia, dei quali 1.300 in Veneto. Per tamponare l'emergenza le Regioni il prossimo primo ottobre proporranno al ministro della Salute, Roberto Speranza, un documento, che prevede di immettere nel Servizio sanitario nazionale 10mila camici bianchi fra abilitati e specializzandi. Dentro, quindi, chi non ha ancora concluso l'iter formativo mentre chi vuole potrà restare in corsia fino a 70 anni, derogando all'età pensionabile. La Conferenza delle Regioni ha approvato il documento in 16 punti che include un pacchetto triennale di misure e corregge anche il fronte della formazione.

Per le modifiche bisognerà però attendere la prossima legge di Bilancio. Per evitare l'interruzione di pubblico servizio, poi, le Regioni propongono di immettere nel ssn medici con contratti di lavoro autonomo, anche con altra specializzazione o senza diploma (fanno eccezione anestesia, medicina nucleare, radiodiagnostica e radioterapia).

Saranno anche possibili deroghe su base volontaria all'orario di lavoro e indennità per medici e infermieri disposti a esercitare in zone e servizi disagiati. Si accorcia poi da sei a cinque anni il corso di laurea in medicina, che diventa abilitante e una parte dei corsi di specializzazione si allineano alle durate minime europee.



SALUTE A RISCHIO

ALLARME FARMACI

Gli esperti: verifica su centinaia di medicine. Ecco quali sono

■ L'Agenzia europea per i medicinali chiede controlli a tappeto su alcuni farmaci a caccia di sostanze potenzialmente cancerogene per l'uomo. Al *Giornale* Silvio Garattini, fondatore del Negri consiglia: «Chi ha acquistato un prodotto nel mirino smetta di prenderlo».

Angeli e Sorbi a pagina 14
servizi alle pagine 4 e 5

DOPO IL CASO RANITIDINA

L'Ema: test su tutti i farmaci in Europa

L'Agenzia europea chiede verifiche sulla possibile presenza di sostanze cancerogene

FARMINDUSTRIA

«Siamo sicuri dei nostri prodotti, attenzione alle bufale sul web»
L'Aifa: un'operazione di routine

Francesca Angeli

Roma Controlli a tappeto su tutti i farmaci autorizzati al commercio nell'Unione Europea per il sospetto che possano contenere sostanze potenzialmente cancerogene per l'uomo.

È l'Ema, l'Agenzia europea per i medicinali a richiedere i test per verificare l'eventuale presenza di nitrosammine, elementi che potrebbero essere cancerogeni e che sono la causa del ritiro da parte dell'Aifa, Agenzia italiana del Farmaco, dei lotti di ranitidina. Ovvero la stessa sostanza (la N-nitrosodimetilamina) che era stata incriminata nel 2018, causando il ritiro di molti farmaci antipertensivi con principio attivo Valsartan.

Certo la stessa Agenzia europea specifica che si tratta di controlli precauzionali per sostanze solo «potenzialmente» cancerogene. E anche il direttore generale Aifa, Luca Li Bassi parla di «un'operazione di routine». Ma non ci sono dubbi: l'indagine ha una portata enorme e l'idea che sostanze finalizzate alla cura di disturbi frequenti co-

me l'acidità di stomaco possano contenere sostanze tossiche per l'uomo desta preoccupazione. Già due giorni fa l'annuncio che l'Aifa aveva dovuto ritirare dei lotti di Buscopan antiacido, Ulcex, Zantac e altri medicinali contenenti il principio attivo della ranitidina aveva suscitato preoccupazione tra i consumatori. Sotto pressione in particolare i farmacisti che in diversi casi erano stati presi d'assalto da richieste di informazioni sulle possibili conseguenze dell'assunzione dei farmaci finiti nel mirino dell'Aifa. E ora arriva anche il monito dell'Agenzia Europea che avverte: «Se vengono rilevate nitrosammine in uno qualsiasi dei medicinali, i titolari delle autorizzazioni all'immissione in commercio devono informare tempestivamente le autorità affinché possano essere intraprese adeguate azioni normative».

L'Ema ricorda anche che le nitrosammine: «Sono presenti in alcuni cibi e nell'acqua potabile e quando sono stati trovati nei farmaci il rischio di sviluppare un tumore è stato giudicato basso». Purtroppo come spesso succede quando si diffonde un allarme stanno circolando sui social elenchi di farmaci che nulla hanno a che vedere con le indagini. È l'Aifa a denunciare che si stanno diffondendo liste fake di farmaci e dunque raccomanda di con-

sultare esclusivamente le informazioni pubblicate sul portale dell'Agenzia.

La richiesta di testare i farmaci in commercio ovviamente chiama in causa anche Farmindustria che non si tira indietro e si dice tranquilla rispetto alle procedure di sicurezza seguite dalle aziende. «Sono contento che i controlli abbiano funzionato al meglio, consentendo di mettere in luce la presenza di alcune impurità potenzialmente cancerogene - dice il presidente Massimo Scaccabarozzi. - E fa bene l'Ema a intensificare i controlli affinché ci sia l'assoluta certezza che i farmaci sono sicuri».

Scaccabarozzi si sente di poter affermare che «la produzione di farmaci è un processo estremamente controllato, molto più di ogni altro settore manifatturiero». Le medicine sono «testate» «prima, durante e dopo la produzione, grazie anche alla farmacovigilanza». Dunque Farmindustria è convinta che i controlli finiranno «in un nulla di fatto». Pronti comunque a recepire le indicazioni e le disposizioni dell'Ema, da Farmindustria lanciano pure un appello «ad evitare le fake news» sul web.



I LOTTI RITIRATI

 USO ORALE
 USO ENDOVENOSO

  Ranidil

  Zantac

 Ulcex

 Raniben

 Ranibloc

 Ranitidina Sigma
Tau Generics

 Ranitidina Doc Generici

 Ranitidina Mylan
Generics

 Ranitidina Teva

  Ranitidina Hexal

 Ranitidina Germed

 Ranitidina Pensa

 Ranitidina Zentiva

 Ranitidina Eg

 Ranitidina Ranbaxy
Italia

 Ranitidina Tecnigen

 Ranitidina Abc

 Ranitidina Sandoz

 Ranitidina Almus

 Ranitidina Alter

  Ranitidina Aristo

 Gipsy

 Ranitidina Aurobindo

 Ranitidina Hospira

 Ranitidina Ratiopharm

 Zantac

 Buscopan Antiacido

  Ranitidina S.A.L.F.

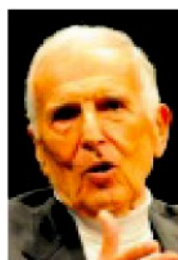
 Ranitidina Aurobindo
Italia

L'EGO - HUB

L'INTERVISTA Silvio Garattini

«Giusta precauzione Ma più pericolosi i cocktail fai-da-te»

**Cautele
Chiedere
ai medici
di sostituire
i medicinali**



Maria Sorbi

■ Sentire che l'Ema, agenzia del farmaco europea, ordina test a tappeto su tutti i farmaci per verificare la presenza di nitrosammine, sostanze potenzialmente cancerogene, un po' di panico lo mette in chi usa prodotti a base di ranitidina, compreso il Buscopan contro l'acidità di stomaco. A spiegare meglio cosa sta accadendo è Silvio Garattini, farmacologo fondatore dell'istituto Mario Negri.

Professor Garattini, ma c'è realmente da preoccuparsi?

«Per precauzione, i pazienti che in farmacia hanno acquistato un prodotto da banco a base di ranitidina, smettano di prenderlo e chiedano al proprio medico come sostituirlo. Detto questo, ci sono cose che sono molto più pericolose, come ad esempio il cocktail di farmaci fai-da-te con le pastiglie che si hanno già in casa».

Cosa pensa dei test chiesti dall'Ema alle aziende farmaceutiche?

«Come prima reazione ho pensato che l'Ema abbia fatto bene, in via precauzionale. D'altra parte ammetto che desta una cer-

ta meraviglia sapere che questi test non vengano fatti a priori, in modo regolare, su tutte le materie prime».

Come funzionano i controlli sui farmaci?

«Ci sono due momenti in cui viene effettuato il controllo di qualità. Prima sul principio attivo e poi sul prodotto finito, quando il principio attivo - in questo caso la ranitidina - viene assemblato con gli eccipienti».

La sostanza cancerogena dove si può nascondere?

«Nelle impurezze, che rappresentano l'1% del prodotto. Qui si possono trovare tracce di nitrosammine. Il restante 99% del farmaco è rappresentato dalla ranitidina e non è certo quella ad essere tossica».

Effettuare i controlli rappresenterà un costo enorme.

«Costerà molto. Anche in termini di tempo. Ma credo che le industrie farmaceutiche siano già in grado di dimostrare i risultati dei test. Li hanno sicuramente già fatti. Si tratta di documentarli. Penso quindi non sia necessaria una nuova operazione da zero».

Ricorda allarmi simili in passato?

«L'Aifa e le altre agenzie nazionali sono intervenute a luglio 2018 con ritiri a scopo precauzionale dei lotti di sartani interessati dalla presenza delle impurezze. Parliamo di farmaci contro l'ipertensione arteriosa e dell'insufficienza cardiaca».

E poi com'è finita?

«Come vede non se ne è più parlato. Evidentemente hanno corretto il prodotto e hanno effettuato tutti i controlli del caso».



MEDICINA

A un'italiana il premio 'Donne per l'oncologia' «Alle giovani dico di essere audaci»

■ BARCELLONA

SESSANTASEI anni, una carriera da oncologa specializzata nei tumori ginecologici e due obiettivi che hanno rappresentato il filo rosso del suo percorso umano e professionale: aiutare le donne malate e promuovere il ruolo della nuova generazione di donne-medico nel campo dell'oncologia puntando anche a posizioni apicali. Con un motto: «Imparate ad essere audaci». È l'italiana Cristiana Sessa, consulente per i tumori ginecologici all'Istituto Oncologico della Svizzera Italiana (IOSI) di Bellinzona e con un passato di ricerca anche in Italia, la vincitrice del prestigioso premio 'Donne per l'oncologia' della Società europea di oncologia medica (Esmo). Il riconoscimento le sarà conferito in occasione del Congresso Esmo, con la partecipazione di migliaia di specialisti da tutto il mondo, che si è aperto a Barcellona.

«Attualmente – racconta Sessa – supervisiono il lavoro dei giovani oncologi specializzati in tumori ginecologici allo Iosi e tra loro molte sono le donne.

Io stessa sono stata fortunata a ricevere questo tipo di supporto da giovane e per questo voglio darlo alle nuove generazioni. Quando sei giovane, è importante avere dei mentori che ti aiutino e ti spingano a pensare 'grande' ma alle donne della mia generazione non è stato insegnato come avere fiducia in se stesse e ciò mi è mancato.

I programmi del comitato Esmo 'Donne per l'oncologia' sono cruciali per questo aspetto». Ma cosa serve alle donne-medico per avere successo? «Prima di tutto – afferma Sessa – devono avere la competenza e l'expertise richieste nel proprio settore. Ma devono poter avere anche la possibilità pratica di partecipare a convegni, incontri e programmi di partnership».



DOCUMENTO REGIONI

Neolaureati in pronto soccorso per sopperire ai pochi medici

Damiani a pag. 30

Dalle regioni un documento con sedici proposte per potenziare le strutture sanitarie

Neolaureati nei pronto soccorso

Specializzandi per sopperire alla carenza dei medici

DI MICHELE DAMIANI

Le regioni dettano la linea per combattere la carenza di personale medico. Dall'utilizzo di specializzandi alla revisione del sistema concorsuale, passando per l'assunzione di lavoratori autonomi, sono 16 le proposte contenute nel documento, approvato ieri dalla Conferenza delle regioni, che verrà inviato al ministero della salute e al Miur. L'obiettivo del documento è proprio quello di «far fronte alla situazione di emergenza riguardante la carenza di medici specialisti in alcuni ambiti specifici». «Mettiamo a disposizione del ministero della salute il documento per condividerlo, nella consapevolezza che siano necessari interventi immediati e quindi normative straordinarie e urgenti», è il commento di **Stefano Bonaccini**, presidente della Conferenza delle regioni.

Accesso al lavoro nel Ssn. La prima proposta riguarda l'utilizzo di medici laureati e abilitati che non abbiano, però, ancora conseguito una specializzazione. «Tale misura rappresenta la più efficace, e potenzialmente più tempestiva, azione per superare l'attuale situazione di carenza», si legge nel documento. La proposta prevede, per il prossimo triennio, l'accesso nel Sistema sanitario nazionale anche per i medici sprovvisti del diploma di specializzazione, «stabilendo l'utilizzo di tali professionisti per lo svolgimento di funzioni adeguate alle competenze possedute». Viene inoltre richiesta

l'approvazione dei nuovi regolamenti sulla disciplina concorsuale, «nell'ottica di aggiornare e rendere più snelle le procedure». Un altro intervento necessario secondo le regioni riguarda la possibilità di scorrimento delle graduatorie: si afferma la necessità di superare quanto previsto dal comma 361, art. 1 della legge di bilancio 2019 (legge 145/2018), che stabilisce come le graduatorie possano essere utilizzate solo per la copertura dei posti messi a concorso. «L'applicazione del predetto disposto legislativo, che senza interventi sarà vigente dal primo gennaio 2020, avrà conseguenze devastanti, anche perché si sommerà all'attuazione della cosiddetta quota 100». Su questa scia, vengono suggerite modifiche ai limiti di età per il pensionamento: «Ad oggi è consentito ai medici di rimanere in servizio dopo i 65 anni fino al raggiungimento del quarantesimo anno di età, comunque non oltre i settant'anni. In questo modo cessano di operare medici che raggiungono i 40 anni di servizio a 66-67 anni, anche se vorrebbero ancora lavorare. Si potrebbe consentire a tutti i medici di rimanere in servizio fino ai 70 anni su base volontaria». Richiesto, infine, un intervento che consenta la stipula di contratti di lavoro autonomo anche per lo svolgimento delle funzioni ordinarie, «laddove risulti impossibile il reclutamento di

medici con rapporto di dipendenza o convenzionato».

Formazione. Sul versante formazione, l'obiettivo delle regioni è «renderla più vicina alle mutate esigenze del Sistema sanitario nazionale». Per farlo, viene avanzata la proposta di attivare percorsi di formazione specialistica presso le aziende sanitarie e ospedaliere, quindi prevedere la possibilità per il giovane medico di svolgere la propria formazione in qualità di dipendente, «instaurando un rapporto a tempo determinato di specializzazione e lavoro». Viene poi richiesta una revisione del corso regionale di formazione specifica in medicina generale, per assicurare «un set minimo omogeneo di requisiti formativi, ritenuti indispensabili a garantire livelli uniformi di assistenza».

Valorizzazione del lavoro. In questo caso, la mission delle regioni è rendere più attrattivo il lavoro all'interno del Ssn. Per farlo sono state elaborate due proposte: la prima concerne la necessità di prevedere risorse aggiuntive per le regioni che siano in equilibrio economico che abbiano migliorato il loro conto economico negli ultimi tre anni.

Questi enti dovrebbero poter mettere a disposizione di Asl e ospedali dall'1 al 3% in più di risorse rispetto alle attuali previsioni contrattuali



«allo scopo di valorizzare le professionalità degli operatori, garantendo anche aumenti retributivi». La seconda prevede la possibilità di derogare alla durata massima degli orari di lavoro per coprire eventuali carenze, sempre con il consenso del medico interessato.

—© Riproduzione riservata—



Stefano Bonaccini

L'EFFETTO DELLA SENTENZA SUL FINE VITA

I MEDICI SI RIBELLANO AL SUICIDIO FACILE

Sconcerto tra i camici bianchi per il verdetto della Corte costituzionale sul caso Cappato. Parla il presidente dell'Ordine di Roma: «Il nostro lavoro non è uccidere, la deontologia vale più di questa pronuncia. Molti miei colleghi sarebbero pronti a disobbedire»

di **MARIA ELENA CAPITANIO**

■ La Consulta ha definito «non punibile, a determinate condizioni», chi agevola il suicidio assistito. Il presidente

dell'Ordine dei medici di Roma (il più grande d'Europa con i suoi 45.000 associati) spiega che tale pronunciamento non verrà seguito da molti colleghi.

a pagina 5

L'INTERVISTA ANTONIO MAGI

I medici si ribellano al verdetto: «Noi non ammazziamo le persone»

Il presidente dell'Ordine di Roma: «Prima della pronuncia della Corte vengono il giuramento di Ippocrate e codice penale. Per chi svolge la nostra professione, uccidere è impensabile: in molti rifiuterebbero di farlo»

di **MARIA ELENA CAPITANIO**

■ Antonio Magi è il presidente dell'Ordine dei medici di Roma e provincia, che con i suoi 45.000 iscritti è il più numeroso d'Europa. Con lui *La Verità* ha parlato della pronuncia della Consulta che ha ritenuto non punibile, in circoscritti e gravi casi, chi agevola il suicidio di un paziente.

A distanza di un anno dalla richiesta alla politica di un intervento legislativo sul tema dell'eutanasia, la Corte costituzionale è tornata a esprimersi sul delicato e tanto dibattuto tema del «fine vita» per chi è affetto da patologie irreversibili. Cosa cambierà da ora in avanti?

«Nulla, in quanto si tratta di una semplice pronuncia che vale però come critica alla politica, che in un anno non è stata in grado di portare una legge in Parlamento».

Quindi se oggi un paziente andasse in ospedale chiedendo di morire, non verrebbe accontentato?

«Certo che no. Noi medici rispondiamo prima di tutto al nostro codice deontologico e poi all'articolo 580 del codice penale, che punisce con la reclusione fino a 10 anni chiunque istighi al suicidio o rafforzi l'altrui proposito di suicidio, o ne agevoli in qualsiasi modo l'esecuzione».

Cosa dice esattamente la deontologia del medico?

«Che il medico è sempre per la vita e non la toglie mai e per nessun motivo».

Però secondo la Consulta non è proprio così...

«Come ho detto, si attende un intervento del legislatore e tra l'altro la Corte ha subordinato la non punibilità al rispetto di limiti molto stringenti, delimitando i casi e imponendo di rispettare la normativa sul consenso informato del paziente».

Quindi è possibile che presto il suicidio assistito diventi legale in Italia?

«Ma non sarà il medico a operarlo, casomai un pubblico ufficiale, una figura del tutto diversa».

E se la non punibilità invece riguardasse proprio i medici?

«In ogni caso farebbe fede il codice deontologico, che attraverso gli articoli 1, 3, 4, 16 e 17 non permette in alcun modo di uccidere, di togliere la vita».

Lei su questo sembra perentorio.

«Il medico ha il dovere di tutelare vita, la salute psico-fisica del paziente, deve dare sollievo nella sofferenza nel rispetto della dignità della persona. Il suo compito non è uccidere».

Se dovesse esserci una legge come auspica la Consulta, un medico però, legalmente, potrebbe praticare l'eutanasia.

«Ma gli verrebbe comminata una sanzione disciplinare, con il rischio di essere persino radiato. Il medico ispira la propria attività professionale ai principi e alle regole della

deontologia professionale, senza sottostare ad altri interessi, imposizioni o condizionamenti esterni. Oltre a ciò, si astiene da trattamenti non proporzionati e non pone in essere in nessun caso un comportamento finalizzato a provocare la morte di una persona».

A parte la deontologia e il giuramento di Ippocrate, lei come reputa la scelta della Corte?

«Noi non valutiamo se la decisione sia giusta o sbagliata, se vada bene o meno. Noi facciamo i medici e, anche in caso di richiesta del paziente, non dobbiamo e non possiamo effettuare né favorire atti finalizzati a provocare la morte».

Il caso di dj Fabo e di chi lo ha aiutato a morire ha sensibilizzato l'opinione pubblica sul tema delle sofferenze di chi ha malattie incurabili e arriva a ridursi in stato vegetativo, spesso dovendo sostenere un dolore fisico e psicologico insopportabile. Non crede che sia giusto in questi casi mettere fine a una vita reputata dalla persona stessa non degna di essere vissuta?



«Guardi, io le posso dire qual è il ruolo del medico, che deve stare vicino al paziente che soffre con profonda empatia e capire, sia dal punto di vista umano che tecnico e della medicina, come alleviare il dolore della persona e come accompagnarla verso la fine. Ognuno di noi, ogni medico, non dimentica i pazienti che ha visto morire, il loro viso, le loro parole, e non è immaginabile, è contro la nostra etica, che sia proprio lui a compiere un atto come quello di mettere fine a un'esistenza».

Quindi saranno tanti i suoi colleghi che, nel caso si facesse una legge, farebbero obiezione di coscienza?

«Certo, è ovvio, anche perché, come ho già detto, rischierebbero di essere radiati dall'albo dei medici. Basta il solo giuramento di Ippocrate per togliere ogni dubbio sul ruolo del medico nella questione di cui parliamo. Noi non possiamo compiere mai atti idonei a provocare deliberatamente la morte di una persona e di certo nessuno può imporcelo, né la Consulta né il Parlamento».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



PERENTORIO Antonio Magi

Da qui al 2028, 80mila camici bianchi in meno

«Mancano i medici. Assumiamo i laureati»

Proposta delle Regioni al governo: ridurre il periodo di studio, contrattualizzare gli specializzandi e in corsia fino a 70 anni

SUSANNA BARBERINI

■ In Italia ci sono diecimila medici bloccati in quello che in gergo viene definito «imbuuto formativo», ovvero sono in possesso della laurea in Medicina ma si stanno ancora specializzando. Sono loro che in attesa di diventare pediatri, neurologi, psichiatri, ginecologi e così via, tamponeranno la drammatica carenza di camici bianchi negli ospedali che ormai ha superato i livelli di guardia con un'assunzione da parte del Servizio Sanitario Nazionale. Almeno stando al piano presentato dagli assessori regionali alla Sanità al ministro Roberto Speranza. La proposta fa parte di un documento in sedici punti, approvato dalla Conferenza delle Regioni che propone provvedimenti per superare l'emergenza, sia temporanei che strutturali e di sistema.

Del resto, stando ai dati forniti dall'Anao Assomed, l'associazione dei medici e dirigenti sanitari italiani, da qui al 2028 l'emorragia di camici bianchi dal SSN è destinata ad aumentare sia per il raggiungimento dell'età della pensione che per il numero di adesioni a "quota 100". In nove anni abbandoneranno oltre 33 mila medici di famiglia e oltre 47 mila ospedalieri e sarà quasi impossibile rimpiazzarli se non si trova un rimedio subito. E così le Regioni propongono interventi urgenti al fine di garantire adeguati servizi sanitari su tutto il territorio nazionale. Anche modificando la normativa sui limiti di età per il collocamento a riposo del personale medico.

LIMITE DI ETÀ

In pratica i camici bianchi potranno restare in corsia fino

a 70 anni. «Attualmente», si legge al punto 4 del documento trasmesso al ministero di Lungotevere Ripa, «i dirigenti medici, raggiunti i 65 anni o i 40 di servizio, devono cessare. In questo modo lasciano medici che raggiungono i 40 anni di servizio a 66-67 anni ma vorrebbero ancora lavorare. Si potrebbe pensare di modificare la norma citata, consentendo a tutti i medici di rimanere in servizio fino a 70 anni, su base volontaria, compatibilmente con lo stato di salute e previa valutazione aziendale».

Non solo. Sono da prevedere, rileva il presidente della Conferenza delle Regioni Stefano Bonaccini, norme che consentano per il prossimo triennio ai medici di stipulare contratti di lavoro autonomo anche per lo svolgimento delle funzioni ordinarie; il conferimento dell'incarico a medici in possesso di altra specializzazione e l'assunzione a tempo determinato degli specializzandi già presenti nelle graduatorie concorsuali».

RISORSE AGGIUNTIVE

Al ministro Fontana è stato inoltre fatto presente, in vista del Bilancio che il Governo si appresta a varare, che serviranno risorse aggiuntive pure per valorizzare con adeguati compensi le professionalità sanitarie rivolte alla guardia medica o in pronta disponibilità sanitaria e per aumentare i posti a livello nazionale nelle scuole di specializzazione. «Infine», ha concluso Bonaccini, «vanno nel contempo valorizzati gli specializzandi, con più specifici obiettivi formativi, e le competenze delle professioni infermieristiche, ostetriche, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione».

Sul piano della formazione, tutta da rivedere così come la programmazione dei fabbisogni, dovrebbero decollare i "teaching hospital": per le borse di formazione specialistica regionali ci saranno contratti a tempo determinato di specializzazione e lavoro presso Asl e ospedali accreditati «in raccordo con l'università». Si accorcia da sei a cinque anni il corso di laurea in Medicina, che diventa abilitante, mentre alcuni corsi di specializzazione si adeguano alle durate minime europee.

«Sono tutte cose che si possono fare presto e bene», ha commentato il governatore del Veneto Luca Zaia che ieri ha partecipato a Roma alla Conferenza. «È molto importante che tutte le Regioni abbiano definito una posizione comune, che ci darà più forza nel rapporto con il Governo, perché è evidente che ancora manca un intervento nazionale che sostenga e accompagni i nostri sforzi».

Il documento non è però piaciuto all'Anao Assomed. Il sindacato dei medici dirigenti ribadisce il suo «no» deciso «ad assumere neo laureati abilitati al di fuori di un percorso di specializzazione». «Diciamo basta alla creazione di aree di parcheggio senza prospettive e destinate solo ad aumentare il precariato», tuona il segretario nazionale Carlo Palermo, «una condizione inaccettabile in un settore specialistico come quello ospedaliero. Così come siamo contrari alle assunzioni con contratti libero professionali che non permettono lo sviluppo delle capacità tecniche e professionali delle équipe che richiede rapporti di lavoro stabili».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



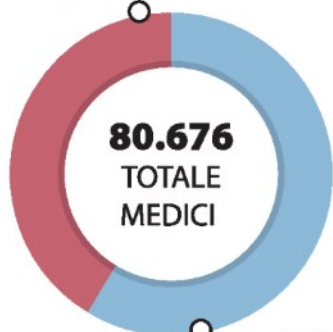
I NUMERI DELL'ALLARME



2018
7.000
medici
mancanti

ENTRO IL 2028 SARANNO
ANDATI IN PENSIONE

33.392
medici di base



47.284
medici ospedalieri

P&G/L

LE PRIME 10 SPECIALIZZAZIONI CHE RISCHIANO CARENZE DI PERSONALE

Il numero di pensionamenti tra il 2019 e il 2025 supera, in molte discipline, il numero di specializzati che entrerà nel SSN

■ Pensionati ■ Nuovi specializzati

Pediatria	6.127	2.805
Anestesia, rianimazione	5.671	4.276
Medicina d'urgenza	5.652	1.471
Medicina Interna	3.857	2.029
Chirurgia generale	3.452	2.178
Radiodiagnostica	3.087	2.483
Malattie dell'apparato cardiovascolare	2.663	1.954
Ginecologia e ostetricia	2.472	1.828
Psichiatria	2.398	1.466
Ortopedia e traumatologia	2.063	1.575

Fonte: ANAAO Assomed Created with Datawrapper

MEGLIO L'AZZARDO DELLA SALUTE

Spendiamo più per i giochi che per la sanità

I soldi complessivi che gli italiani sborsano per lotterie e slot machine superano i costi pubblici per ospedali e case di cura. Quando si tratta di sussidi, mance e agevolazioni, però, tutti piangono miseria chiedendo l'intervento diretto dello Stato

SANDRO IACOMETTI

■ Quando si tratta di chiedere sussidi, aiuti e agevolazioni gli italiani sono tutti poveri. Pensioni da fame, stipendi bassi, precariato, disoccupazione. Nessuno riesce ad arrivare alla fine del mese, tutti invocano il sostegno dello Stato per riuscire almeno, dicono, a sfamare i propri figli.

Quando si tratta di buttare soldi in una slot machine o in una lotteria, però, non si bada a spese. Qualcuno, raramente, viene baciato dalla fortuna e vince milioni con un investimento di pochi euro. Altri sono convinti di riuscire ad ingannare il banco, il quale, in effetti, è obbligato per legge a restituire indietro una quota prefissata di vincite.

Ma la realtà è che questo popolo di sedicenti poveracci ogni anno è disposto a spendere più di 100 miliardi di euro (senza contare i quattrini buttati nelle attività illegali) per tentare la sorte nei giochi d'azzardo, che tutto possono fare tranne che produrre ricchezza o risolvere i problemi sociali delle classi meno abbienti. Nel dettaglio, nel 2018 i soldi sborsati dai cittadini italiani tra lotto, scommesse sportive, casinò online, slot machine e videolotterie sono ammontati a 107 miliardi di euro. In crescita del 5,6% rispetto all'anno precedente.

POLIZZE

Qualche giorno fa il presidente dell'Ivass e dg di Bankitalia, Fabio Panetta, ha ricordato che la cifra enorme spesa in giochi e lotterie legali non solo è raddoppiata rispetto a 10 anni fa, ma fa una certa impressione rispetto ai 17 miliardi di premi del ramo danni non-auto sborsati sempre nel 2018. Il che significa che i cittadini preferiscono gettare i dadi sperando che esca il numero vincente, piuttosto che investire un po' di denari per proteggersi da possibili imprevisti, incidenti, fatalità o altro. Al problema culturale della sottoassicurazione degli italiani si dedicano da tempo istituzioni e operatori. Tra qualche giorno partirà anche un vero e proprio corso di educazione finanziaria organizzato dal sindacato bancario Fabi, finalizzato proprio a sensibilizzare e infor-

mare i cittadini sulla migliore allocazione delle risorse.

Ma il confronto che impressiona di più è quello lanciato da Luca Ricolfi nel corso di un dibattito televisivo nei giorni scorsi su Rete4 con Vittorio Feltri. Rispondendo alle affermazioni del direttore di Libero sulla ricchezza degli italiani, il sociologo ha fatto presente che la spesa per i giochi si allinea a quella che lo Stato spende per la sanità pubblica, che ammonta appunto a circa 110 miliardi. Il tema sarà approfondito da Ricolfi nel suo ultimo libro *La società signorile di massa*, che di qui a poco uscirà per i tipi della Nave di Teseo. L'idea del professore è che il parallelismo tra le due cifre non sia solo un gioco o una provocazione, ma spieghi meglio di altre teorie il comportamento della nostra popolazione.

STATO SOCIALE

Se solo una parte di quelle risorse, invece di essere bruciata nel gioco d'azzardo, fosse dedicata alla tutela della salute, potremmo avere uno stato sociale di stampo nordeuropeo, con servizi migliori e più efficaci. Certo, entrando nel merito ci sono molte valutazioni da fare. La spesa effettiva degli italiani in lotterie e slot machine è più bassa, perché bisogna tener conto delle vincite. I soldi dei giochi portano nelle casse dello Stato circa 10 miliardi di euro sotto forma di tasse. E la sanità pubblica è pagata dalla fiscalità generale, quindi sono gli stessi cittadini, alla fine dei conti, a pagarla.

Ma la sostanza cambia poco. In Italia i cittadini trovano senza problemi il denaro per un gratta e vinci o un biglietto della lotteria, mentre sbraitano se il servizio sanitario nazionale non fornisce gratis tutte le cure di cui hanno bisogno. E l'equivalenza tra le due cifre, quella della spesa sostenuta dai privati per giocare e quella della spesa sostenuta dallo Stato per finanziare le cure dimostra che i conti non tornano. Né quelli sulla povertà degli italiani, né quelli sul welfare, che se continua ad allargarsi come accaduto negli ultimi anni fagociterà presto ben più della metà dell'intera spesa pubblica italiana.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Intervista Massimo Scaccabarozzi

«Porte aperte alle verifiche Ma norme uguali per tutti»

**QUESTA VICENDA
PONE L'ATTENZIONE
SULLA PROVENIENZA
DELLE SOSTANZE
SERVONO REGOLE
UGUALI OVUNQUE**

**LA PRODUZIONE
DEI FARMACI È UNO
DEI PROCESSI
PRODUTTIVI
PIÙ CONTROLLATI
PRIMA DURANTE E DOPO**

Nando Santonastaso

«I controlli funzionano, è nostro dovere tranquillizzare la popolazione». Massimo Scaccabarozzi, presidente di Farindustria, è sereno. «La produzione dei farmaci è uno dei processi più controllati e non esiste un bene così testato prima, durante e dopo, anche attraverso la farmacovigilanza», dice.

L'iniziativa dell'Ema di chiedere di esaminare tutti i farmaci autorizzati al commercio nell'Unione Europea per l'eventuale presenza di nitrosammine, le sostanze cancerogene alla base del ritiro da parte dell'Aifa dei lotti di ranitidina e che nel 2018 era stato anche la causa del ritiro di molti farmaci antipertensivi contenenti valsartan, non lo ha del tutto sorpreso.

«Per la verità non mi aspettavo che venissero diffuse in tempi brevissimi tante notizie non vere e bene ha fatto l'Aifa a intervenire subito per fermare questa deriva. Una scelta che condivido e rafforzo dicendo che le notizie vere sono solo quelle che si trovano sul sito ufficiale dell'agenzia. La sostanza è che le aziende regolatorie in ogni parte del mondo ispezionano tutti i siti

produttivi e questo caso dimostra che il controllo ha funzionato. Dunque è bene che si disponga una verifica perché la sicurezza dei farmaci è ancora più importante dell'efficacia».

Ma quali garanzie hanno i consumatori al di là delle tutele delle industrie produttrici?

«Questa vicenda pone soprattutto l'attenzione sulla provenienza delle sostanze utilizzate. In questo caso il principio attivo incriminato arriva da fuori Italia. Per questo, le agenzie regolatorie devono imporre in tutte le aree geografiche del mondo le stesse norme di sicurezza imposte in Europa e Usa».

Ma vi sentite in qualche modo nel mirino di chi sospetta sempre e comunque che le industrie farmaceutiche non siano trasparenti fino in fondo?

«Io sono assolutamente sereno, se si decidesse di aumentare ulteriormente i controlli sarei del tutto d'accordo. Ma non è che se io trovo un chiodo in un panino devo buttare tutti i panini del mondo. Purtroppo la gente si spaventa e cede in alcuni casi ad una paura immotivata. La produzione di

un farmaco non si improvvisa mai, non nasce la mattina. Ci sono agenzie di altissima qualità scientifica che sovrintendono al sistema dei controlli e delle autorizzazioni. Le garanzie insomma ci sono tutte».

Lei prevede comunque conseguenze per l'industria farmaceutica?

«Non credo. Purtroppo chi non conosce il sistema dei controlli ne ignora l'affidabilità senza dimenticare che in questo caso parliamo di un errore di produzione. I controlli continueranno, e per non può che essere una assoluta garanzia».

Ma i nuovi controlli potrebbero rimettere in discussione il sistema di fiducia tra voi industrie e i consumatori?

«Sono fiducioso che ogni controllo finirà in un nulla di fatto, essendo di natura estremamente precauzionale. Ma come aziende recepiremo le indicazioni e ci atterremo a tutte le disposizioni dell'Ema. Lancio però un appello a tutti: credo sia importante, soprattutto in questo campo, evitare le fake news e invito chiunque voglia informazioni a consultare solo siti istituzionali».

© RIPRODUZIONE RISERVATA





PRESIDENTE Massimo Scaccabarozzi guida le aziende farmaceutiche affiliate a Confindustria

I focus del Mattino

Gli abusi prolungati pericolosi attenzione agli acquisti online

► È già psicosi «ranitidina» ma i medici possono prescrivere farmaci equivalenti

► L'Istituto superiore di sanità: frequenti test sulla qualità delle sostanze chimiche trattate

**A CONTATTO CON L'ACIDO
DELLO STOMACO
ALCUNI CONSERVANTI
POSSONO FORMARE
NITROSAMMINA CHE È
ACCELERATORE TUMORALE**

I QUESITI

Ettore Mautone

Il nome in codice è NDMA e appartiene alla più ampia classe delle nitrosammine: classificata come potenzialmente cancerogena è la sostanza incriminata trovata in tracce in alcuni lotti, prodotti in India e diffusi in Europa, di farmaci che hanno come principio attivo la Ranitidina. Con Ettore Novellino, ordinario di Chimica farmaceutica e tossicologica dell'Università Federico II, accendiamo i fari sulle impurità trovate nel farmaco.

1. Che cos'è la ranitidina? È uno dei più usati antiacidi dello stomaco

La Ranitidina è uno dei primi, più comuni e più efficaci antiacidi dello stomaco. È utilizzata da anni per curare o prevenire le ulcere nella pratica clinica. La Ranitidina inibisce la produzione di acido da parte dello stomaco. Per lo stesso motivo è utilizzata per ridurre i danni dell'acido nel reflusso gastro esofageo, ossia quando l'acido dello stomaco tende a risalire verso l'esofago forzando la valvola che separa questi due organi. L'esofago a differenza dello stomaco non è protetto. Il farmaco in questo caso riduce o annulla questi danni e consente di guarire dalle ulcere. Un altro utilizzo della Ranitidina è la protezione

della parete dello stomaco quando c'è necessità di assumere un antinfiammatorio come l'aspirina o il cortisone. Gli antinfiammatori infatti aumentano la produzione di acido e aumentano il rischio emorragico e di ulcere.

2. Cos'è la nitrosammina È una sostanza che facilita lo sviluppo di tumori

La Nitrosammina non provoca il cancro di per sé ma se assunta per molto tempo facilita lo sviluppo di tumori su lesioni che precedono lo sviluppo del cancro. Una sorta di acceleratore del processo tumorale. I precursori delle nitrosammine sono anche in alcuni conservanti. I precursori delle nitrosammine, sotto forma di nitrati e nitriti, sono utilizzati spesso nell'industria alimentare come conservanti. A contatto con l'acido dello stomaco tali conservanti possono formare piccole quantità di nitrosammina. Se assunte spesso e per molto tempo anche in questi casi possono facilitare lo sviluppo di tumori soprattutto all'apparato digerente. La Nitrosammina è utilizzata nella produzione della Ranitidina

3. Che cosa ci fa la nitrosammina nei farmaci a base di ranitidina?

Si tratta di una delle sostanze utilizzate dall'industria farmaceutica per la sintesi di un pezzo di questo farmaco.

Se la produzione viene realizzata in un regime di scarsa efficienza residuano impurità. Al termine del processo di produzione, invece, la Ranitidina dovrebbe essere totalmente pura. Non dovrebbe dunque trovarsi traccia di Nitro-



sammina impiegata nel processo di produzione. Nei lotti di Ranitidina prodotti in India e ora ritirati dal commercio l'Aifa ha invece trovato tracce di questa impurezza. Ha per questo bloccato i lotti alla vendita e proceduto a controlli a tappeto per accertarne la sicurezza. I controlli hanno funzionato ma è anche vero che le autorità di vigilanza avrebbero dovuto individuare il problema prima della commercializzazione. La scarsa purezza del farmaco è frutto della corsa al ribasso dei prezzi dei farmaci I processi di produzione e purificazioni dei farmaci anche i più noti e a brevetto scaduto richiedono personale altamente specializzato, procedure rigide e macchinari ad alta automazione con successivi autocontrolli molto rigidi. Le politiche al ribasso dei prezzi dei farmaci spingono al ricorso a fornitori dei paesi emergenti come Cina e India dove le procedure sono meno controllate e meno sicure. I farmaci sono sicuri ma occhio ai ribassi I farmaci sono controllati e sicuri ma il ricorso a molecole a più basso costo e prive di brand, quando il brevetto è scaduto, presta il fianco all'utilizzo di principi attivi estratti con metodi meno sicuri. La qualità si paga soprattutto in un settore ad alta specializzazione e innovazione come l'industria farmaceutica. La Nitrosammina si trova solo nel lotto dell'azienda indiana.

4. Perché tutti le specialità a base di ranitidina sono state bloccate? In questi casi prevale il princi-

pio di prudenza

Anni fa scattò un allarme simile sullo squalene utilizzato in alcuni lotti di vaccini per migliorarne l'efficacia. Quel lipide ha poi mostrato di essere sicuro e non c'entrava nulla con l'allarme che era scattato per altri motivi non legati alla somministrazione di vaccini ma alle condizioni cliniche di anziani o malati cronici. L'Istituto superiore di Sanità effettuerà prima tutti i controlli per poi consentire all'Aifa di autorizzare al commercio solo le molecole pure. Il farmaco non può scendere sotto una certa soglia di qualità e di questo bisogna tenere conto negli approvvigionamenti.

5. Chi ha assunto ranitidina rischia qualcosa?

No, sia perché la quantità di sostanza è minima sia perché i controlli vengono fatti periodicamente e sono stati in grado di intercettare il lotto impuro.

Sono le lunghe e massicce esposizioni a questa sostanza a destare il rischio. Dopo i controlli i pazienti potranno tornare a utilizzare questo farmaco? La Ranitidina al pari di altri antiacidi è molto utilizzata nella pratica clinica ma ha anche molte alternative e principi attivi sostitutivi come la Cimetidina, nizatidina e famotidina. Ma anche altri inibitori della produzione di acido nello stomaco che rispondono tutti ai requisiti di qualità e purezza previsti dalla farmacopea. Esistono altri farmaci a rischio di impurezze? Tutta la produzione di farmaci si avvale di metodiche

di estrazione e sintesi e spesso si usano eccipienti e altre sostanze per migliorare l'efficacia del farmaco. Molte grandi case per noti antibiotici o antinfiammatori pur a brevetto scaduto non abbassano il prezzo di vendita in quanto scelgono di tenere alti standard di qualità e purezza delle molecole.

6. È comprensibile spendere di più per puntare su prodotti collaudati. Le offerte su Internet con gli sconti proposti sono sicure?

Se i farmaci sono gli stessi di quelli venduti in farmacia e non ci si imbatte in falsi sì

Non c'è differenza se non il canale di vendita. Spesso le farmacie attivano un canale di vendita online a prezzi scontati per le specialità in giacenza che sono in prossimità della data di scadenza. Altro discorso è il mercato illegale e parallelo da altri paesi che spesso è alimentato da farmaci di dubbia provenienza. E gli integratori? Questi per definizione non sono farmaci e sono garantiti per un uso autonomo e senza ricetta ma secondo i consigli e le indicazioni. Diverso il discorso per i nutraceutici che consentono di assumere in una piccola o un sciroppo i nutrienti presenti nel cibo che consumiamo a tavola, frutta verdura o ortaggi che ottimizzano la disponibilità di sostanza ad esempio presenti nella dieta mediterranea e che hanno mostrato di proteggere la salute e prevenire le malattie.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



INDUSTRIA FARMACEUTICA
Verifiche sulla ranitidina

Sostanze cancerogene

Farmaci, parte il maxi-controllo in tutta Europa

Carla Massi

Dopo due ritiri di farmaci per la presenza di nitrosammine, agenti cancerogeni, l'Agenzia europea del farmaco ha deciso di allargare i controlli in tutta l'Unione. Di portare sotto la lente tutti i medicinali che contengono principi attivi prodotti attraverso una sintesi chimica. Un'iniziativa gigantesca, decisa, con ogni probabilità, per la prima volta. Si corre ai ripari e si intensificano i controlli in tutta Europa. *A pag. 9*

Allerta dell'Agenzia europea

«Impurità cancerogene» Tutti i farmaci nel mirino

►Dopo due prodotti ritirati per presenza ►L'Ema: «Testare ogni medicinale di nitrosammine, i controlli si estendono realizzato attraverso sintesi chimica»

**SCACCABAROZZI
(FARMINDUSTRIA):
«LA SICUREZZA
È ANCORA PIÙ
IMPORTANTE
DELL'EFFICACIA»**

IL CASO

ROMA Dopo due ritiri di farmaci per la presenza di nitrosammine, agenti cancerogeni, l'Agenzia europea del farmaco ha deciso di allargare i controlli. Di portare sotto la lente tutti i medicinali che contengono principi attivi prodotti attraverso una sintesi chimica. Le nitrosammine sono classificate come un "probabile cancerogeno". Questo significa che l'esposizione sopra i livelli di sicurezza può far aumentare (o

diventare concausa) di un tumore a lungo termine.

È stato dato il via ad un'operazione gigantesca. Decisa per la prima volta. Si corre ai ripari, si intensificano i controlli. Ai produttori, dunque, viene chiesto di testare ogni farmaco per verificare, in primo luogo, il rischio contagio. Nel 2018 il ritiro di molti antipertensivi, poco più di una settimana fa l'allarme per i prodotti contro l'acidità gastrica a base di ranitidina, ieri l'annuncio europeo. Lo scorso 20 settembre è stata diffusa una prima lista di 195 lotti di farmaci contenenti il principio attivo ranitidina prodotto dall'officina Sara-Laboratories Ltd in In-

dia e ritirati perché contenenti la N-nitrosodimetilammina (Ndma). Tra questi, 17 di Zantac, 32 di Ranitidina Hex, 77 di Ranitidina Ratio-pharm. Non si trovano più in commercio. Oltre a questa, un'altra lista, aggiornata al 23 settembre, contiene circa 515 lotti di farmaci bloccati. Non ancora ritirati dalla catena di vendita e distribuzione, ma per i quali è stato impo-



sto un divieto di commercializzazione e di utilizzo in attesa che le analisi chiariscano se sia o meno il caso di ritirarli. Tra questi, 13 lotti di Buscopan Antiacido in compresse, 79 lotti di Ranidil, 50 di Raniben, 22 di Ranibloc, 12 di Ranitidina Zentiva, 5 di Ulcex e molti equivalenti come Ranitidina Mylan Generics. Entrambe le lista complete sono sul sito dell'Aifa (aifa.gov.it).

I GENERICI

Si tratta di una "richiesta precauzionale" precisano i supercontrollori ma certo è che l'indagine sarà molto ampia e, soprattutto, lunga. Dovrebbe finire tra sei mesi. "Tutti i medicinali autorizzati per uso umano da sintesi chimica - sono queste le indicazioni - devono ora essere rivalutati, compresi i farmaci generici e quelli di automedicazione".

«Le aziende regolatorie di tutto

il mondo - commenta Massimo Scaccabarozzi, presidente di Farmindustria - ispezionano i siti produttivi e questa è la dimostrazione che la verifica ha funzionato. Bene che si dispongano ulteriori esami. La sicurezza dei farmaci è ancora più importante dell'efficacia». Visto il mastodontico lavoro saranno i vari titolari di autorizzazione all'immissione in commercio dei prodotti a stabilire le diverse priorità sui medicinali per arrivare ad un'analisi totale di quello che è nei laboratori o già messo nelle confezioni lotto per lotto. I medicinali per i quali si prevede una dose giornaliera elevata e quelli per uso cronico dovrebbero, per esempio, essere analizzati per primi.

L'ACQUA

Le nitrosammine sono presenti in alcuni cibi e anche nell'acqua potabile e quando "sono state tro-

vate nei farmaci il rischio di sviluppare il tumore è stato considerato basso" si legge nel documento. Questo non ha evitato che la macchina dei controlli si mettesse in moto. L'Agenzia europea del farmaco è arrivata ad una simile decisione dal momento che le nitrosammine non dovrebbero formarsi durante la produzione della stragrande maggioranza dei principi attivi. Silvio Garattini, presidente e fondatore dell'Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri di Milano parla di «controlli precauzionali». Non è sfiorato da preoccupazione. «Si tratta di sostanze sospette cancerogene - spiega - ma non si sa da quanto tempo ci possono essere queste impurità nei medicinali. Così come le quantità assunte. È giusto assecondare questo sforzo di attenzione. Solo una richiesta cautelativa».

Carla Massi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'allarme

Farmaci contenenti ranitidina ritirati o bloccati in via precauzionale



LA RANITIDINA

È un **inibitore** della **secrezione acida** utilizzato nel trattamento di **ulcera, reflusso gastroesofageo, bruciore di stomaco** e altre condizioni associate a ipersecrezione acida



IL MOTIVO DEL RITIRO

Presenza di un'**impurezza** denominata NDMA, **potenzialmente cancerogena**



A CHI RIVOLGERSI

Se si è in cura con farmaco a base di ranitidina consultare il proprio **medico** (farmaco prescritto) o il **farmacista** (automedicazione)



I FARMACI VIETATI

- **Buscopan Antiacido** (compresse effervescenti)
- **Zantac** (compresse, compresse effervescenti, sciroppo e fiale)
- **Ranitidina Almus**
- **Ranidil** (fiale, compresse, sciroppo, compresse effervescenti)
- **Raniben compresse**
- **Ulcex** (compresse e fiale)
- **Ranitidina Doc Generici**
- **Ranitidina Eg**
- **Ranibloc**
- **Ranitidina Pensa**
- **Ranitidina Alter**
- **Ranitidina Aurobindo**
- **Ranitidina Salf**
- **Ranitidina Tecnigen**
- **Ranitidina Zentiva**
- **Ranitidina Hexal**



LA LISTA COMPLETA

Consultabile sul sito dell'Aifa
<https://aifa.gov.it>

centimetri



La sede dell'EMA a Canary Wharf, a Londra



L'intervista **Luca Li Bassi**

«L'allarmismo non è giustificato è solo un'operazione di routine»

**DIRETTORE
AGENZIA
DEL
FARMACO:
«SERVIRANNO
MESI»**



Luca Li Bassi, Direttore generale dell'Aifa, l'Agenzia italiana del farmaco, sembra essere molto stupito di tanto allarme intorno ai super controlli decisi sui medicinali sotto inchiesta.

Lei rassicura, eppure ci sono stati i blocchi dei lotti di farmaci?

«Lo ripeto. Possiamo assolutamente stare tranquilli».

Certo è che l'operazione si è ingrandita di giorno in giorno nell'ultima settimana. Che ne pensa?

«In realtà si tratta di un lavoro di routine che le agenzie regolatorie europee hanno scelto di intraprendere».

Perché si deve far luce su alcuni controlli e passaggi cui vengono sottoposti i farmaci?

«L'operazione permetterà di assicurare che i medicinali non contengano delle impurità».

Come, appunto, le nitrosamine che abbiamo imparato a conoscere in questi giorni?

«Va ricordato che le nitrosamine sono presenti in natura ma noi dobbiamo assicurare che non siano presenti nei prodotti farmaceutici».

La decisione dell'Agenzia europea del farmaco, l'Ema, di testare tutti i farmaci che potrebbero contenere nitrossamine non l'ha preoccupato?

«Assolutamente no. Si è solo allargato il raggio dei controlli ma non si elevato il livello di allarme».

Ci vorranno dei mesi per concludere l'operazione, vero?

«Tutto dovrà essere concluso nei prossimi sei mesi».

C.Ma.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



C'è bisogno di medici, le Regioni: in corsia specializzandi e 70enni

**NEL NOSTRO PAESE
MANCANO 56 MILA
CAMICI BIANCHI
I GOVERNATORI TEMONO
DI DOVER SOSPENDERE
L'ASSISTENZA**

**LE PROPOSTE PRESENTATE
DALLE REGIONI:
ALLUNGARE L'ETÀ
LAVORATIVA, CONTRATTI
AUTONOMI E VIA LIBERA
AI NEOLAUREATI**

IL PIANO

ROMA A "quantificare" l'emergenza è il Governatore, Luca Zaia: «In Italia mancano 56 mila medici, di cui 1.300 in Veneto». Una situazione, legata anche all'applicazione di Quota 100, che accomuna tutte le Regioni italiane. Che, infatti, hanno prodotto un documento in 16 punti da sottoporre al ministro della Salute, Roberto Speranza.

Tra le proposte, quella di arruolare anche specializzandi, fare contratti autonomi e medici in corsia fino a 70 anni.

IL PIANO

Il testo, approvato ieri dalla Conferenza delle Regioni, coinvolge cinque ambiti di intervento: l'accesso al lavoro nel servizio sanitario nazionale, la formazione, la valorizzazione e l'attrattività del lavoro all'interno dello stesso, il miglioramento della programmazione futura dei professionisti, l'armonizzazione agli standard e ai riferimenti europei in materia di tempi e funzioni. All'interno di un piano triennale rientra l'idea di far accedere al Servizio sanitario nazionale i medici senza specializzazione, garantendo loro di conseguirla sulla base di protocolli d'intesa.

«Dovrà in particolare essere previsto - si legge nel documento - lo svolgimento presso l'Università della parte teorica e presso l'azienda di appartenenza della parte pratica e di tirocinio, garantendo a quest'ultima almeno il 70% del complessivo impegno dello specializzando».

Una misura, questa, su cui i governatori puntano molto, consi-

derandola "la più efficace, e potenzialmente più tempestiva, azione per superare l'attuale situazione". Ma c'è anche un'altra opzione prevista dal documento delle Regioni: la Conferenza chiede infatti modifiche alla disciplina concorsuale e alle disposizioni che riguardano il collocamento a riposo del personale medico. "Si potrebbe pensare di modificare le norme in vigore - suggeriscono i Governatori - consentendo a tutti i medici di rimanere in servizio fino a 70 anni". Si tratterebbe di un'adesione su base volontaria, che dovrebbe risultare compatibile "con lo stato di salute" e disposta "previa valutazione aziendale".

IL RECLUTAMENTO

Le Regioni prevedono inoltre la possibilità che si entri nel servizio sanitario nazionale attraverso contratti autonomi con l'obiettivo di "evitare l'interruzione di pubblico servizio". Una terza opzione, dunque, che sarebbe però percorribile esclusivamente qualora risultasse "impossibile il reclutamento di medici con rapporto di dipendenza o convenzionato", e anche l'assunzione a tempo determinato degli specializzandi già presenti nelle graduatorie concorsuali.

Il piano per combattere la carenza di medici, punta a rendere possibile una erogazione uniforme dei livelli essenziali di assistenza, come spiega il presidente della Conferenza delle Regioni, Stefano Bonaccini: «Proponiamo provvedimenti sia temporanei che strutturali e di sistema che implicano il coinvolgimento di più soggetti istituzionali». Il do-

cumento viene messo "a disposizione del ministero della Salute" per "condividerlo, nella consapevolezza che siano necessari interventi immediati e quindi normative straordinarie e urgenti". Il governatore dell'Emilia Romagna sottolinea inoltre che «serviranno anche risorse aggiuntive per valorizzare con adeguati compensi le professionalità sanitarie rivolte alla guardia medica o in pronta disponibilità sanitaria e per aumentare i posti a livello nazionale nelle scuole di specializzazione».

I LAUREATI

Il documento non è tuttavia stato accolto favorevolmente da Anao Assomed, il più grande sindacato dei medici dirigenti, che contesta sia l'ipotesi che riguarda i neolaureati sia quello relativo ai contratti autonomi.

Il segretario nazionale, Carlo Palermo, spiega che «in Italia ci sono 9 mila specializzandi di Medicina al quarto e quinto anno di corso con contratto a tempo determinato. Non c'è bisogno di prendere medici laureati al primo anno di specializzazione per risolvere la carenza di camici bianchi».

Barbara Acquaviti

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il commento

Le diversità da cancellare tra ospedali al Nord e al Sud

Silvio Garattini

Con l'istituzione nel 1978 del Servizio Sanitario Nazionale (Ssn) ed in seguito con la decentralizzazione regionale (Ssr), sono completamente cambiate le funzioni del Ministero della Salute che ha sempre meno compiti di dettaglio e sempre più funzioni di coordinamento che richiedono specifiche strutture e complesse competenze. Dopo 40 anni cosa può essere modificato o migliorato?

Manca certamente una Scuola Superiore di Sanità che dovrebbe essere una fonte obbligatoria di formazione per i top dirigenti del Ssn e Ssr, anziché essere spesso l'espressione di formazione in sede industriale o più frequentemente frutto di lottizzazione politica. La scuola dovrebbe trasmettere competenze di tipo sanitario e manageriale puntando sulle esigenze del Ssn che richiedono più attenzione alla prevenzione come metodologia fondamentale per la sostenibilità del Ssn, alla validazione scientifica degli interventi, alla ricerca come indispensabile investimento perché venga assicurato un continuo miglioramento dei servizi, alla valutazione comparativa degli interventi per assicurare il miglior rapporto costo-benefici.

Le competenze dovrebbero esercitarsi anche nelle Scuole sanitarie. La formazione del medico, degli infermieri, degli operatori sanitari non può essere lasciata al Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (Miur) completamente avulso dalle necessità di programmazione e soprattutto dall'adeguatezza della formazione rispetto alle esigenze del Ssn.

I medici ed in generale il personale sanitario escono dall'Università con scarse conoscenze del Ssn, delle sue strutture, della sua organizzazione e soprattutto del suo ruolo pubblico che contrasta con l'attività privata rivolta al profitto.

Mentre è stata realizzata

un'agenzia per i farmaci (Aifa) mancano altre strutture che si occupino in modo approfondito degli ospedali, delle apparecchiature scientifiche dei dispositivi medici e dei reattivi diagnostici. Mentre abbiamo un formulario farmaceutico - che dovrebbe essere ampiamente sfoltito - non abbiamo ancora un elenco di tutti gli altri prodotti con relativi prezzi che permetta una omogeneità negli acquisti regionali. Aste nazionali potrebbero essere molto utili per diminuire la spesa ottenendo i migliori prodotti nell'interesse dei pazienti.

Il Ministero della Salute dovrebbe avere una maggiore attività di controllo per evitare la eterogeneità dei comportamenti regionali con gravi differenze fra Nord e Sud del Paese. I livelli essenziali di assistenza (Lea) dovrebbero tener molto più conto della evidenza scientifica. Non dovrebbe essere permesso che alcune Regioni rimborsino prodotti omeopatici e fitoterapici che nulla hanno a che fare con la conoscenza scientifica.

Infine una funzione essenziale del Ministero della Salute dovrebbe essere la ricerca biomedica. La complessità del Ssn esige un continuo sostegno della ricerca scientifica per capire cosa succede nel mondo e per evitare che l'opprimente mercato della medicina abbia il sopravvento sulle reali esigenze degli ammalati. Oggi spendiamo intorno allo 0,3 per cento del fondo sanitario pari a circa 115 miliardi per anno. L'industria del farmaco spende circa il 7 per cento, l'industria degli smart-telefoni spende il 10 per cento del suo fatturato. Non solo ma il Ministero preferisce ascoltare gli animalisti piuttosto che i ricercatori rendendo difficili e addirittura tassando esperimenti sugli animali ancora indispensabili per il progresso delle conoscenze. Come è possibile che il SSN possa essere efficiente? C'è bisogno di ricerca indipendente per fare ad esempio ciò che non sarà mai fatto dall'industria farmaceutica: la ottimizzazione



delle dosi e dei tempi di trattamento, la ricerca comparativa per evitare di pagare prezzi diversi per farmaci che hanno attività simile.

L'Italia ha avuto la buona idea di istituire centri di ricerca a sostegno del Ssn, gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (Irccs) ma purtroppo pressioni localistiche e politiche hanno moltiplicato questi centri spesso troppo piccoli o avulsi dai reali problemi del Ssn. Questi Istituti dovrebbero far ricerca, ma l'impostazione è molto antiquata, di tipo disciplinare quando oggi è indispensabile lavorare in modo interdisciplinare vista la prevalenza della polimorbidità.

Si dovrebbero moltiplicare le reti, la possibilità di svolgere studi clinici controllati e comparativi, nonché la ricerca di tipo preventivo ed organizzativo, ma per far questo mancano completamente le risorse che dovrebbero arrivare almeno al 3 per cento del Fondo sanitario nazionale. Non si tratta di una spesa, ma di un investimento che si ripagherebbe in poco tempo.

L'idea di qualificare Irccs solo i centri con ammalati è un errore perché non corrisponde alle reali necessità visto che la moderna medicina richiede sempre più centri di eccellenza informatica, statistica, robotica, intelligenza artificiale e così via. Altri Paesi hanno già preso questa impostazione, come ad esempio la Germania che per 10 anni spenderà ogni anno 1,8 miliardi di euro per sviluppare nuove strutture scientifiche.

Siamo purtroppo da molti anni in un periodo di stagnazione. Tutto rimane come prima nonostante le continue promesse di cambiamento. Se non si eserciteranno modifiche sostanziali e maggiori risorse il Ssn andrà incontro ad un grande declino privando gli italiani di un bene straordinario per la salute.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

OPERAZIONE VERITÀ/I CONTI DELLA SALUTE NEGATA

SANITÀ, IL NORD INCASSA E AL SUD SI VIVE DI MENO

Nel riparto del fondo nazionale il Settentrione aumenta la quota a scapito del Mezzogiorno già penalizzato e costretto a ridurre la spesa pro capite

di **VINCENZO DAMIANI** a pagina II

OPERAZIONE VERITÀ/SANITÀ DIFFERENZIATA

SALUTE, LO STATO FA FIGLI E FIGLIASTRI AL NORD UN MILIARDO PIÙ CHE AL SUD

Dal 2012 al 2017 i trasferimenti di risorse alle regioni settentrionali sono cresciuti del 2,36%, mentre quelli al Meridione solo dell'1,75%

I conti sono comunque in rosso

La Corte dei Conti: «Perdite

da ricondurre soprattutto al Nord»

LA BALLA

Zaia: «Alcune comunità del Sud, che esportano malati, non hanno avuto meno soldi di noi»

LE DIFFERENZE

La Lombardia ha visto aumentare la sua quota dell'1,08%, la Basilicata soltanto dello 0,42%

LE CONSEGUENZE

Nelle regioni costrette a ridurre la spesa sanitaria, l'aspettativa di vita si sta abbassando

di **VINCENZO DAMIANI**

Dal 2012 al 2017, nella ripartizione del fondo sanitario nazionale, sei regioni del Nord hanno aumentato la loro quota, mediamente, del 2,36%; altrettante regioni del Sud, invece, già penalizzate perché beneficiarie di fette più piccole della torta dal 2009 in poi, hanno visto lievitare la loro parte solo dell'1,75%,

oltre mezzo punto percentuale in meno.

Tradotto in euro, significa che, dal 2012 al 2017, Liguria, Piemonte, Lombardia, Veneto, Emilia Romagna e Toscana hanno ricevuto dallo Stato poco meno di un miliardo in più (per la precisione 944 milioni) rispetto ad Abruzzo, Puglia, Molise, Basilicata, Campania e Calabria.

DATI INOPPUGNABILI

Ecco come è lievitato il gap

tra le due aree del Paese: mentre al Nord sono stati trasferiti 1,629 miliardi in più nel 2017 rispetto al 2012, al Sud sono arrivati soltanto 685 milioni in più.

Basterebbero questi dati - certificati dalla Corte dei Conti nella relazione sulla gestione finanziaria dei servizi sanitari regionali - per smentire il governatore del



Veneto, Luca Zaia che, intervistato dal Corriere della Sera sull'autonomia differenziata, ha detto: «Alcune comunità del Sud, che esportano malati con la valigia in mano, non hanno avuto meno soldi di noi».

Un'affermazione che non trova riscontri nei documenti ufficiali, anzi tutto il contrario: «Nel 2017 - scrivono i magistrati contabili - con qualche lieve variazione rispetto agli anni dal 2012 al 2016, il 42% del totale delle risorse finanziarie per la sanità è assorbito dalle Regioni del Nord, il 20% dalle Regioni del Centro, il 23% da quelle del Sud, il 15% dalle Autonomie speciali».

LA SPESA PRO CAPITE

Le disuguaglianze sono ancora più palesi se analizziamo la spesa pro-capite: nel 2017 lo Stato ha mediamente investito 1.888 euro per ogni suo cittadino, tutte le Regioni meridionali, tranne il Molise (2.101 euro pro capite), spendono meno della media nazionale. In particolare la Campania (1.729 euro), la Calabria (1.743), la Sicilia (1.784) e la Puglia (1.798); mentre la spesa pro capite più alta si registra nelle Province autonome di Bolzano (2.363 euro) e Trento (2.206), in Liguria (2.062), Valle d'Aosta (2.028), Emilia-Romagna (2.024), Lombardia (1.935), Veneto (1.896).

Altri indicatori confermano che, ogni anno, al Nord arrivano maggiori trasferimenti da Roma destinati alla sanità: dal 2017 al 2018, ad esempio, la Lombardia ha visto aumentare la sua quota del riparto del fondo sani-

tario dell'1,07%, contro lo 0,75% della Calabria, lo 0,42% della Basilicata o lo 0,45% del Molise.

Lo stesso Veneto nel 2018, rispetto al 2017, ha ricevuto da Roma lo 0,87% in più. Insomma, il Nord continua ad ottenere più soldi rispetto al Sud: è un dato oggettivo e certificato. Lo dicono i flussi monetari analizzati dalla Corte dei Conti negli ultimi otto anni: la Regione di Zaia, ad esempio, nel 2012 ha incassato 8 miliardi e 536 milioni, nel 2018 è passata a 8 miliardi e 913 milioni, circa 400 milioni in più; la Calabria, invece, nel 2012 ha incassato 3 miliardi e 454 milioni, nel 2018 è salita a 3 miliardi a 522 milioni, appena 68 milioni in più. Potremmo proseguire: il piccolo Molise è passato da 570 milioni del 2012 a 571 milioni del 2018; la Basilicata da 1,023 miliardi a 1,036 miliardi, 13 milioni in più.

MECCANISMO INIQUO

Un più equo meccanismo di attribuzione delle risorse permetterebbe anche alla Puglia di ricevere, mediamente, 250 milioni in più all'anno: è la cifra che l'Emilia Romagna, a parità di popolazione, ha incassato in più dal 2005 a oggi. Negli ultimi 13 anni ha ricevuto 3 miliardi in più rispetto alla Puglia, a parità di popolazione, come evidenziato nel rapporto «La finanza territoriale 2018». Solamente nel 2012, all'Emilia sono andati

7,8 miliardi, alla Puglia 6,97 miliardi, circa 900 milioni in meno. Differenza che è rimasta costante nel corso degli anni, tanto che nel 2018 l'Emilia ha incassato 8,1 miliardi, mentre la Puglia 7,2 miliardi.

I VERI COLPEVOLI

Tutto questo mentre a peggiorare i conti, aumentando il «rosso» nei bilanci del comparto sanitario, sono proprio le Regioni del Nord: è quanto emerge dal «Rapporto 2019 sul coordinamento della finanza pubblica» approvato lo scorso maggio dalla Corte dei Conti.

«Nel 2018 - scrivono i giudici contabili - i risultati di esercizio (senza considerare i contributi aggiuntivi disposti a livello regionale per la garanzia dei Lea) sembrano presentare un seppur limitato peggioramento: le perdite crescono, passando dagli 893 milioni del 2017 a poco più di 1.106 milioni».

Il saldo è simile tra Regioni in piano di rientro e quelle non in piano: le prime vedono crescere la perdita da 139,5 a 205 milioni; per le seconde, il deficit complessivo passa dai circa 753 milioni del 2017 a poco più di 900 milioni. Però, «il peggioramento dei conti - evidenzia la Corte dei Conti - è da ricondurre soprattutto alle Regioni a statuto ordinario del Nord, che passano da un avanzo di 38,1 milioni del 2017 a un disavanzo di circa 89 milioni (un andamento essenzialmente dovuto a Piemonte e Liguria, che presentano nel complesso un disavanzo di oltre 104 milio-

ni) e alla Toscana (in deficit prima delle coperture per circa 32 milioni)».

AL SUD LE BRICIOLE

I numeri parlano chiaro e sono sotto gli occhi di tutti: la Toscana, il cui sistema sanitario viene elogiato e preso come esempio virtuoso, nel 2018 ha prodotto un passivo di 32 milioni circa; il Piemonte ha avuto un risultato negativo di 51,7 milioni; la Liguria ha coperto il disavanzo di 56,1 milioni con risorse iscritte nel bilancio 2019 per 60 milioni.

Tutto questo mentre al Sud, a parità di popolazione, continuano ad arrivare le briciole del fondo sanitario nazionale e, di conseguenza, le Regioni sono costrette a ridurre la spesa sanitaria pro-capite con il risultato finale che si sta abbassando sempre di più l'aspettativa di vita in Campania, Puglia, Basilicata, Molise, Calabria e Sicilia. La speranza di vita media in buona salute alla nascita è pari, per il 2017, a 58,7 anni, ma al Nord è di 60,1 anni, al Centro di 59,7 e nel Mezzogiorno di 58,7.

Non solo: l'indicatore sulla speranza di vita senza limitazioni nelle attività a 65 anni è pari a una media nazionale di 9,7 anni, con valori migliori nel Nord (10,5 anni) e nel Centro (10 anni) e peggiori nel Mezzogiorno (8,2 anni). «Gli indicatori qualitativi e quantitativi sui servizi sanitari regionali - si legge nella relazione della Corte dei Conti - disegnano un sistema con molte disuguaglianze, come dimostrano anche i consistenti flussi di mobilità sanitaria diretti prevalentemente dal Sud verso le Regioni del Nord».

FINANZIAMENTO SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE DAL 2012 AL 2018

Regioni e Province Autonome	2012	2016	2017	2018	Var % 2018-2017	Var % 2017-2016	Var % 2017-2012
Piemonte	7.912	8.043	8.082	8.135	0,65	0,49	2,15
Lombardia	17.197	17.784	17.965	18.157	1,07	1,02	4,46
Veneto	8.536	8.773	8.836	8.913	0,87	0,71	3,50
Liguria	3.026	2.957	2.959	2.972	0,45	0,07	-2,21
Emilia-Romagna	7.836	8.029	8.093	8.164	0,88	0,80	3,28
Toscana	6.674	6.833	6.875	6.932	0,83	0,62	3,01
Umbria	1.609	1.627	1.634	1.644	0,66	0,41	1,54
Marche	2.764	2.804	2.816	2.832	0,55	0,44	1,89
Lazio	9.899	10.413	10.507	10.623	1,10	0,90	6,14
Abruzzo	2.363	2.389	2.402	2.418	0,65	0,54	1,63
Molise	570	566	568	571	0,45	0,42	-0,25
Campania	9.811	10.094	10.141	10.230	0,87	0,47	3,37
Puglia	6.975	7.196	7.240	7.296	0,77	0,60	3,79
Basilicata	1.023	1.027	1.031	1.036	0,42	0,43	0,80
Calabria	3.454	3.474	3.495	3.522	0,75	0,62	1,19
RSO	89.651	92.009	92.644	93.443	0,86	0,69	3,34
Valle d'Aosta	223	230	230	232	0,66	0,20	3,11
P. A. Bolzano	858	901	913	928	1,62	1,37	6,42
P. A. Trento	911	948	959	969	1,07	1,15	5,32
Friuli V. G.	2.199	2.240	2.251	2.267	0,68	0,50	2,37
Sicilia	8.602	8.905	8.960	9.022	0,69	0,62	4,16
Sardegna	2.888	2.966	2.991	3.016	0,84	0,82	3,57
RSS	15.681	16.190	16.305	16.434	0,79	0,71	3,98
FIN. INDISTINTO LEA (ante mobilità)	105.332	108.199	108.949	109.877	0,85	0,69	3,43
Ris, destinazione vincolata	1.795	1.879	1.869	1.868	-0,06	-0,53	4,12
Ris, vincolate altri enti	574	653	653	653	0,00	0,00	13,76
Altre somme accantonate	260	278	281	284	0,73	1,42	8,25
Quote premiali	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00
TOT. FINANZIAMENTO SSN	107.961	111.008	111.752	112.681	0,83	0,67	3,51

Fonte: Delibere CIPE (anni 2012-2017) e Proposta di riparto del Ministero della Salute per l'anno 2018. Dati in migliaia di euro

Fine vita, medici in rivolta

“Decidere non spetta a noi”

Dopo la sentenza della Consulta, molti annunciano obiezione di coscienza e tutti chiedono certezze
 “Altrimenti il suicidio assistito è inattuabile. Dell'ultimo atto si occupi un funzionario pubblico”

di Caterina Pasolini

ROMA — Confusi, preoccupati, bisognosi di certezze. Chiedono chiarimenti al Parlamento, vogliono una legge al più presto che elimini i dubbi per chi, come loro, è in prima linea nella cura dei malati, accanto a chi soffre fino all'ultimo. Si dicono rispettosi della sentenza, ma molti vogliono l'obiezione di coscienza o chiedono che sia un altro, un funzionario pubblico, a dare il farmaco letale al malato che ha chiesto di andarsene.

Il giorno dopo che la Consulta ha dichiarato non punibile l'aiuto al suicidio, in determinati casi, tra i medici le posizioni sono diverse. Comune però è la richiesta che il Parlamento si muova e renda concreta, attuabile e dettagliata la sentenza. Perché oggi la maggior parte non vede proprio come potrebbe applicare nei reparti le decisioni della Corte.

«In base alla sola sentenza il suicidio assistito è praticamente inattuabile, non sapremmo come gestire una richiesta da parte di un malato», dice Adriano Chiò, neurologo responsabile del Centro Sla del dipartimento di Neuroscienze dell'Università di Torino. Per i medici infatti le indicazioni fornite dai giudici sono troppo generiche. Tante le domande che hanno bisogno di risposte dettagliate: chi nello specifico può richiedere il suicidio assistito? Un malato di Sla o anche un paziente con un tumore in fase avanzata? Quali sono in particolare le malattie ritenute incurabili e fonte di sofferenza intollerabile per cui è lecito il

suicidio assistito? Quale comitato bioetico dovrà decidere e da chi dovrà essere composto?

«Vogliamo avere comunque la possibilità di scegliere l'obiezione di coscienza», sottolinea il professor Chiò. In 4 mila medici rianimatori cattolici l'hanno già annunciata prima della sentenza, sulla stessa linea molti che lavorano nell'ambito delle cure palliative, mentre altri duecento dottori hanno dichiarato di essere pronti a rispettare la legge.

Tutti, però, insistono sulla necessità che il parlamento chiarisca e legiferi, e che lo faccia in tempi brevi.

Flippo Anelli, presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei medici dice infatti che «la sentenza va applicata senza se e senza ma, però non dice nulla sulle modalità operative. Deve essere approvata una legge che faccia comprendere quali attività devono essere svolte e da chi. Noi comunque vorremmo continuare a fare i medici quindi a lavorare in senso opposto, per diminuire la sofferenza, far guarire le persone». Per questo chiede che si possa individuare un funzionario dello Stato che prenda atto delle condizioni del paziente «certificate dal medico e sentito il parere del comitato etico avvii una procedura, che non è un gesto medico bensì un suicidio. Non c'è bisogno di uno di noi per fare l'ultimo atto».

Tra chi sta accanto ai malati terminali cercando di diminuire dolore ci sono i medici che si occupano delle cure palliative. «Il suicidio assistito

non deve essere confuso con queste. Noi chiediamo di aumentarle proprio per ricevere meno richieste di quel tipo. Ci occupiamo della sofferenza, senza anticipare o ritardare il momento della morte» dice Italo Penco, il presidente della Società di cure palliative, contrario ad una legge che approvi il suicidio assistito e con molti obiettori tra le sue fila.



ALESSANDRO SERRANO/AGF



RICCARDO ANTIMIANI/ANSA

In prima linea

In alto Mina Welby, moglie di Piergiorgio, morto dopo lunghe battaglie legali. Qui sopra Valeria Imbrogno, fidanzata di dj Faby



La sentenza Quattro punti fermi fissati dalla Corte

1

Malattia irreversibile

Può chiedere il suicidio assistito solo chi è affetto da una patologia irreversibile, dice la sentenza della Corte Costituzionale. Ma i medici vogliono chiarezza su queste parole e sperano che arrivi dai legislatori. Ad esempio cosa si intenda per irreversibile e per quali malattie

2

Libera decisione

La richiesta di morire può essere accettata solo se fatta da un malato considerato pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli. Come del resto previsto da tutti i disegni di legge presentati, che escludevano malati psichiatrici o depressi

3

Trattamenti vitali

Deve essere tenuto in vita da trattamenti di sostegno vitali, come il respiratore, il malato che chiede il suicidio assistito. Così ha deciso la Corte anche se il punto crea molti dubbi: rischia di escludere tanti malati terminali ricoverati in ospedale o a casa senza trattamenti

4

Sofferenze psicologiche

Il suicidio assistito è considerato non punibile e quindi lecito dalla Corte costituzionale per chi è affetto da una patologia irreversibile: questa deve provocare sofferenze fisiche e psicologiche che il malato reputa assolutamente intollerabili



▲ La manifestazione

Un sit-in davanti al Senato, per l'eutanasia legale, organizzato dall'Associazione Coscioni di cui Marco Cappato (nella foto sotto subito dopo la sentenza alla Consulta) è tesoriere



RICCARDO ANTIMIANI/ANSA

Rasi "Caccia alle sostanze cancerogene ecco perché ho deciso i test sui farmaci"



DIRETTORE
GUIDO RASI,
A CAPO
DELL'EMA

***I controlli richiesti
come precauzione
su tutte le medicine
in Europa
Gli inquinanti
sono risultati
pericolosi sui topi***

di **Michele Bocci**

Le nitrosammine sono sostanze potenzialmente cancerogene trovate nel giro di un anno in due farmaci. Prima nel luglio 2018 nel Valsartan, un anti ipertensione prodotto in Cina, e poi di recente nella ranitidina, un principio attivo antiacido alla base di una lunga serie di farmaci, generici e non, tra i quali anche un tipo di Buscopan. L'Ema, Agenzia europea dei medicinali ha deciso di ritirare i prodotti a rischio appena arrivate le segnalazioni e ieri ha fatto di più. Ha infatti chiesto alle industrie farmaceutiche di verificare se in tutti i medicinali diffusi in Europa ci sono tracce di nitrosammine. Il direttore dell'agenzia, Guido Rasi, ha trascorso tutta la giornata in riunione, per discutere del caso. È stato lui, con i suoi collaboratori, a far partire il controllo a tappeto.

Professore, quali sono i rischi per la popolazione?

«Per ora sono soltanto potenziali, abbiamo adottato un principio di massima precauzione. Sapevamo

che avremmo creato qualche ansia, ma vogliamo che tutti i prodotti che arrivano ai pazienti europei vengano valutati e siano sicuri. Questo non vuol dire che ci sono nitrosammine in altri farmaci oltre a quelli già ritirati».

Quanto sono pericolose le nitrosammine?

«Sembrano essere cancerogene nel lungo periodo, cioè dopo un grande accumulo. Ma lo abbiamo visto sui modelli sperimentali, sui topi, e non sappiamo se il rischio sia lo stesso per l'uomo. Comunque non vogliamo rischiare».

Adesso cosa succede?

«Chiediamo a tutte le aziende di controllare tutti i farmaci che mettono in commercio in Europa per valutare se la procedura di produzione implica la presenza di nitrosammina».

Ma in quale punto della catena produttiva avvengono i controlli?

«Sia all'uscita della fabbrica che nelle fasi successive. Il problema è emerso grazie al continuo miglioramento dei sistemi analitici. La sostanza a rischio trovata nel 2018, appena cinque anni fa non saremmo stati in grado di vederla. Del resto i controlli si migliorano di anno in anno».

Non la preoccupa vedere che lo stesso contaminante è stato trovato in prodotti usciti da due stabilimenti diversi, in Cina e in India, a un anno di distanza?

«Le due situazioni sono diverse. In effetti per i sartani la formazione delle nitrosammine potrebbe essere collegata al processo di sintesi del farmaco. Nella ranitidina, invece, potrebbe essere connessa alla chimica del farmaco, cioè slegata dalla produzione. Come vede stiamo scoprendo continuamente cose nuove. Comunque tutta la ranitidina è ritirata, del resto i pazienti hanno molte alternative terapeutiche a quel medicinale».

C'è anche la globalizzazione, con la produzione di quasi tutti i principi attivi spostata in Asia,

dietro questi problemi?

«Forse questo vale per i sartani ma non per la ranitidina. Ripeto, stiamo dimostrando la potenza della farmaco vigilanza in Europa e l'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) ha avuto un ruolo molto importante, soprattutto per l'allarme legato alla ranitidina».

Quanti esami vengono fatti per controllare i farmaci?

«Sono decine. Via via che scopriamo nuovi potenziali problemi, come in questo caso, aggiungiamo un'analisi. Questo deve tranquillizzare i cittadini perché è la dimostrazione che questo settore è controllatissimo e appena ci sono problemi anche potenziali scattano gli alert, come in questo caso. Non avviene la stessa cosa, faccio notare, per prodotti naturali, nutraceutici, integratori che arrivano in commercio dopo molte meno verifiche».

Come avete scoperto il problema della ranitidina?

«È stata una ditta nell'ambito di un controllo a trovare quel fattore inquinante, sempre a dimostrazione di come i sistemi di allarme funzionino. Appena ce lo ha detto ci siamo mossi. Siamo stati più veloci degli Usa, del resto nel nostro continente siamo decisamente più forti nei controlli sulla sicurezza che nell'invenzione di medicinali».

Chi paga per i controlli extra?

«Le aziende farmaceutiche. Abbiamo chiesto a tutte che rivalutino la catena di produzione. È stata avviata un'azione corale e massiva che forse non si era mai vista per un problema di questo tipo».



SALUTE

Medici in corsia fino a 70 anni e superticket

Marzio Bartoloni

L'emergenza carenza medici entra prepotentemente nel menù della prossima manovra e probabilmente ce ne sarà traccia anche nella Nota di aggiornamento al Def. Ieri le Regioni hanno presentato un piano straordinario triennale che sarà illustrato martedì al ministro della Salute Roberto Speranza che prevede misure d'emergenza che vanno dal ricorso ai medici specializzandi ai semplici laureati in Medicina (abilitati ma ancora non specializzati). Il piano prevede anche su base volontaria la possibilità di far lavorare in corsia i medici fino a 70 anni (oggi in pensione a 65 anni o con 40 anni di servizio), oltre alla stipula di contratti di lavoro autonomo per coprire i buchi in ospedale. Una cura da cavallo perché sono «necessari interventi immediati e quindi normative straordinarie e urgenti», ha spiegato il presidente delle Regioni Stefano Bonaccini. A confermarlo anche il ministro Speranza che in cima alle sue priorità ha messo la carenza dei medici - entrata anche nel Patto per la Salute che discuterà con le Regioni - e lo stop al superticket da 10 euro: «Abbiamo bisogno di dare una mano a chi è rimasto indietro in questi anni. Penso, prima di tutto, alle tante persone che non si curano come dovrebbero per motivi economici».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Roberto Speranza**

Per il ministro della Salute «bisogna dare una mano a chi è rimasto indietro in questi anni»



ETICA E DIRITTO

LA SENTENZA
NON ISTIGA
AL SUICIDIO

VLADIMIRO ZAGREBELSKY

Il dettagliato comunicato della Corte costituzionale sulla sentenza che ha dichiarato incostituzionale l'articolo del codice penale che puniva incondizionatamente chi avesse aiutato una persona a mettere in atto la sua decisione di por fine alla propria vita, consente qualche nota di commento anche senza attendere la pubblicazione della motivazione. Vengono subito in luce alcune questioni. Prima di tutto è chiara la estrema cautela dimostrata dalla Corte, che ha posto una serie di condizioni alla depenalizzazione dell'aiuto al suicidio. Una cautela che l'ha portata a delimitare strettamente i casi in cui l'aiuto prestato non sarà più punito. Il rigore manifestato dalla Corte rende incomprensibili alcuni primi commenti che lanciano l'allarme sull'incombente suicidio di Stato e sulla cultura della morte che starebbe per prevalere.

In realtà la Corte ha ripreso la definizione dei casi in cui era incostituzionale punire l'aiutare colui che abbia già deciso di darsi la morte, che aveva descritto nella ordinanza di un anno fa: deve trattarsi di "un paziente tenuto in vita da trattamenti di sostegno vitale e affetto da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che egli reputa intollerabili, ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli". Come si vede la Corte ha definito situazioni gravissime e limitate. Non solo, ma essa ha anche cercato tra le leggi già vigenti quelle pertinenti, per definire le modalità ammissibili per l'aiuto dato al suicida. La Corte ha stabilito che tutto debba svolgersi nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale. Importantissima condizione, che rende priva di fondamento la previsione di chi denuncia l'imminente apertura in Italia di cliniche della morte.

Giò detto per sottolineare la prudenza della Corte e l'evidente sua consapevolezza della gravità e delicatezza del tema che doveva affrontare, vanno segnalate alcune difficoltà. È probabile che con questa sentenza i giudici che avevano sollevato le questioni di costituzionalità ora decise dalla Corte costituzionale possano definire senza troppe difficoltà i processi pendenti davanti a loro. Ma la legislazione che deriva ora dalla sentenza della Corte si applicherà naturalmente anche ai casi futuri. Ed è per i casi futuri che i problemi sono seri. Perché prima dell'intervento dei giudi-

ci, caso per caso, saranno i medici del Servizio Sanitario Nazionale a doversi confrontare con richieste di aiuto al suicidio provenienti da pazienti che si trovano (o paiono trovarsi) nelle condizioni descritte dalla Corte. Da un lato dovranno assicurare l'attuazione di quanto la Corte ha deciso, ma dall'altro avranno come guida norme generiche, non definite in funzione di questa specifica finalità, in un quadro di incertezza. È quindi ben comprensibile che la Corte abbia dichiarato indispensabile l'intervento legislativo. Al Parlamento si chiede ora di provvedere rapidamente, con leale osservanza dei principi costituzionali enunciati dalla Corte.

E così si arriva al tema finale. Se, come è chiaro, la soluzione adottata dalla Corte costituzionale è al tempo stesso obbligata, ma anche insufficiente, ancora una volta la colpa è del Parlamento, dei parlamentari, dei partiti politici, che non hanno adempiuto al loro dovere. Non è la prima volta e non solo in casi di particolare complessità, come questo. Da sempre il Parlamento ignora o lascia troppo a lungo senza risposta le indicazioni della Corte costituzionale (le si chiama moniti) che segnala la necessità di mettere la legislazione in linea con la Costituzione. La vicenda che ha portato alla sentenza sul suicidio assistito indica, con ogni verosimiglianza, un cambio di passo. Di fronte alla inefficienza, noncuranza, incapacità del Parlamento e delle forze politiche che lo compongono la Corte ha ora fatto intendere di essere pronta a pienamente adempiere al proprio ruolo di guardiana della Costituzione e di non essere più disposta a tollerare che norme incostituzionali siano lasciate troppo a lungo in vita.

Gli strumenti di cui dispone la Corte non sono però quelli del Parlamento. I suoi interventi, come in questo caso, lasciano aperti problemi non da poco. L'architettura originaria del sistema costituzionale e la definizione del ruolo proprio di ciascun potere finiscono per essere alterati. Anche di questo problema va fatto carico al Parlamento. —

© BY NC ND ALL RIGHTS RESERVED



Severino Mingroni, 60 anni, ha la sindrome Locked-in, ma riesce a comunicare con il computer

“Intrappolato da 25 anni nel mio corpo Lasciatemi libero di vivere o morire”

LA STORIA

MARIA ROSA TOMASELLO
ROMA

Al suicidio assistito Severino Mingroni finora non ha mai pensato. Così dice, dalla sua casa di Casoli, in provincia di Chieti, da dove comunica con il mondo grazie a un headmouse (un sistema di puntamento con il capo collegato a un computer) che gli consente di scrivere email e sms, di usare Facebook, di raccontare la sua storia attraverso un blog, di combattere con la forza delle parole le sue battaglie. La sua è la storia di due vite. Quella passata, da «normodotato e piccolo borghese». Quella presente, in cui vive da quasi mezzo secolo perfettamente lucido e cosciente ma intrappolato nel suo corpo.

«Sono un disabile acquisito, gravissimo e irreversibile, con la sindrome di Locked-in, a seguito di una trombosi alla arteria basilare, avuta a 36 anni e più mesi – spiega - Adesso ne ho 60 e più mesi, e non ho mai pensato al suicidio assistito per ora, ma ho redatto le Dat (Disposizioni anticipate di trattamento, ndr) verso la fine del 2017, rese pubbliche sul sito dell'Associazione Luca Coscioni. I miei familiari, mia sorella, mia procuratrice generale, e suo marito, insieme a Filomena Gallo e Mina Welby, segretaria e co-presidente della Associazione Luca Coscioni, sono stati testimoni delle mie Dat, redatte da un notaio».

Le indicazioni di Mingroni dettano quali trattamenti escludere, o quali avviare, nel caso in cui le sue condizioni fossero tali, e senza possibilità di recupero, da impedirgli di

esprimere le sue volontà. A partire dal rifiuto di forme di respirazione meccanica o nutrizione artificiale davanti a una malattia terminale o una lesione cerebrale irreversibile.

L'eutanasia è «una scelta facoltativa del malato terminale» sostiene, e a chi afferma che possa diventare il primo passo verso l'eliminazione dei più fragili e ammalati, replica: «Se è frutto delle Dat, redatte autonomamente, o attraverso fiduciari, come nel caso mio, ma non solo nel caso mio (penso a chi è “solo” tetraplegico), nessuno può parlare di eliminazione di più fragili e ammalati. Io, pur avendo la sindrome del chiavistello, sono stato capace di autodeterminazione facendole redigere e autenticare». È la libertà individuale, dunque, che deve essere messa al centro. Della lunga strada che ha portato alla decisione della Consulta sul fine vita dice: «Il Parlamento non ha voluto discuterne in 11 mesi, perché diceva di avere cose più importanti da fare: lei ci crede? Io assolutamente no, perché “potere è volere”, o viceversa!». Ma poiché la sentenza non scioglie tutti i nodi, e ribadisce invece la necessità di un definitivo intervento del legislatore, molti fronti restano aperti. A partire da quello della scelta del medico di fronte all'annuncio di obiezione di coscienza di quattromila medici cattolici. «Non so se una ipotetica legge sul suicidio assistito prevederà l'obiezione di coscienza, ma se la prevedesse, cercherei un medico come il dottore di Piero Welby (Mario Riccio, dirigente dell'associazione Coscioni) che, forse, rispetterebbe le mie Dat». È que-

sto, dice, che si aspetta dal futuro. Il rispetto della sua volontà, niente altro: «Sogni non ne ho, solo questo».

Ma la sua è una vitalità tenace. «Trascorro le giornate guardando la tv sul mio Mac, leggendo l'ottima rassegna stampa della Luca Coscioni (di cui è consigliere, ndr) riportandola su Facebook e Twitter, messaggiando sui social e su WhatsApp con pochi amici e parenti. La forza di andare avanti me la danno la mia famiglia e l'informatica, che mi permette di comunicare con tutto il mondo perché, come recita un assioma degli anni '70, non si può non comunicare». Anche se non può bastare. Racconta in una commovente pagina del suo blog ricordando la sua «compagna di sventura» Mara Scarponi, che «andò in Svizzera per il suicidio assistito, ma non ebbe il coraggio di farlo»: «L'ultima volta che andai in depressione fu nel novembre scorso: chiesi una sedazione terminale. Mi dissero che la facevano solo ai malati terminali, cosa che io non ero». Frammenti di quella che definisce «una vita infernale», che grazie alle parole che creano relazioni può ancora essere vissuta. —

© BY NC ND DAL CUNO DIRITTI RISERVATI

SEVERINO MINGRONI
CONSIGLIERE
ASS. LUCA COSCIONI

Il Parlamento non ha voluto discutere di fine vita per 11 mesi: "aveva altro da fare", voi ci credete?





SEVERINOMINGRONI.BLOGSPOT

Severino Mingroni, 60 anni, con una assistente

Dopo il ritiro dei prodotti a base di ranitidina, l'Agenzia europea sollecita test su ogni classe di medicinali. "Sui social diffuse liste false"

Allarme sulle sostanze a rischio cancro Controlli a tappeto su tutti i farmaci

SILVIO GARATTINI
FARMACOLOGO



Gli accertamenti precauzionali sono una buona notizia, stupisce che non siano fatti a monte

IL CASO

PAOLO RUSSO
ROMA

Mentre a scopo precauzionale l'Aifa, l'Agenzia italiana del farmaco, vieta l'utilizzo di medicinali a base di ranitidina, tra cui i noti antiacidi Buscopan, Ranidil e Zantac, l'Ema, sua omologa europea, sollecita controlli a tappeto da parte delle industrie che producono tutti i farmaci sintetizzati chimicamente, compresi generici e prodotti da banco acquistabili senza ricetta in farmacia. Insomma, larga parte dei medicinali commercializzati in Italia e in Europa. Una richiesta non da poco motivata dalla necessità di escludere nei prodotti la presenza di nitrosammine, sostanze presenti in alcuni alimenti e nell'acqua, non pericolose quando ingerite in modica quantità, sospettate di essere cancerogene a dosi maggiori. Nel frattempo l'Ema raccomanda a medici e pazienti di continuare ad usare i farmaci come di consueto, tenendo conto delle informazioni contenute nei foglietti illustrativi.

L'Ndma, che fa parte della stessa famiglia, era stata rilevata lo scorso anno in una classe di farmaci antiipertensivi, i sartani, già allora oggetto di momentanea sospensione della vendita. Ora, per lo stesso motivo, sotto sequestro sono finiti alcuni lotti di pillole a base di ranitidina pro-

dotti dall'indiana Saraca. La stessa Agenzia in via precauzionale ha anche vietato l'uso di tutti i farmaci commercializzati in Italia con lo stesso principio attivo. Una lista già nutrita che i sempre attivi produttori di fake sanitarie hanno subito pensato di arricchire, diffondendo sui social elenchi contenenti medicinali anche molto noti, come gli analgesici Moment e Antalgin, che con la ranitidina non hanno nulla a che fare. Tanto che l'Aifa si è dovuta affrettare a diffondere una nota «antipánico», precisando che gli unici medicinali oggetto del ritiro e del divieto di utilizzo sono quelli elencati alla pagina dedicata del sito dell'Agenzia.

Ma a volerci vedere chiaro è oral l'Agenzia europea Ema, dove il caso italiano ha fatto scattare la campanella d'allarme. Anche perché il problema non riguarda la molecola ranitidina che è in sé per sé sicura, quanto eventuali falle nei sistemi produttivi, che quando vengono utilizzati determinati solventi e reagenti o altre materie prime possono generare impurità, come la presenza della potenzialmente cancerogena Ndma. Sebbene, precisa sempre l'Ema, non si prevede la presenza della sostanza «per la stragrande maggioranza dei casi». In più -ricorda l'Agenzia europea- se è vero che le nitrosammine sono classificate come possibili agenti cancerogeni sull'uomo e che l'esposizione a lungo termine sopra determinati livelli può aumentare il rischio di cancro, è anche accertato che «quando sono state rilevate nei medicinali il rischio di sviluppare tumori è risultato molto basso». Insomma niente allarmismi ma come sempre avviene in questi casi occorre indagare. Per questo le aziende produttrici dovranno fornire alla stessa Agenzia entro sei mesi i risultati dei test e informare tempestivamente le autorità nazionali nel caso si riscontrino la presenza

di sostanze pericolose. Vista l'enorme mole di medicinali interessati i controlli daranno la priorità a quelli più utilizzati e che vanno assunti ad alto dosaggio e lungo termine.

«È una buona notizia quella dei controlli che comunque sono precauzionali», commenta il farmacologo Silvio Garattini. «D'altra parte -aggiunge- desta anche sorpresa che questo tipo di test non venga fatto a priori e in modo regolare». Che è quanto poi previsto dalle attuali procedure per l'immissione in commercio di nuovi farmaci. Dove forse qualche falla c'è. —

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

I dubbi dell'agenzia comunitaria riguardano la presenza di nitrosammine

CHE COSA SONO

Le molecole usate negli anti-acido e anti-ipertensivi

La ranitidina è una molecola che inibisce la produzione di acido da parte dello stomaco. Viene comunemente utilizzata per il trattamento dell'ulcera gastrica o del reflusso gastroesofageo. L'Agenzia Italiana del Farmaco ha disposto il ritiro dalle farmacie e dalla catena distributiva di tutti i lotti di farmaci con questo principio attivo, tra cui gli anti-acido Buscopan, Ranidil e Zantac, prodotto dall'officina Saraca Laboratories Ltd in India, a causa della presenza di un'impurità potenzialmente cancerogena: la N-nitrosodimetilammina (NDMA) della classe delle nitrosammine, già trovate nel 2018 in alcuni anti-ipertensivi (sartani).



LA PROPOSTA: IMPIEGHIAMOLI ANCHE SE NON HANNO LA SPECIALITÀ

Le Regioni contro il calo dei medici “Assumiamo 10 mila neolaureati”

**Nei nostri ospedali
entro il 2025
mancheranno
17 mila specialisti**

Per fronteggiare la carenza di camici bianchi, assumere nei nostri ospedali giovani neo laureati in medicina, senza che abbiano ancora messo piede in una scuola di specializzazione. La proposta choc, che fa già andare su tutte le furie i dottori che in corsia ci lavorano già, è stata avanzata dalle Regioni e recapitata sul tavolo del Governo. Dove dal canto suo il neo-ministro della Salute, Roberto Speranza, cala sul tavolo la sua bozza di nuovo Patto per la salute con proposte più soft, che vanno dall'attenuazione dei vincoli per le assunzioni di personale sanitario stabilite dal decreto Calabria (che consente un aumento di spesa massimo del 5% rispetto all'incremento della quota di finanziamenti del 2018 per lo stesso personale, in pratica briciole), al progressivo utilizzo dei medici specializzandi nei nostri ospedali. Proposte contenute anche nel piano in 16 punti messo a punto delle Regioni, che sparano però molto più alto.

Innanzitutto, puntando a recuperare i 10 mila medici laureati e abilitati alla professione, ma rimasti fuori dalla porta delle scuole di specializzazione. Dovrebbero poter essere assunti ga-

rantendogli un percorso di formazione-lavoro, con una parte teorica svolta nelle Università e quella pratica negli ospedali, dove dovrebbero passare il 70% del loro tempo. Una misura pensata per fronteggiare la desertificazione delle nostre corsie, dove mancheranno da qui al 2025 ben 17 mila medici specialisti.

Ma i medici ospedalieri non ci stanno. «Così si abbassa il livello di sicurezza delle cure. Senza un percorso formativo specialistico rischiamo di avere medici che scambiano un infarto per gastrite e un aneurisma dell'aorta per una banale lombalgia», mette in guardia Carlo Palermo, segretario nazionale dell'Anaa, il sindacato di categoria. Che ricorda come avviando i concorsi in base al decreto Calabria potrebbero essere assunti a tempo determinato circa 9 mila specializzandi del quarto e quinto anno.

Non piace al sindacato nemmeno la proposta di derogare all'orario di lavoro europeo, che per i medici prevede 11 ore di riposo tra un turno e l'altro con un tetto settimanale di 48 ore lavorative.

Tra gli altri punti del piano regionale, la possibilità, oggi vietata, di scorrere le graduatorie anche oltre i posti messi a concorso, e la possibilità per i medici di scegliere se rimanere in servizio fino a 70 anni. Magari evitando che trasferiscano all'estero il bagaglio della loro esperienza. PA. RU. —

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI



AUTONOMIE

Il confronto riparte sui medici da assumere

Nicola Corda

ROMA. Un quadro di garanzia per tutti, senza squilibri. Per il ministro agli Affari regionali Francesco Boccia, da qui parte il percorso per riprendere l'autonomia differenziata, interrotta con la caduta del governo gialloverde. Ieri ha incontrato per la prima volta i presidenti delle Regioni e illustrato il perimetro in cui si muoverà per andare incontro a Veneto, Lombardia ed Emilia Romagna e tutte le altre regioni che rivendicheranno competenze nel recinto della Costituzione.

«Non si riparte da zero – ha precisato il ministro – non voglio perdere tempo ma neppure dare scadenze. Vorrei che tutte le Regioni facessero domanda di autonomia differenziata, dentro una cornice unica nazionale». Il punto di riferimento è quello costituzionale e dopo aver stabilito i Livelli Essenziali di Assistenza e Prestazioni «seguiranno

gli accordi sulle intese e poi si andrà in Parlamento».

I governatori restano «moderatamente ottimisti» per citare il governatore lombardo Attilio Fontana mentre Luca Zaia in Veneto non è disposto ad «attendere le calende greche, altrimenti andremo in un'altra direzione». L'apertura favorevole è di Stefano Bonaccini che guida l'Emilia Romagna, candidata all'autonomia rafforzata. «Col ministro si è aperto un confronto vero per tracciare un lavoro comune, in un quadro che condivido di complessiva unità nazionale, che permetta a tutti, anche a chi non chiesto l'autonomia di avere le garanzie senza temere nulla».

Intanto le Regioni affrontano l'emergenza della carenza dei medici. Pronto un pacchetto di proposte che prevede l'accesso degli specializzandi al Servizio Sanitario Nazionale e contratti di lavoro autonomo per funzioni ordinarie. —

BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI



PERICOLO SOSTANZE CANCEROGENE

Farmaci rischiosi L'Ema dispone indagine a tappeto in tutta l'Europa

**Obbiettivo della
misura: escludere nei
prodotti la presenza
di nitrosammine**

Paolo Russo

ROMA. Mentre a scopo precauzionale l'Aifa, l'Agenzia italiana del farmaco, vieta l'utilizzo di medicinali a base di ranitidina, tra cui i noti antiacidi Buscopan, Ranidil e Zantac, l'Ema, sua omologa europea, sollecita controlli a tappeto da parte delle industrie che producono tutti i farmaci sintetizzati chimicamente, compresi generici e prodotti da banco acquistabili senza ricetta in farmacia. Insomma, larga parte dei medicinali commercializzati in Italia e in Europa. Una richiesta non da poco motivata dalla necessità di escludere nei prodotti la presenza di nitrosammine, sostanze presenti in alcuni alimenti e nell'acqua, non pericolose quando ingerite in modica quantità, sospettate di essere cancerogene a dosi maggiori. Nel frattempo l'Ema raccomanda a medici e pazienti di continuare ad usare i farmaci come di consueto, tenendo conto delle informazioni contenute nei foglietti illustrativi.

L'Ndma, che fa parte della stessa famiglia, era stata rilevata lo scorso anno in una classe di farmaci antiipertensivi, i sartani, già allora oggetto di momentanea sospensione della vendita. Ora, per lo stesso motivo, sotto sequestro sono finiti alcuni lotti di pillole a base di

ranitidina prodotti dall'indiana Saraca. La stessa Agenzia in via precauzionale ha anche vietato l'uso di tutti i farmaci commercializzati in Italia con lo stesso principio attivo. Una lista già nutrita che i sempre attivi produttori di fake sanitarie hanno subito pensato di arricchire, diffondendo sui social elenchi contenenti medicinali anche molto noti, come gli analgesici Moment e Antalgin, che con la ranitidina non hanno nulla a che fare. Tanto che l'Aifa si è dovuta affrettare a diffondere una nota «antipanico», precisando che gli unici medicinali oggetto del ritiro e del divieto di utilizzo sono quelli elencati alla pagina dedicata del sito dell'Agenzia.

Ma a volerci vedere chiaro è ora l'Agenzia europea Ema, dove il caso italiano ha fatto scattare la campanella d'allarme. Anche perché il problema non riguarda la molecola ranitidina che è in sé per sé sicura, quanto eventuali falle nei sistemi produttivi, che quando vengono utilizzati determinati solventi e reagenti o altre materie prime possono generare impurità, come la presenza della potenzialmente cancerogena Ndma. Sebbene, precisa sempre l'Ema, non si prevede la presenza della sostanza «per la stragrande maggioranza dei casi». Insomma niente allarmi ma come sempre avviene in questi casi occorre indagare. I risultati entro i prossimi 6 mesi. —

© BY NC ND AL CUNTI DIRITTI RISERVATI



IL PIANO VIA DA UNIVERSITA' E MONUMENTI

La Giunta impone altri limiti agli ambulanti «Un atto necessario»

LE LIMITAZIONI ultime alle aree in cui gli ambulanti gastronomici possono muoversi non è l'unico esistente. Ma un'estensione. Esiste già un divieto di commercio itinerante previsto all'interno delle mura urbane nel centro storico, nel tratto litoraneo compreso tra la foce dell'Arno e Calambrone, a Tirrenia in Piazza Belvedere, via Belvedere, piazza dei Fiori, via dei Fiori. A questo si sono aggiunte recentemente altre aree come viale delle Piagge, via Andrea Pisano, via Giunta Pisano, piazza Manin, via Cammeo, largo Cocco Griffi, via Contessa Matilde, il parcheggio scambiatore di via Pietrasantina, via Lucchese e altre strade limitrofe. Questo, secondo la delibera del Comune, è stato un atto necessario in quanto «a seguito di segnalazioni dei cittadini sono emerse criticità relative allo svolgimento dell'attività itinerante in centro», si continua a leggere nel documento tra l'altro datato giugno. E non è tutto perché alla base dell'atto ci sarebbe altro. «A seguito dei riscontri effettuati, le attività possono determinare problemi di sicurezza, decoro e viabilità – si legge ancora nello stesso documento –. Nonché problemi di carattere igienico sanitario».

LA RIVOLUZIONE. Nel dettaglio, tutto ha inizio con la delibera 105 del 27 giugno 2019. Una delibera con la quale la giunta comunale ha esteso il divieto di commercio itinerante in ulteriori aree

pubbliche rispetto a quelle già previste dal Regolamento per il commercio su aree pubbliche, approvato dal consiglio comunale di Pisa nel 2018. L'articolo 33 del regolamento prevede infatti la facoltà di aggiornare attraverso una delibera di giunta le aree interdette allo svolgimento del commercio itinerante «in relazione a sopravvenute valutazioni di pubblico interesse».

«La misura si è resa necessaria – dichiara l'assessore al Commercio

NOVITA' DI GIUGNO La rivoluzione è iniziata con la delibera di inizio estate. Ecco la mappa

Paolo Pesciatini – anche dopo aver effettuato un percorso di concertazione con le associazioni di categoria, da un lato per contrastare il commercio abusivo, che in certe zone era particolarmente recrudescendo; ma anche, dall'altro, perché queste forme di commercio, che sono itineranti, talvolta si erano trasformate in commercio a posto fisso, in violazione alle licenze di cui sono titolari».

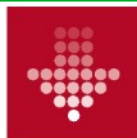
«**NONOSTANTE** il divieto fosse in vigore dal mese di giugno – conclude Pesciatini – solo lo scorso lunedì ho ricevuto richieste di chiarimenti da alcuni esercenti coinvolti dalla decisione della giunta; nei prossimi giorni sono ovviamente disponibile a incontrarli per parlarci poiché non mi sono mai sottratto al giusto e corretto confronto».



«Regolamento pieno di strafalcioni» Olivia Picchi contro l'amministrazione

«IL NUOVO regolamento che disciplina le attività economiche nel centro storico, approvato in fretta e furia dalla maggioranza, è pieno di strafalcioni e discriminazioni: per come è formulato il regolamento dà diritto all'utilizzo del suolo pubblico per le attività di somministrazione solo ai pubblici esercizi che hanno natura commerciale escludendo così le attività artigianali». Lo afferma la consigliera comunale, **Olivia Picchi** (Pd), che aggiunge: «Questo regolamento, spacciato come strumento per la tutela del Made in Italy, è invece un danno per i piccoli imprenditori. La propaganda non solo non paga ma è sempre più dannosa. Il Comune ha anche vietato lo street food: denunciemo da tempo le incongruenze e le storture del regolamento. L'assessore Pesciatini venga urgentemente in commissione a dare spiegazioni».





«Tobagi»

Il futuro urbanistico a Pisa e sul litorale Dibattito a Marina

NUOVO appuntamento a Marina di Pisa organizzato dal Gruppo Walter Tobagi litorale pisano di cui è presidente Fabrizio Fontani. Oggi pomeriggio alle 17 presso la struttura di «InVilla» (via Litoranea 29) si parlerà di un tema chiave: «Il futuro urbanistico a Pisa e sul litorale. Scelte significative e modelli di riferimento». Partecipano: Massimo Dringoli, Assessore Comune di Pisa; Avvocato Giuliano Maffei, Presidente Fondazione Stella Maris, Angela Nobile, esperta Enti Pubblici; Maurizio Iacono Filosofo. Modera il giornalista Qn, Tommaso Strambi. Conclusioni di Maria Paola Ciccone, dirigente scolastica. Sarà presente con un breve saggio la Scuola di Musica Litoralepisano, diretta dalla professoressa Alessandra Cavallini. Sarà offerto un aperitivo. L'incontro è aperto a tutta la cittadinanza.



IL PROVVEDIMENTO DEL COMUNE

Stop agli ambulanti del cibo a ridosso dei poli universitari

Esplode la protesta dei "food truck", una quindicina di persone rischiano di restare disoccupate. Lanciate due petizioni: una sul web e una "sul campo"

PISA. Una quindicina di persone rischiano di perdere il lavoro, centinaia e centinaia di studenti di rimanere a bocca asciutta.

Una delibera della giunta comunale ha bloccato l'attività di street-food dei "truck" che fino a qualche giorno fa stazionavano in numerosi punti del centro e in particolare nelle zone universitarie. Una decina, in tutto, i mezzi che hanno dovuto spegnere i forni ed interrompere il flusso di centinaia e centinaia di persone, in particolare studenti, che ogni giorno si radunavano attorno ai camioncini per un fugace ma gustoso pranzo.

Da lunedì scorso è stato applicato un provvedimento di divieto di commercio itinerante approvato lo scorso giugno dalla giunta comunale. L'atto allarga i confini all'interno dei quali gli "ambulanti" del cibo non possono stazionare. «Venerdì scorso i vigili urbani mi hanno consegnato un documento che, in pratica, mi impedisce di lavorare. Dopo anni di sacrifici ed investimenti, riesco a portare a casa uno stipendio. Improvvisamente sono diventato disoccupato», dice **Saverio Minichini**, che dal 2013 ha "sfamato" migliaia di persone con la sua pizzeria ambu-

lante all'inizio del viale delle Piagge (di fronte al dipartimento di Economia), mentre sul "truck" chiuso e svuotato di prodotti gastronomici affigge il cartello con cui invita clienti e passanti a firmare contro quella che considera «un'ingiustizia». Una petizione sul web (che ha raccolto oltre 300 sottoscrizioni) e una raccolta di firme sul "campo" è la prima risposta dei titolari delle attività e dei loro dipendenti (una quindicina in totale) per convincere Palazzo Gambacorti a ritirare la delibera di giunta per "l'individuazione di ulteriori aree di divieto di commercio itinerante".

Il divieto all'interno delle mura urbane, nelle strade e nelle piazze del tratto litoraneo compreso tra la foce dell'Arno e Calambrone e in varie piazze e strade di Tirrenia, in vigore dallo scorso anno, è stato allargato a quasi tutti i luoghi di passaggio e di maggior assembramento di turisti e studenti universitari. «La misura, introdotta anche dopo aver effettuato un percorso di concertazione con le associazioni di categoria, si è resa necessaria per contrastare il commercio abusivo che in certe zone era particolarmente recrudesciente, ma anche per-

ché queste forme di commercio, che sono itineranti, talvolta si erano trasformate in commercio a posto fisso, in violazione delle licenze di cui sono titolari – spiega l'assessore al commercio **Paolo Pesciatini** –. Nonostante il divieto fosse in vigore da giugno, solo lunedì scorso ho ricevuto richieste di chiarimenti da alcuni esercenti coinvolti dalla decisione della giunta. Nei prossimi giorni – conclude l'assessore – sono ovviamente disponibile ad incontrarli poiché non mi sono mai sottratto al giusto e al corretto confronto».

Secondo Palazzo Gambacorti, le attività commerciali in forma itinerante possono anche «determinare problemi di viabilità, sicurezza e decoro» oltre a criticità dal punto di vista «igienico-sanitario e ambientale». Problemi a cui il provvedimento, che non si applica ai gelatai, intende prevenire. «Ma quali problemi di sicurezza e decoro – sbottano gli ambulanti attivi nei pressi del dipartimento di Ingegneria –. Oltre a svolgere un servizio, eravamo anche un presidio di sicurezza e ogni giorno mantenevamo pulita tutta la zona. Adesso non ci resta che cambiare città». —

Daniilo Renzullo

© BY NC ND AL CUNDIRITTI RISERVATI





Un "food truck" chiuso con il cartello della protesta (FOTO RENZULLO/MUZZI)

IL PREMIO

La pisana Abiogen Pharma insignita a Milano del titolo di “Eccellenza italiana”

L'azienda si è aggiudicata il riconoscimento per essersi contraddistinta nella ricerca e nello sviluppo della propria capacità produttiva

PISA. L'azienda pisana Abiogen Pharma è stata premiata per il quinto anno consecutivo come “Eccellenza italiana” in occasione dell'Osservatorio Pmi che si è tenuto a Milano, nella sede di Borsa Italiana a Palazzo Mezzanotte. L'incontro, intitolato “Sostenibilità e Creazione di Valore. Un binomio da ricercare”, quest'anno è stato dedicato al rapporto tra le piccole e medie imprese italiane e le tematiche Esg (Environmental, Social, Governance). L'azienda pisana si è aggiudicata il premio perché si è contraddistinta in questi anni per una crescita costante, frutto di un forte impegno in

ricerca e sviluppo e del progressivo incremento della sua capacità produttiva, realizzata ampliando e ammodernando lo stabilimento di Ospedaletto secondo rigidi criteri di sostenibilità ambientale.

«Abiogen Pharma è una realtà imprenditoriale di successo – spiega **Massimo Di Martino**, presidente e amministratore delegato – con una posizione ormai consolidata fra le prime 30 aziende farmaceutiche in Italia. La conferma della qualifica di “Eccellenza italiana” da parte dell'Osservatorio Pmi, ci rende orgogliosi e certifica ancora una volta la qualità del nostro lavoro e delle nostre strategie, sostanzialmente ispirate ad un binomio di pensiero e orientamento strategico: esperienza imprenditoriale e innovazione. La prima declina il modello tutto italiano della media azienda con

un'impresa moderna, flessibile ed innovativa, con una forte vocazione all'internazionalizzazione, mentre la seconda, non meno importante, prevede di rendere le nostre soluzioni terapeutiche davvero accessibili a tutti».

Per quanto riguarda la creazione di valore e l'attenzione all'ambiente, tra i fattori chiave nell'assegnazione del premio “Eccellenza italiana”, è importante ricordare come Abiogen Pharma sia cresciuta fino a contare oggi 380 dipendenti e possa vantare uno stabilimento produttivo all'avanguardia per standard di qualità e sostenibilità. Il complesso produttivo di Ospedaletto, infatti, è stato oggetto in questi anni di importanti investimenti tecnologici, al punto da poter rappresentare, ad oggi, lo standard di riferimento per la costruzione dei nuovi stabilimenti farmaceutici. —



Il complesso produttivo di Abiogen Pharma a Ospedaletto



INTESA COMUNE-PREFETTURA

Telecamere contro bullismo e spaccio tra gli studenti

Accordo tra Comune e Prefettura per l'installazione di nuove telecamere anti-spaccio e anti-bullismo nei pressi delle scuole. / IN CRONACA

FINANZIAMENTI IN ARRIVO

Telecamere anti bulli e spaccio davanti alle scuole

Intesa con la Prefettura e 41 mila euro da Roma per installare i nuovi impianti concentrati in via Benedetto Croce

PISA. Basta spaccio di fronte alle scuole cittadine. Stop allo smercio di droghe agli studenti che frequentano gli istituti pisani. Come? Intanto incrementando la vigilanza con l'ausilio della tecnologia: 41 mila euro per installare impianti di videosorveglianza a ridosso degli istituti scolastici. Le risorse sono quelle derivanti dall'intesa, siglata ieri mattina tra la Prefettura, con il prefetto **Giuseppe Castaldo**, e il Comune, con il sindaco **Michele Conti**, e denominata "Scuole Sicure 2019/2020". Con questo protocollo il Comune, tramite la Prefettura, «ottiene un contributo di 41 mila euro dal Dipartimento della Pubblica Sicurezza del Ministero degli Interni da destinare all'iniziativa per la prevenzione e il contrasto dello spaccio di sostanze stupefacenti nei pressi degli istituti scolastici - si legge in una nota dell'amministrazione comunale - . Per ottenere il contributo il Comune di Pisa aveva presentato a fine maggio una scheda progettuale nella quale illustrava le misure che intendeva attuare, gli istituti interessati e i costi relativi; proposta su cui aveva espresso parere favorevole il comitato provinciale per l'ordine e la si-

curezza pubblica, prima della definitiva approvazione della Prefettura, dandone quindi comunicazione al Ministero. Soddisfatto il sindaco Conti: «Abbiamo voluto cogliere l'opportunità offerta dal decreto firmato nei mesi scorsi dal Ministero dell'Interno partecipando al bando "scuole sicure 2019/2020". Grazie al lavoro degli uffici comunali abbiamo presentato in tempi stretti un progetto per implementare la rete di videosorveglianza urbana nei pressi degli istituti superiori di via Benedetto Croce, frequentati da oltre il 25% della popolazione scolastica pisana. L'obiettivo è quello di mettere maggiormente in sicurezza la città, soprattutto nei luoghi più sensibili frequentati dai nostri ragazzi; le telecamere serviranno a controllare e contrastare fenomeni di microcriminalità, bullismo e spaccio di sostanze». —



Pisa

Telecamere anti spaccio vicino alle scuole

PISA Firmato dal prefetto Giuseppe Castaldo e dal sindaco di Pisa Michele Conti il protocollo «Scuole Sicure 2019/2020» con cui il Comune, tramite la prefettura, ottiene un contributo di 41 mila euro dal Dipartimento della Pubblica Sicurezza del ministero degli Interni destinato a impianti di video sorveglianza nei pressi delle scuole per la prevenzione e il contrasto dello spaccio di sostanze stupefacenti. «Grazie al lavoro degli uffici comunali— dice il sindaco, Michele Conti — abbiamo presentato in tempi stretti un progetto per implementare la rete di telecamere nei pressi delle scuole superiori a ridosso del centro storico per controllare e contrastare fenomeni di microcriminalità».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'INCONTRO SOLLECITATO ARPAT. PD E M5S SI ALLEANO PER UNA NUOVA LEGGE REGIONALE PIÙ STRINGENTE

Cattivi odori, il sindaco vuole nuove indagini

IL SINDACO ha accolto la richiesta del comitato dei residenti di San Piero-La Vettola, rappresentato da **Dario e Carlo Mazzoni, Donatella Orsucci e Bernado Lelli**, e sollecitato Arpat a svolgere ulteriori indagini sui fanghi che da settimane producono maleodoranze insopportabile nella zona. Ieri, infatti, Michele Conti ha incontrato i cittadini durante un incontro in Comune insieme ai consiglieri comunali delle commissioni Urbanistica e Politiche sociali. Infine, i cittadini, qualora i nuovi accertamenti di Arpat rilevassero sostanze nocive per la salute pubblica, hanno chiesto di «imporre l'immediato divieto di sversamento dei fanghi, peraltro già in vigore dal 13 settembre scorso dopo l'ordinanza del sindaco, e provvedere alla bonifica di tutta l'area».

INTANTO le maleodoranze di di San Piero mettono d'accordo Pd e M5S che, attraverso una mozione condivisa, sperimentano una finora inedita alleanza politica e chiedono «una legge regionale che definisca un quadro chiaro e più articolato della materia e la revisione della norma nazionale verso una maggiore tutela ambientale e della salute pubblica dei cittadini». Il testo, approvato all'unanimità, chiede anche «l'attivazione di un processo partecipativo per la redazione degli strumenti di pianificazione del Parco di Migliarino San Rossore Massaciuccoli». «Compito della politica - spiega **Irene Galletti** (M5S) - è quello di trovare soluzioni strutturali e direi che la direzione imboccata è quella giusta». Secondo **Antonio Mazzeo** (Pd), «l'ordinanza del sindaco è giusta e utile, ma interviene solo sull'immediato, mentre c'è necessità di una norma che regoli stabilmente la materia garantendo la tutela della salute dei cittadini e dell'ambiente: questo è un impegno che ci prendiamo tutti al di là del colore politico». «La politica che funziona - concludono Galletti e Mazzeo - è quella che ascolta i cittadini, che sa lavorare insieme per dare alle comunità risposte concrete».

**Il sindaco Michele Conti****Il consigliere Antonio Mazzeo**

L'EVENTO DA STASERA SECONDO WEEK END AL CIRCOLO. IL CLOU DOMANI E DOMENICA

Nardella e Ascani a I Passi per la festa dem

SECONDO week end di festa de l'Unità da stasera al circolo Arci I Passi. Saranno tre serate con dibattiti politici e ospiti di livello regionale e nazionale. «Abbiamo costruito questo programma – spiega il commissario del Pd pisano, **Marco Simiani** – con l'intento di combinare momenti gioiiali e ricreativi, offerta enogastronomica e una riflessione che desse gambe alla ripartenza del partito pisano, attraverso approcci e proposte nuove su alcuni temi caldi della vita cittadina: socio-sanitario, sicurezza, urbanistica, università, innovazione e tanto altro». Si parte alle 18.30 in contemporanea con la Notte dei Ricercatori, con uno spazio dedicato alla divulgazione scientifica. Le politiche della sicurezza in città saranno al centro del dibattito delle 21 con **Tania Benvenuti** (Cgil), **Dario Campera** (Cisl), **Massimo Biagioni**, direttore regionale di Confesercenti, e **Paolo Martinelli** (Acli) e l'assessore regionale **Vittorio Bugli**. Domani alle 19 il sindaco di Firenze, **Dario Nardella**, parlerà delle prossime elezioni regionali, mentre alle 21 il vicesegretario nazionale della Cgil, **Vincenzo Colla**, e il presidente del consiglio regioanle, **Eugenio Giani**, si interrogheranno sul futuro e la «quarta rivoluzione industriale». La festa dem si chiuderà domenica con tre appuntamenti: l'urbanistica e la città alle 17.30 con **Silvia Viviani**, presidente dell'Istituto Nazionale di Urbanistica, alle 18.30 con un focus sul sistema socio-sanitario con l'assessore regioanle, **Stefania Saccardi**, e alle 21 con un dibattito sul futuro di scuola, università e ricerca con **Anna Ascani**, sottosegretario al ministero dell'Istruzione Università e Ricerca.



CATTIVI ODORI A SAN PIERO

I commercianti
chiedono
il risarcimento

■ A pagina 7

I commercianti chiedono il risarcimento

Consegnate al sindaco le firme degli operatori di San Piero. Anche Coldiretti in campo

MAI più fanghi. E' stata consegnata al sindaco Michele Conti una nuova petizione firmata da tutti i commercianti della frazione di San Piero a Grado. Circa una ventina le adesioni, operatori che chiedono garanzie affinché ciò che sta succedendo non si ripeta. Ma non solo: la richiesta, inoltrata da Confcommercio, è anche di prevedere risarcimenti per le attività danneggiate. Nel documento si specifica - in relazione all'evolversi della vicenda delle maleodoranze avver-

di tutelare maggiormente la salute pubblica. Ma occorre fare presto».

IN campo anche Coldiretti con il direttore di Coldiretti Pisa Francesco Ciarrocchi: «Sappiamo che le autorità competenti hanno presentato formale denuncia e auspichiamo che venga fatta piena luce. Ci associamo alle parole dell'Ente Parco quando afferma che occorrono pratiche agricole che migliorino la qualità del suolo e dei prodotti, e raccogliamo l'appello lanciato ancora dal Parco, per un coinvolgimento degli operatori nella creazione di nuove regole condivise». «Quello dei fanghi di depurazione, anche se trattati è un tema delicato, perché può incidere sulla salute dei cittadini. Riteniamo che sia sempre meglio utilizzare concimi naturali provenienti dalle stalle». «Per quanto riguarda i fanghi di depurazione provenienti dal trattamento delle acque reflue urbane - dice Ciarrocchi - è necessario puntare sulla qualità dei processi produttivi, diffidando da soluzioni facili o dall'origine incerta. Diversa è la posizione sugli scarti industriali, che riteniamo non debbano essere smaltiti in agricoltura perché costituiscono una minaccia a suolo, falde e salute dei cittadini». Il direttore Coldiretti ribadisce che «la tutela dei consumatori, degli agricoltori stessi e delle coltivazioni, restano i principi di riferimento dei nostri produttori».



FIRME La funzionaria Confcommercio, Donatella Fontanelli con uno dei commercianti firmatari, Manuele Marongiu

«FARE PRESTO»

Pieragnoli: «Vogliamo garanzie, serve un impegno della Regione»

tite a San Piero a Grado, che stanno portando conseguenze negative non solo ai residenti ma anche alle attività commerciali e della ristorazione presenti nella frazione, oltre a comportare malori di diversa natura - una serie di richieste tra cui: il pieno coinvolgimento del Prefetto di Pisa; la massima informazione possibile su quanto accaduto da agosto ad oggi; l'individuazione delle eventuali responsabilità e relative sanzioni; lo stop definitivo allo spargimento di questo tipo di fanghi; i dovuti risarcimenti per tutti coloro che hanno subito danni. «L'ordinanza di sospensione dello sversamento è stato un primo atto dovuto - così il direttore di Confcommercio Federico Pieragnoli - ma è ovvio che commercianti e cittadini restano preoccupati e vogliono garanzie affinché questa vicenda si concluda. In questa ottica, valutiamo positivamente l'impegno assunto dal Presidente e dalla Giunta della Regione a intraprendere e nel caso sollecitare i provvedimenti legislativi che consentano





Una delle precedenti manifestazioni degli studenti

IL MONDO DELLA SCUOLA

Oggi il corteo per il clima Famiglie e dirigenti divisi sullo sciopero

■ A pagina 11

«Scioperare per il clima non è la soluzione»

Quasi unanime il coro dei presidi pisani: «Protesta inutile se resterà giornata isolata»

di FRANCESCO COFANO

SI CHIUDE oggi, con lo sciopero scolastico contro i cambiamenti climatici, la «Climate action week» cominciata venerdì scorso. La mobilitazione odierna comincerà col raduno in piazza Guerrazzi alle ore 09.00 e rappresenta il culmine della settimana di iniziative pensate per sensibilizzare le persone sulla causa ambientale. Lunedì scorso il ministro dell'Istruzione **Lorenzo Fioramonti** ha inviato una circolare alle scuole italiane invitandole ad accettare le giustificazioni delle assenze degli studenti che aderiscono alla manifestazione secondo la regolare procedura. Dando loro la possibilità di giustificarla scrivendo sul libretto «partecipazione allo sciopero per il clima» e invitan-

MOBILITAZIONE

Centinaia i partecipanti al corteo che partirà da piazza Guerrazzi alle 9

do anche i colleghi dei docenti a non considerare la giornata come assenza. Una presa di posizione che ha scatenato un acceso dibattito nazionale a livello politico come nel mondo della scuola.

A PISA non tutti i dirigenti scolastici delle scuole superiori condividono pienamente la linea ministeriale a favore della protesta, pur riconoscendo la questione climatica un'emergenza. «L'iniziativa è lodevole – dice **Massimo Berni**, preside dell'istituto tecnico «Santoni» – ma non trovo corretto il termine 'sciopero'. Quando si sciopera si mette in conto la ritenuta dell'equivalente di una giornata di lavoro. Invitando i colleghi docenti a non computare queste ore



nel monte assenze passa invece un messaggio rischioso, che non comporta nessun sacrificio per gli studenti». L'idea di Berni è invece un'altra: «Sarebbe meglio far rientrare il tema nell'offerta formativa degli istituti, così invece rischia di restare una giornata isolata. In ogni caso, il collegio probabilmente seguirà la circolare ministeriale se lo sciopero rientrerà in un percorso, in caso contrario probabilmente costituirà assenza». Sulla stessa linea **Alessandro Salerni**, dirigente del liceo scientifico «Filippo Buonarroti». «La causa è ottima – afferma – ma bisogna vedere se lo sciopero è la forma giusta. Ho delle riserve perché non può esaurirsi tutto in un giorno, ci vorrebbero forme di mobilitazione permanente, come assemblee cittadine pomeridiane, autogestioni. Bisognerebbe seguire il modello Greta, la sensibilizzazione di un giorno resta fine a se stessa». Al liceo classico «Galilei – Pacinotti», invece, secondo la preside **Gabriella Giuliani** il collegio docenti è d'accordo con lo spirito della manifestazione. «Una sensibilità – sostiene la Giuliani – che si accompagna a quella di un gruppo di genitori che si occupano di clima, ecologia e sostenibilità. Le ore di sciopero, quindi, non verranno considerate come assenza». Perplesso **Fortunato Nardelli**, dirigente dell'istituto professionale «Da Vinci – Pacinotti»: «le manifestazioni di solito sono contro qualcosa, ma in questo caso non si capisce contro cosa: come si fa a non volere il benessere del pianeta? Il problema climatico esiste e va affrontato con serietà. Sarebbe stato meglio rendere consapevoli gli studenti all'interno delle scuole. Lo sciopero è fumo mediatico, bisogna vedere se dietro c'è sostanza, una reale motivazione».

**Massimo Berni, «Santoni»****Gabriella Giuliani, «Galilei»****Fortunato Nardelli, «Fascetti»**

L'ALLARME IL RAPPORTO DELLA CARITAS

I nuovi poveri sono giovani E con un lavoro

A Firenze in 10 anni un boom di giovani che si rivolgono a mense e servizi Caritas.

Nonostante molti di loro abbiano un lavoro.

a pagina 7 **Storni, Congiu**

Nuovi poveri, allarme della Caritas In dieci anni un boom di giovani

Il direttore Bonechi: gli indigenti under 35 sono soprattutto italiani. Spesso con un lavoro

Emergenza giovani (soprattutto italiani) alla Caritas. Sono sempre di più gli under 35 che arrivano ai centri di ascolto e alle mense fiorentine per chiedere un aiuto economico, un tetto sotto cui dormire, un pasto per arrivare a fine giornata. Negli ultimi dieci anni, il loro numero è praticamente raddoppiato. Erano il 19,9 per cento del totale nel 2008, sono stati il 32,4 per cento del totale nel 2018. A rivelarlo il rapporto annuale sulle povertà 2019 «Semi di rarità», curato dall'Osservatorio delle povertà e delle risorse della Caritas diocesana fiorentina e presentato ieri all'Istituto degli Innocenti. A fronte di un aumento dei giovani, sono diminuiti gli over 55 (dal 28 al 23 per cento). Tra i giovani, è scritto nel rapporto, sono molti quelli che hanno un lavoro, segno che l'occupazione, ai nostri giorni, non basta più per avere certezze economiche. Quasi un utente italiano su tre ai centri Caritas (il 29,4 per cento), ha infatti un'occupazione, naturalmente precaria. Tra gli stranieri, invece, la percentuale si abbassa all'11 per cento. Ma sono anche tanti i giovani Neet, quelli che non studiano e non lavorano, un fenomeno particolarmente preoccupante in forte crescita negli ultimi anni. Complessivamente, dal 2008 al 2018 il numero di persone arrivate alla Caritas è salita di poco più del 20 per cento, passando da 5.767 a 7.124. Sebbene la componente degli stranieri resti, sia in valori assoluti che in termini

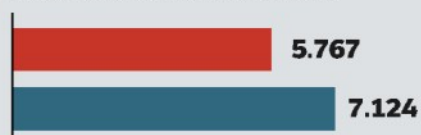
percentuali, superiore a quella degli italiani, si registra un aumento di quest'ultimi, che nel 2008 erano soltanto il 14 per cento del totale e nel 2018 sono invece saliti al 25,4 per cento. «A trovarsi in una situazione di indigenza sono soprattutto gli italiani — ha detto il direttore della Caritas Riccardo Bonechi — L'unica strada per arginare questo fenomeno è lavorare in maniera sempre più stretta con le istituzioni, per riuscire a costruire progetti di emancipazione personalizzate». Nel 2008 la principale nazionalità straniera era quella romena, oggi invece è quella peruviana con il 33 per cento degli utenti stranieri arrivati ai centri di ascolto. Un dato, è spiegato nel rapporto, da imputare quasi esclusivamente alla crisi economica cominciata proprio nel 2008. Diminuisce anche la forbice tra uomini e donne: se nel 2008 i maschi erano il 57 per cento, nel 2018 la componente maschile si è abbassata al 50,5 per cento. Ad emergere con sempre più forza dal dossier Caritas, ha spiegato Giovanna Grigioni, responsabile dell'osservatorio sulle povertà, «è la stretta correlazione tra povertà economica e povertà educativa. Chi non studia ha meno strumenti per uscire dalla spirale delle difficoltà». Una sfida rilanciata anche dal direttore dell'Istituto degli Innocenti Giovanni Palumbo: «Ci mettiamo a disposizione per sconfiggere la povertà contrastando la povertà educativa».

Jacopo Storni



I numeri

Accessi totali ai centri di ascolto



Under 35 ai centri di ascolto

dati % sul totale



■ 2008 ■ 2018

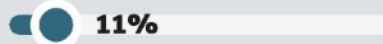
Utenti italiani con lavoro (precario)

dati % sul totale



Utenti stranieri con lavoro (precario)

dati % sul totale

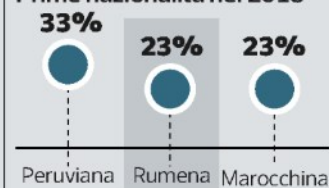


Accessi italiani

dati % sul totale



Prime nazionalità nel 2018



Accessi per genere nel 2018



L'Ego - Hub

«Io non sono nessuno» Un pranzo alla mensa in Santissima Annunziata

Chi ha perso il lavoro, chi è appena arrivato

Le storie

di **Riccardo Congiu**

«Io non sono nessuno, perché vuoi parlare con me? Non ho niente di interessante da dire. E non aspettarti di meglio dagli altri, questo è tutto quello che puoi trovare qua: gente che arriva, mangia e se ne va».

Bisogna arrivare con la tessera mezz'ora prima delle 12, quando si comincia a servire ai tavoli. Giovedì 26 settembre ci sono pasta al ragù, roastbeef, patate fritte, insalata, due fette di formaggio, frutta. Niente caffè, sembra di capire dalla discussione di due signori anziani che contano le monete fuori dalla mensa: «Dove dici tu lo fanno male, andiamo al bar là in fondo. Muoviamoci».

Usciti dal civico 2 di piazza Santissima Annunziata vanno tutti di fretta. La pausa pranzo alla Caritas dura meno di un'ora, come altre nei dintorni. Pochissimi hanno voglia di fermarsi a fare due chiacchiere: aveva ragione il signore che diceva di «non essere nessuno». Però mentiva su se stesso, si chiama Eduard e ha 64 anni: «Vengo qui e mangio quello che c'è perché non ho soldi, è molto semplice, che ti aspettavi?», ride e si scioglie un po' («Va bene se parlo in inglese?»). Quindi racconta: «Non so ancora bene la lingua perché sono qua da 11 mesi, ma vengo dalla Transilvania e impa-

rerò presto, l'italiano è molto simile al rumeno». Eduard si è trasferito quando ha chiuso l'azienda per cui lavorava in Germania: «Cercavo posto per fare il mio mestiere, il ceramista, all'inizio a Montelupo Fiorentino, ma non ho trovato niente. Adoro Firenze ma qui non è andata meglio, la burocrazia è il grande freno d'Europa». Per lui è ancora più complesso, perché non riesce a ottenere la residenza: «Continuano a dirmi di aspettare, ma ormai alla mia età chi mi prende più? Vogliano solo giovani, e che abbiano solo esperienza. Una bella contraddizione».

Di giovani infatti se ne trovano parecchi anche alla mensa, stranieri e italiani, divisi equamente, spiegano i volontari. «Li ringrazio per il cibo che ci danno. Ma perché il Comune non si occupa piuttosto di trovare un lavoro a questi ragazzi? Uno qualsiasi, altrimenti continueranno ad arrangiarsi a modo loro: questo scrivilo», insiste Eduard. Il tema del lavoro è un punto su cui si soffermano in molti, anche un padre tunisino di poco sopra i 40, che una settimana fa ha concluso la sua sostituzione estiva in un'azienda di facchinaggio: «Sono in Italia dal '96, mio figlio ha 12 anni, e mi son sempre arrangiato da solo. Al centro per l'impiego al massimo riesco a fare la domanda per la disoccupazione». Alcuni arrivano alla mensa proprio da lì. L'ufficio chiude alle 12,30 e quindi fanno ritardo. Se suonano, però, gli

viene portato almeno un sacchetto con qualche avanzo: pane e frutta, soprattutto. «Sono in Italia da 3 anni ma è la prima volta che vengo qui, non sapevo le regole», dice Soufian, marocchino di 33 anni («la stessa età di Dzeko, forza Roma»), che arriva quando ancora non è l'una. «Domattina vado a fare la tessera», continua. Poi glissa sulla questione lavoro mentre la sua amica, meno loquace, si allontana. Lui invece ci offre addirittura una mela dal sacchetto che gli è stato affidato. Per sé ha poco, rifiutiamo cortesemente, ma lui insiste. «Dai che te la tieni per dopo». Poi si ferma a chiacchierare.

E tutti gli altri dove se ne vanno? Eduard non ha dubbi: «A pescare sull'Arno. Non ci farò la cena per stasera, ma almeno sto lontano dal caos. Qui ci sono troppi turisti e non riesco a pensare». Ogni tanto trova qualche lavoretto di fortuna («e dire che parlo cinque lingue!»), ma non riesce a mettere via abbastanza soldi per fare ciò che vorrebbe: «In Italia mi ci ha portato la passione per l'impero romano. Ovviamente ne trovo un po' anche qui, ma Roma non l'ho mai vista».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Vengo qui
e mangio
quel che c'è
perché
non ho soldi
È molto
semplice,
che storia
ti aspettavi?



PALAZZO MEDICI RICCARDI**Accoglienza migranti,
vertice con i prefetti**

Vertice a Palazzo Medici Riccardi, convocato dal prefetto Laura Lega con i dieci prefetti della Toscana e il capo Dipartimento per le Libertà Civili e l'Immigrazione del ministero dell'Interno, prefetto Michele Di Bari, per fare il punto sull'immigrazione». Il vertice «è stata l'occasione per approfondire anche la questione dei bandi relativi all'accoglienza dei richiedenti asilo»

