

QUANDO IL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE ARRETRA E SCOMPARE: LA STORIA

Le date importanti

Legge 13 marzo 1958, n.296: istituzione del Ministero della sanità.

Legge 12 febbraio 1968, n. 132 (cosiddetta "legge Mariotti"): riformato il sistema degli ospedali, fino ad allora per lo più gestiti da enti di assistenza e beneficenza, trasformandoli in enti pubblici.

Legge 23 dicembre 1978, n. 833 (governo Andreotti IV, Ministro della Salute: Anselmi): soppressione del sistema mutualistico ed istituzione del SSN - "Servizio sanitario nazionale", con decorrenza dal 1° luglio 1980. Partendo da queste date, il concetto di salute da bene universale e gratuito (e quindi diritto per l'autonomia) è stato, teoricamente, trasformato in quello di bene necessario per l'equità (una concessione), come un fatto di equità verso i poveri, piuttosto che come un bene per tutti quelli che sono presenti nella società.

Legge delega 23 ottobre 1992, n. 421 (la legge De Lorenzo numero 502 del 1992 e completata dal decreto Garavaglia del 1993): trasformazione delle strutture pubbliche da unità sanitarie locali (USL) in aziende sanitarie locali (ASL). Questo ha portato all'ingresso nel settore sanitario, ma non solo, di logiche nate e proprie delle aziende private, per esempio l'attenzione al costo e al risultato.

DL 19 giugno 1999, n. 229: divieto di svolgere attività privata all'interno delle strutture pubbliche (*intra-moenia*) e esternamente, e l'obbligo di scelta fra una delle due tipologie di attività per i medici dipendenti delle ASL. Successivamente la possibilità di operare in entrambi i settori è stata reintrodotta.

Legge 3 del 2001 (riforma del Titolo V della Costituzione), art.117: ridisegna le competenze di Stato e Regioni in materia sanitaria. Lo Stato ha competenza esclusiva per la profilassi internazionale, determina i "livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti sul territorio nazionale" e i principi fondamentali nelle materie di competenza concorrente. Ogni Regione assicura i servizi di assistenza sanitaria e ospedaliera. Dal 2001 gli accordi tra Stato e Regioni sono lo strumento con cui si disegna l'assistenza pubblica in Italia.

Legge 3 agosto 2001, n.317: cambio della denominazione da Ministero della Sanità a Ministero della "Salute". Questo va a rispecchiare la nuova missione svolta dal Ministero, in linea con il concetto espresso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, che definisce la salute: "Una condizione non più di assenza di malattia ma di completo benessere fisico, mentale e sociale". Si vuole, quindi, sottolineare il ruolo del Ministero di promotore della salute della persona nella sua interezza e complessità

Lo spartiacque è legge 833 del 1978, che ha cambiato il volto della sanità italiana. Nel prima troviamo una sanità disordinata, organizzata in tante mutue (gestite con criteri assicurativi: lavoratori e aziende versavano il loro contributo per usufruire dell'assistenza), di medici della mutua, di medici (e ostetriche) condotti (dipendenti dai comuni) e di tanti enti che funzionavano per conto loro. Da questa situazione variegata, arrivò lo spunto per la Riforma Sanitaria: dare a tutti i cittadini italiani una sanità globalizzata, gestita in maniera coerente e uniforme. Una legge ispirata all'articolo 32 della Costituzione dove si stabiliscono principi che prevedono l'uguaglianza di

trattamento per tutti i cittadini italiani e l'universalità dei destinatari indipendentemente dal lavoro che svolgono, con finanziamenti che derivano dalla fiscalità generale.

NdR articolo 32 della Costituzione: “La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti. (...) La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”.

[https://it.wikipedia.org/wiki/Servizio_sanitario_nazionale_\(Italia\)#Storia](https://it.wikipedia.org/wiki/Servizio_sanitario_nazionale_(Italia)#Storia)

https://www.corriere.it/salute/18_dicembre_02/vecchie-mutue-sistema-sanitario-nazionale-1b6dfd74-f4b7-11e8-ab5f-9ee20dadd039.shtml?refresh_ce-cp

<https://www.assidai.it/sanita-pubblica-8-tappe-grande-storia/>

L'Istituto Superiore di Sanità, una succursale italiana della Rockefeller Foundation?

L'inaugurazione ufficiale dell'ISS avvenne il 21 aprile 1934. I lavori per la costruzione dell'edificio principale erano iniziati il 6 luglio 1931, finanziatrice dei lavori di costruzione dell'Istituto era stata la statunitense Rockefeller Foundation.

Ma l'unione con Rockefeller era iniziata già anni prima. Prima dell'ISS ci fu l'istituzione della Stazione Sperimentale per la Lotta Antimalarica, avvenuta a Roma nel 1925 sempre su contributo della Rockefeller Foundation. La Stazione fu assorbita, con la creazione dell'ISS nel 1934, nel Laboratorio di Malariologia. La malaria era infatti, allora, diffusa su gran parte del territorio nazionale.

La Rockefeller Foundation di New York, istituzione di beneficenza creata nel 1913 da John Davison Rockefeller l'industriale statunitense fondatore dell'impero economico della Standard Oil Company, era impegnata a sostenere i programmi della Società delle Nazioni finalizzati al miglioramento delle condizioni sanitarie dei paesi aderenti. Secondo Darwin H. Stapleton, già Direttore del Rockefeller Archive Center, la collaborazione realizzata in Italia è stata una tra le più fruttuose nella storia della Fondazione (Stapleton, 2004), per chi non viene però specificato. Venne quindi promosso un programma di cooperazione tra la Fondazione e le autorità italiane per una campagna antimalarica sperimentale. Al programma fu assegnato in qualità di rappresentante della Rockefeller, il dottor Lewis Wendell Hackett, il quale ricevette ben presto l'assenso della Fondazione e fu quindi approvata la sua richiesta di finanziamento per la creazione di questa nuova struttura: 250.000 lire nel 1924, salito gradatamente a 1.740.800 nel 1927. Nell'aprile del 1930 la Fondazione Rockefeller stanziò \$ 686.000 (pari a 12,5 milioni di lire), per la costruzione dell'Istituto in un'area compresa tra Viale Regina Margherita e Via Treviso (poi denominata Via del Castro Laurenziano) e una somma aggiuntiva di \$100.000 per i mobili e le attrezzature. La costruzione e la strumentazione vennero a costare di più e il governo italiano fu costretto a un adeguamento di finanziamento. La costruzione fu praticamente ultimata nel dicembre del 1932, ma fu necessario più di un anno per attrezzarla.

L'arrivo degli alleati nella seconda guerra mondiale portò con sé anche il DDT: era stato impiegato dalle Forze Armate alleate nella lotta contro gli insetti in genere e soprattutto per combattere il tifo petecchiale in Africa Settentrionale e a Napoli nel 1944. Nella primavera dello stesso anno a Castel Volturno, e nel 1945 nel delta del Tevere (Ostia e Isola Sacra), la commissione sanitaria della

Rockefeller Foundation, su richiesta delle autorità mediche dell'esercito USA, aveva intrapreso, con il contributo dell'ISS, un esperimento sul campo per saggiare l'effetto dell'applicazione murale del DDT sulla densità anofelica. Missiroli, direttore dell'ISS, aiutato dall'United Nations Relief and Rehabilitation Administration (UNRRA) decise di realizzare per la prima volta un esperimento di lotta antimalarica sfruttando la lunga azione residua insetticida del DDT contro le zanzare adulte, irrorandolo nelle abitazioni rurali e nei ricoveri degli animali. Un esperimento su vasta scala iniziò così il 5 giugno 1945 nella pianura di Fondi in Provincia di Latina.

Nel 1947 la Fondazione Rockefeller aveva avviato un piano di eradicazione dell'anofelismo dalla Sardegna gestito dall'ERLAAS con il contributo economico e sotto la direzione tecnica della Fondazione. A differenza di ciò che si era fatto a Latina, il DDT fu usato non solo all'interno degli edifici ma anche all'esterno, su tutte le acque che potevano contenere focolai larvali, in quantità quindi sensibilmente maggiori. Il risultato fu che la malaria fu eradicata ma non lo furono i vettori. Si ottennero gli stessi risultati di Latina con una spesa notevolmente più elevata e con un sensibile inquinamento ambientale.

Ma come si arrivò a questo? Fu davvero un'opera filantropica, o piuttosto un esperimento con fini politici e commerciali?

La Rockefeller Foundation effettuò le prime sperimentazioni nel 1939 in Egitto e nel 1941 in Brasile, dove in effetti ottenne l'eradicazione della malaria e l'eliminazione delle zanzare. Questo convinse i dirigenti della fondazione che il DDT avrebbe debellato la malaria e le zanzare dal pianeta, da qui presero l'idea per un nuovo esperimento, da effettuarsi in Sardegna dal 1946 al 1951. L'eliminazione totale delle zanzare e quindi l'eradicazione della malaria, era data per certa, tanto che non furono effettuati degli studi preliminari di carattere entomologico o di fattibilità. Il «Sardinian project» non prevedeva delle modifiche al modello operativo utilizzato in Brasile ed Egitto, secondo loro le differenti condizioni climatiche e di assetto del territorio non richiedevano una diversa strategia. Strategia che consisteva nell'attacco diretto al vettore utilizzando il DDT come unica arma. In effetti alla fine del progetto, nel 1951, si ottenne l'eradicazione della malaria, ma questo era stato reso possibile solo grazie agli interventi e alle politiche antimalariche effettuate nei decenni precedenti. Il DDT permise infatti di superare l'ultimo ostacolo per la sconfitta della malattia. Il «Sardinian project» fu comunque un colossale fallimento, e ciò perché vi fu la mancata eliminazione della zanzara. Fallimento ammesso dallo stesso John Logan a capo dell'esperimento sardo. L'esperimento sardo era in contrasto con il metodo utilizzato per l'eradicazione della malaria in Italia: nelle altre regioni il DDT era solo un'arma in più nella complessa strategia contro la malattia. L'eradicazione della malaria in Italia era stata ottenuta grazie a numerose iniziative. In Sardegna, invece, in quegli anni si decise di trascurare gli interventi di supporto per concentrarsi sull'irrorazione massiccia con il pesticida. Nel 1955, nonostante tutto, l'OMS decise di utilizzare il metodo «sardo» nel progetto d'eradicazione della malaria nel mondo, rendendo il DDT l'unica arma in ogni parte del pianeta. La Rockefeller Foundation era molto influente e riuscì ad imporre a livello mondiale il metodo «sardo». Erano in gioco molti interessi di carattere commerciale, economico e politico e quindi si decise di trascurare i primi avvertimenti sulla nocività del DDT, resi pubblici già nel 1946 in due congressi di entomologi tenutisi in California. La politica di eradicazione conobbe un clamoroso insuccesso a livello mondiale, testimoniato dal fatto che nel 1969 l'OMS decise di cambiare strategia riconoscendo i propri errori. Il pesticida, oltre ad aver fallito in molte regioni del pianeta, ha ovunque causato numerosi danni all'ambiente, agli animali e alle persone. Già nel 1962, Rachel Carson, nel suo volume Primavera silenziosa, rese noti gli effetti negativi che il pesticida aveva nei confronti dell'ambiente e del mondo animale e in particolare degli uccelli. Numerosi studi dimostrano che gli effetti cancerogeni e di bioaccumulo sono riscontrabili nel lungo periodo.

https://it.wikipedia.org/wiki/Istituto_superiore_di_sanit%C3%A0

https://museo.iss.it/wp-content/uploads/2017/09/Quaderno_05.pdf

http://www.issm.cnr.it/demetrapdf/boll_7_2005/Pagine%20da%20demetra_imp%207_fronteddu.pdf

L. Spermaga, Effetti del DDT, Bine Editore, Milano 1995

<https://www.nogeoingegneria.com/effetti/politicaeconomia/collegamento-tra-la-fondazione-rockefeller-johns-hopkins-e-le-fondazioni-gates/>

Il finanziamento del SSN

La legge statale determina annualmente il fabbisogno sanitario, cioè quanto lo Stato deve finanziare il SSN.

Il fabbisogno sanitario nella sua componente “indistinta” (non vincolata al perseguimento di determinati obiettivi sanitari), è finanziato da:

- entrate proprie delle aziende del Servizio sanitario nazionale (ticket e ricavi derivanti dall'attività intramoenia dei propri dipendenti), in un importo definito e cristallizzato in seguito ad un'intesa fra lo Stato e le Regioni;
- fiscalità generale delle Regioni: IRAP (imposta di reddito sulle attività produttive), nella componente di gettito destinata al finanziamento della sanità, e IRPEF (addizionale regionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche);
- compartecipazione delle Regioni a statuto speciale e delle Province autonome di Trento e di Bolzano: tali enti compartecipano al finanziamento sanitario fino a concorrenza del fabbisogno non soddisfatto dalle fonti descritte nei punti precedenti, tranne la Regione siciliana, per la quale l'aliquota di compartecipazione è fissata dal 2009 nella misura del 49,11% del suo fabbisogno sanitario (legge 296/2006 art. 1, comma 830);
- bilancio dello Stato: finanzia il fabbisogno sanitario non coperto dalle altre fonti di finanziamento essenzialmente attraverso la compartecipazione all'IVA (destinata alle Regioni a statuto ordinario), le accise sui carburanti e attraverso il Fondo sanitario nazionale (una quota è destinata alla Regione siciliana, mentre il resto complessivamente finanzia anche altre spese sanitarie vincolate a determinati obiettivi).

La composizione del finanziamento del SSN è evidenziata nei "riparti" (assegnazione del fabbisogno alle singole Regioni ed individuazione delle fonti di finanziamento) proposti dal Ministero della Salute sui quali si raggiunge un'intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni. Le Regioni assegnano, in base a diversi parametri, le risorse finanziarie alle aziende, che le impiegano per garantire ai cittadini l'erogazione delle prestazioni di loro competenza previste dai Livelli essenziali di assistenza.

L'assegnazione delle risorse alle aziende tiene conto della mobilità passiva (cioè i residenti che si curano in strutture di altre aziende sanitarie o regioni) e della mobilità attiva (nel caso siano state curate persone provenienti dall'esterno dell'azienda).

Le aziende vengono inoltre finanziate dalla Regione sulla base delle prestazioni erogate in regime di ricovero (attraverso il costo previsto dai DRG) oppure negli ambulatori (attraverso il tariffario delle prestazioni specialistiche e diagnostiche).

Le manovre finanziarie del Governo apportano le modifiche ai livelli di finanziamento a carico dello Stato.

http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=4752&area=programmazioneSanitariaLea&menu=dati

I tagli al SSN

Secondo i dati del Ministero della Salute, tra il 2001 e il 2019 il finanziamento del Ssn a carico dello Stato è praticamente sempre cresciuto, dato facilmente verificabile sul sito del Ministero. (http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=4752&area=programmazioneSanitariaLea&menu=dati)

In termini assoluti il finanziamento pubblico in 10 anni è aumentato di € 8,8 miliardi, crescendo in media dello 0,9% annuo, tasso inferiore a quello dell'inflazione media annua che è 1,07%.

Ovviamente qui non siamo di fronte a un taglio nel senso proprio del termine, ma si tratta comunque di finanziamenti non in linea con l'inflazione, cioè con l'aumento medio dei prezzi (o il calo del potere di acquisto della moneta, visto da un altro punto di vista). Ma non si tratta solo di questo, c'è altro.

I dati forniti dal Ministero sono reali, ma non vengono contestualizzati al cambiamento della situazione del Paese. Dal 2001 al 2009 il valore del finanziamento ordinario dello Stato al Ssn in rapporto al Pil è quasi sempre aumentato, mentre dal 2010 a oggi è calato (secondo i dati Istat qui consultabili). In dieci anni il taglio, in valori rapportati al Pil, è stato dello 0,4 per cento. Il Taglio quindi, si evidenzia quando gli si dà una connotazione diversa dalla semplice riduzione dei fondi destinati alla sanità in valore assoluto.

A settembre 2019 la Fondazione Gimbe, che promuove e realizza formazione e ricerca in ambito sanitario, ha pubblicato un rapporto intitolato “Il definanziamento 2010-2019 del Servizio Sanitario Nazionale”, definanziamento dovuto al fatto che tutti i Governi, per fronteggiare le emergenze finanziarie del Paese, hanno ridotto la spesa sanitaria, cioè il capitolo di spesa pubblica più facilmente aggredibile. Questi i punti principali:

- Il finanziamento pubblico è stato decurtato di oltre € 37 miliardi, di cui circa € 25 miliardi nel 2010-2015 per tagli conseguenti a varie manovre finanziarie ed oltre € 12 miliardi nel 2015-2019, quando alla sanità sono state destinate meno risorse di quelle programmate per esigenze di finanza pubblica. Come ha fatto la Fondazione Gimbe ad arrivare a queste cifre? Per i primi 25 miliardi i dati arrivano da una presentazione (slide n. 20, qui scaricabile) tenuta il 19 dicembre 2012 dall'allora ministro Balduzzi (governo Monti), dove mostrava come sarebbero cambiate nei tre anni successivi le risorse destinate dallo Stato al SSN. Quindi, tra il 2012 e il 2015 i soldi sono stati meno rispetto a quelli previsti dalle manovre precedenti. In quei quattro anni sono infatti stati destinati in totale al Ssn dallo Stato 434,6 miliardi di euro, 24,5 miliardi di euro in meno rispetto ai 459,1 miliardi di euro previsti prima dei “tagli”. Lo stesso discorso vale poi per i 12 miliardi di definanziamento avvenuto tra il 2015 e il 2019. In base alle elaborazioni della Fondazione Gimbe (su dati della Corte dei Conti). È quindi appurato che tra il 2010 e il 2019 il finanziamento pubblico al SSN è complessivamente aumentato, ma ogni anno meno di quanto programmato negli anni precedenti per quelli successivi. Non possiamo quindi parlare di tagli veri e propri, ma considerando i mancati aumenti promessi (o la loro riduzione), un definanziamento da parte dello Stato c'è stato. Comunque lo vogliate chiamare, al SSN sono arrivati meno soldi del previsto.
- Il DEF 2019 ha inoltre ridotto progressivamente il rapporto spesa sanitaria/PIL dal 6,6% nel 2019-2020 al 6,5% nel 2021 e al 6,4% nel 2022. Secondo Gimbe, anche l'analisi dei Def

2017, 2018 e 2019 dimostra che il rapporto spesa sanitaria/Pil nel medio termine viene sempre rivisto al ribasso "documentando sia la tendenza a spostare in avanti le previsioni di crescita economica, sia la precisa intenzione di non rilanciare il finanziamento della sanità pubblica".

- L'aumento del fabbisogno sanitario nazionale per gli anni 2020 (+€ 2 miliardi) e 2021 (+€ 1,5 miliardi) è subordinato alla stipula tra Governo e Regioni del Patto per la Salute 2019-2021, a tutt'oggi fermo.
- I dati OCSE aggiornati al luglio 2019 dimostrano che l'Italia si attesta sotto la media OCSE, sia per la spesa sanitaria totale (\$3.428 vs \$ 3.980), sia per quella pubblica (\$ 2.545 vs \$ 3.038). Nel periodo 2009-2018 l'incremento percentuale della spesa sanitaria pubblica si è attestato al 10%, rispetto a una media OCSE del 37%. E anche tra i paesi del G7 le differenze assolute sulla spesa pubblica sono ormai incolmabili (nel 2009 la Germania investiva \$ 1.167 (+50,6%) in più dell'Italia (\$ 3.473 vs \$ 2.306), nel 2018 la differenza è di \$ 2.511 (+97,7%), ovvero \$ 5.056 vs \$ 2.545).

Ma cosa è stato tagliato? Innanzitutto il personale. Secondo i sindacati dei medici, al sistema sanitario italiano mancano 46 mila operatori, tra cui 8.000 medici. Questo nonostante il numero totale dei medici sia rimasto più o meno stabile negli ultimi dieci anni, ma ha subito una flessione in rapporto alla popolazione, che invece è leggermente aumentata.

Inoltre il blocco delle assunzioni (una delle misure imposte con i vari tagli stabiliti nel 2009) ha contribuito a rendere i medici italiani tra i più vecchi. E anche il fabbisogno di cure mediche del paese è aumentato, a causa dell'invecchiamento della popolazione. Nonostante ciò l'Italia mantiene una delle posizioni più alte nelle classifiche sanitarie mondiali e ha una delle aspettative di vita più elevate del mondo sviluppato.

Il più recente rapporto sullo stato del Ssn – *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale* – è stato pubblicato a settembre 2019 e contiene dati riferiti al 2017.

Da un'analisi dei dati disponibili, emerge che non solo in 10 anni il numero degli istituti di cura è diminuito di circa 200 unità, ma il trend di decrescita era già in corso nel 2007.

La riduzione del numero di ospedali è un trend in atto da almeno 25 anni, da ben prima che scoppiasse la crisi economica nel 2008 e soprattutto non è coincisa temporalmente con una riduzione della spesa sanitaria.

Anche il numero dei posti letto, come il numero di ospedali, è crollato negli ultimi decenni. Nel 1998 erano circa 311 mila, nel 2007 erano calati di quasi 90 mila unità, arrivando a circa 225 mila e nel 2017, ultimo dato disponibile, erano circa 191 mila.

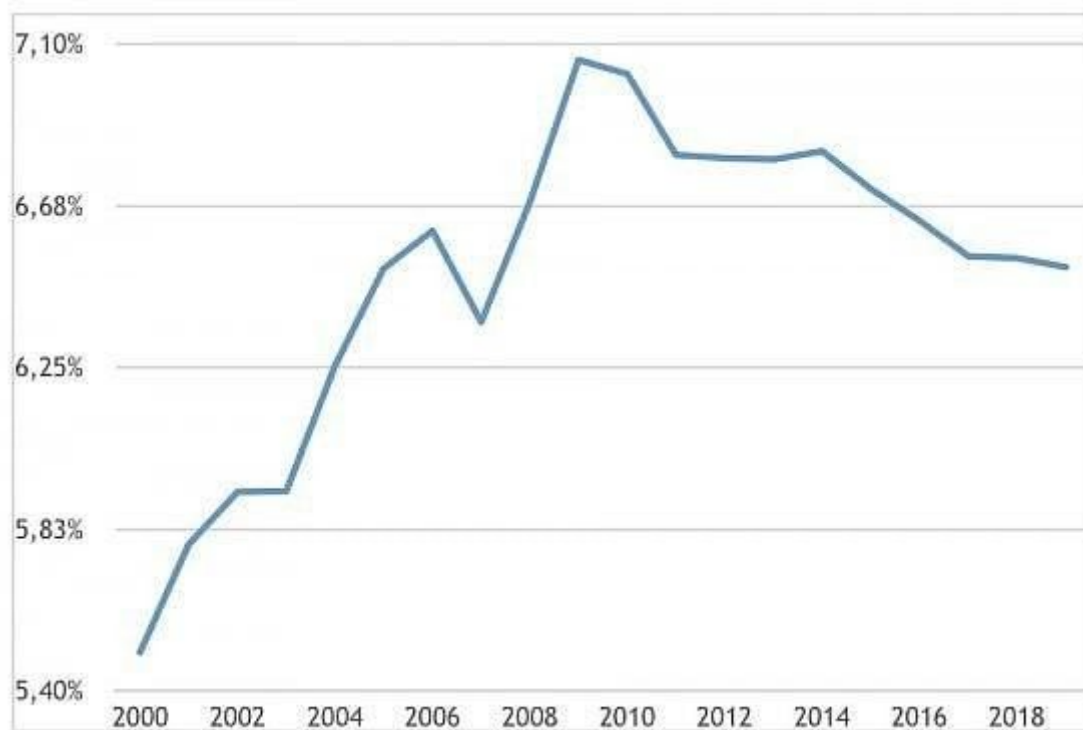
In rapporto al numero di abitanti, siamo cioè passati da 5,8 posti letto ogni mille abitanti del 1998, a 4,3 nel 2007 e a 3,6 nel 2017. Da notare che nel rapporto del 1998 già si scriveva che, attestandosi a 5,8, «l'indicatore posti letto per 1.000 abitanti risulta sensibilmente diminuito in questi ultimi anni».

Il dato è ovviamente correlato a quello della diminuzione degli ospedali, e anche in questo caso è un fenomeno che si può osservare da più di 25 anni, ma scollegato dall'andamento della spesa per la sanità. Questa diminuzione sembra essere il frutto di due fattori principali: deospedalizzazione e aumento dell'assistenza domiciliare.

In base al PNS 2003-2005 tra gli obiettivi strategici del SSN c'è proprio «la riduzione del numero dei ricoveri impropri negli ospedali per acuti e la riduzione della durata di degenza dei ricoveri appropriati, grazie alla presenza di una rete [integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili n.d.r.] efficace ed efficiente». Questo nell'ottica di assistere al meglio una popolazione sempre più vecchia. Una persona anziana non più autosufficiente, ad esempio, secondo il PNS 2003-2005 è meglio che venga curata a casa sua piuttosto che non in ospedale, dove anche il rischio di esposizione a batteri e virus portati da altri pazienti è maggiore.

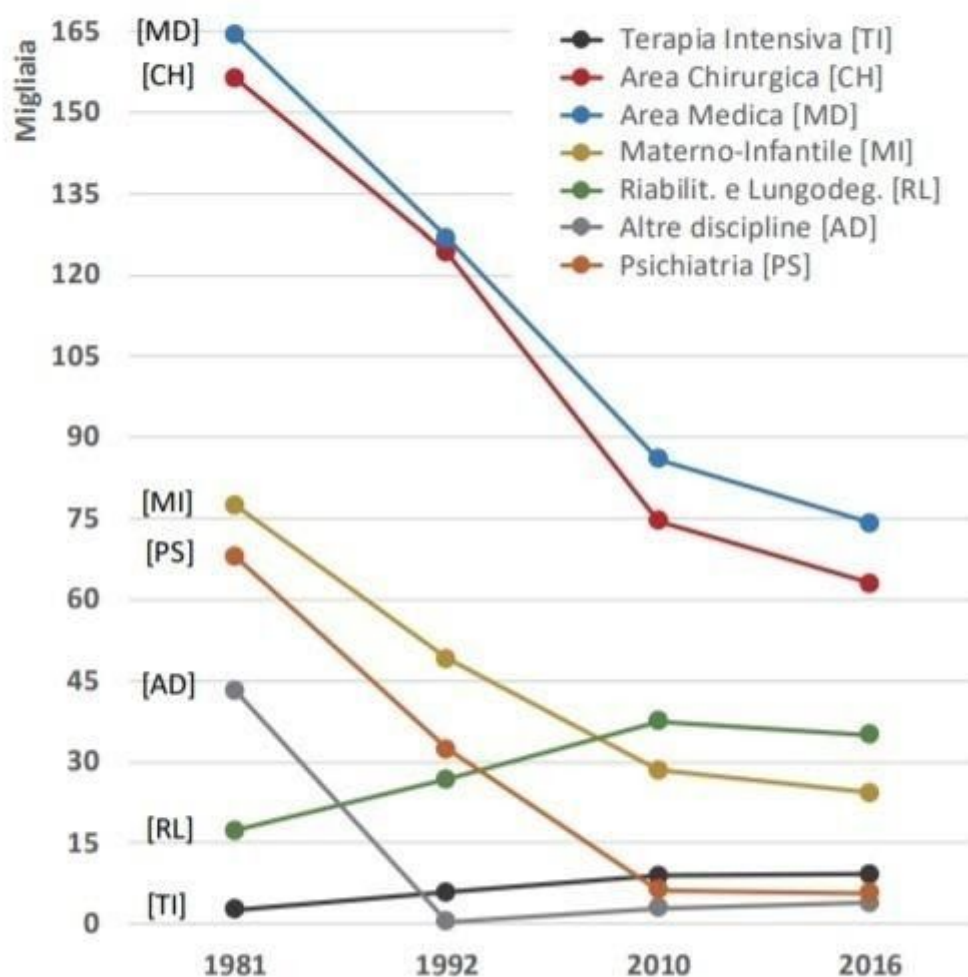
Si legge anche: «Un Ospedale piccolo sotto casa non è più una sicurezza, in quanto spesso non può disporre delle attrezzature e del personale che consentono di attuare cure moderne e tempestive». Il razionale è stato quello di creare da un lato grandi centri ospedalieri dotati di tutte le attrezzature necessarie, e dall'altro di implementare una rete territoriale di servizi.

Spesa sanitaria pubblica in rapporto al Pil



Fonte: elaborazioni OCPI su dati MEF, Servizio Studi della Camera dei Deputati e Proposte per una Revisione della Spesa Pubblica (2014-16)

Tavola 3.1
Posti letto per area omogenea



Fonte: elaboraz. Nebo su dati Istat e Min. Salute

https://www.ilpost.it/wp-content/uploads/2020/03/screenshot-programmazione-sanitaria-it-2020.03.09-12_55_39.jpg (link immagine qui sopra)

<https://www.agi.it/fact-checking/news/2020-03-14/coronavirus-rianimazione-posti-letto-7500889/>

<https://pagellapolitica.it/blog/show/627/i-tagli-alla-sanit%C3%A0-ci-sono-stati-oppure-no>

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=76887

<https://www.ilpost.it/2020/03/15/tagli-sanita/>

La questione dei Punti Nascita

Il tutto inizia nel 2010 (Governo Berlusconi) quando l'allora Ministro della Salute, Ferruccio Fazio emanò delle linee d'indirizzo sui punti nascita. In quel documento (approvato in Conferenza Unificata) si mise nero su bianco, oltre a tutti i requisiti tecnici e di personale, che l'optimum minimo per un punto nascita è di 1.000 parti l'anno prevedendo però la possibilità di tenere aperti, proprio per andare incontro alle esigenze delle zone disagiate, anche quelli che effettuavano un minimo di 500 parti. Il razionale era che, più i punti nascita sono grandi, organizzati, dotati di standard clinici all'avanguardia (si pensi per esempio alla terapia intensiva neonatale) ed effettuano molti interventi, meno è il rischio di errori. Il provvedimento diede il via al processo di chiusura ma scatenò fin da subito numerose proteste e polemiche anche perché i piccoli punti nascita in Italia erano parecchi. Per questo motivo nel 2015 con il Dm 70 sugli standard ospedalieri si diede alle Regioni la facoltà di chiedere delle deroghe. Il compito di valutare la possibilità di deroga fu affidato dal Ministero al Comitato percorso nascita secondo un protocollo metodologico in base al quale valutare caso per caso. Gli ultimi dati disponibili del 2018 evidenziano che in Italia su 418 punti nascita ben il 15% presenta meno di 500 parti/anno e circa 27.000 bambini sono nati in tali strutture.

Ovviamente la chiusura dei punti nascita non è passata inosservata, e tante sono stati i moti e le iniziative di protesta, mentre le istituzioni si rimbalzavano la questione come una patata bollente. Le varie associazioni di categoria dei ginecologi hanno sempre puntato i piedi, senza spostarsi dalla loro idea di numeri e sicurezza. Ma davvero tutti questi punti nascita erano così pericolosi? Qualcuno si è preso la briga di chiedere direttamente a chi ci ha partorito, a chi è stato assistito lì, a chi ci è stato ricoverato? Sembrerebbe proprio di no. Ma soprattutto, qualcuno ha pensato a cosa questo significhi praticamente per tante donne? In molti casi le future mamme dovranno fare molti chilometri in più per poter partorire, correndo tutti i pericoli che una distanza maggiore potrebbe comportare soprattutto per le gravidanze a rischio. Viene da chiedersi se questo sia stato considerato dalle associazioni di categoria, nel loro urlare all'inadeguatezza dei piccoli punti nascita. Da notare che spesso quei chilometri devono essere percorsi su strade intasate di traffico o su strade di montagna o di campagna, tutti casi in cui non sarebbe comunque possibile intervenire tempestivamente nemmeno per i soccorritori. Ci si nasconde dietro il fatto che i medici non ci sono o che le nascite non sono tali da permettere di mantenere a regime una certa struttura o ancora che non ci sono le condizioni di sicurezza necessarie ecc... e ci fanno credere che queste opzioni sono le uniche ragionevoli. Ma alla fine resta una certezza: manca del tutto una politica nazionale a favore delle nascite e della famiglia. Se ci fosse, tutti i punti nascita andrebbero difesi con le unghie e con i denti, perché considerati parte di una politica che mette al centro il futuro. Se si vuole favorire la natalità e potenziare i punti nascita, il modo, a tutti i livelli, si può trovare.

Quindi poco importa se le donne incinta dovranno fare un'ora di macchina prima di raggiungere un ospedale attrezzato col rischio concreto di partorire lungo la strada. I tagli sono necessari perché, spiegano le Regioni, "i centri troppo piccoli non riescono a garantire la qualità necessaria". Un definanziamento che però, ricordiamo, ha sottratto alla sanità pubblica circa 28 miliardi dal 2010 al 2019. I problemi riguardano molti comuni lungo la Penisola dove i numeri (dei posti letto o delle nascite annue) contano più dei bisogni dei cittadini. Come un serpente che si mangia la coda da solo: meno nati, conseguente chiusura dei punti nascita più piccoli, pochi incentivi e sostegni economici alle famiglie, difficoltà nel raggiungere i presidi ospedalieri. Risultato: ulteriore calo delle nascite. Con 190 ospedali chiusi per partorire servono – in media in Italia – 90 minuti di macchina per raggiungere il reparto.

Si ritiene inoltre doveroso sottolineare, sempre per quanto riguarda le nascite, come in Italia ci sia un vero e proprio dilagare di parti cesarei. Nel rapporto annuale sulle nascite in Italia, si legge come nel 2016 il 33,7% delle gravidanze si sia concluso così. Una percentuale elevatissima, se si pensa che, secondo l'OMS, non dovrebbe essere superiore al 15%, e infatti il nostro paese è stato richiamato proprio su questo aspetto. Siamo passati dal 10% di parti cesarei all'inizio degli anni '80, al 37,5% del 2004, percentuale rimasta praticamente invariata fino ad ora. Le linee guida più recenti dell'OMS, infatti, sono per un parto il più naturale possibile, ovviamente in condizioni di gravidanza fisiologica, nel pieno rispetto della partoriente e delle sue decisioni.

http://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=80271

<https://www.ilfattoquotidiano.it/2017/01/31/punti-nascita-da-angera-a-lampedusa-mobilitazioni-contro-la-chiusura-di-quelli-piccoli-ma-ce-un-problema-di-sicurezza/3328039/>

<https://loccidentale.it/se-calano-i-nati-e-chiudiamo-i-punti-nascita-non-andremo-lontano-il-caso-di-termostoli-e-del-sud/>

<https://www.interris.it/la-voce-degli-ultimi/sociale/chiudono-punti-nascita-e-pediatrie-ma-i-conti-non-tornano/>

<https://www.fondazioneveronesi.it/magazine/articoli/ginecologia/in-italia-ancora-troppi-parti-cesarei-in-campania-oltre-1-su-2>

https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=59071

<https://www.ilnotiziario.net/wp/2018/02/27/parti-cesarei-per-loms-in-italia-sono-troppi/>

I problemi del SSN e il ricorso al privato

Dal 22° Rapporto PiT Salute di Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato emerge un servizio sanitario con problemi rilevanti di costi, peso della burocrazia e accesso in una parte ancora significativa del Paese. Va sottolineato che il rapporto si basa sulle segnalazioni (in questo caso 21.416). Quello che ne deriva, è però un quadro non troppo positivo, e molte persone hanno avuto a che fare con almeno una delle situazioni di disagio evidenziate nel rapporto.

Aumentano le segnalazioni per le attese, a cui i cittadini hanno purtroppo imparato a rispondere mettendo mano alla tasca per pagare l'intramoenia o il privato, e aumentano le segnalazioni relative alla assistenza territoriale. Le liste d'attesa sono infatti sempre in testa ai problemi segnalati dai cittadini in fatto di sanità. In questa voce rientrano le visite specialistiche, poi gli interventi chirurgici, poi gli esami diagnostici. All'interno si trova anche un'indicazione dei tempi. I cittadini segnalano poi la mancata applicazione delle esenzioni, i costi elevati per la diagnostica e per la specialistica e i costi a totale carico del cittadino. Un'analisi del Consorzio per la Ricerca Economica Applicata in Sanità (2017), che analizza i dati di quattro regioni (Lombardia, Piemonte, Lazio e Campania), mostra come, per quanto riguarda i tempi di attesa, le regioni analizzate presentano nel loro insieme valori medi molto elevati, soprattutto per quanto riguarda le prestazioni effettuate nelle strutture pubbliche in regime SSN. Visionando le tabelle riportate nel paragrafo 3 si nota come invece, per le prestazioni in regime di intramoenia, i valori del 2017 siano molto bassi, così come negli anni precedenti. La differenza di attesa tra le due tipologie di erogazione è imbarazzante. La rilevazione mostra quindi che non solo il fenomeno non si riduce negli ultimi anni, anzi tende semmai ad aggravarsi. La sintesi dei dati del Rapporto solleva una serie di domande e considerazioni, prima fra tutte che un problema come le liste di attesa, così generale e rilevante anche per l'opinione pubblica dovrebbe essere oggetto di annuali report nazionali e non di una meritoria iniziativa di sindacati o enti esterni al Ministero. C'è spazio poi per riflessioni sulla professione intramoenia, a cui si ricorre di solito non per motivi di scelta del professionista, tipo che non serve a contenere le liste di attesa, anzi "vive" proprio perché ci sono le liste di attesa; inoltre non è competitiva né effettua azione calmierante rispetto alla spesa che il cittadino si sobbarca, anzi in molti casi le tariffe sono in incremento. Le tariffe dell'intramoenia sono simili o più alte che nel privato: in altri termini, là dove gli investimenti per le strutture sono stati effettuati dal pubblico, il professionista ha lo stipendio e la garanzia di lavoro, la sua formazione e l'aggiornamento (nonché ferie, malattia etc.) sono a carico del pubblico e le tariffe sono concordare, queste sono uguali o più alte che in regime privato. Le liste di attesa sono il sintomo del depotenziamento, in termini di personale, di investimenti e di organizzazione della sanità pubblica per favorire, inconsciamente o scientemente, una privatizzazione di un settore rilevante del servizio sanitario, come la diagnostica e la specialistica. Imboccando tale strada non solo si aumentano le disuguaglianze e si frammentano i percorsi assistenziali, ma si allungheranno ulteriormente le liste di attesa.

In Italia esiste uno specifico Piano nazionale di governo delle liste d'attesa (PNGLA), emanato nel 2010 secondo cui ci sono dei tempi massimi di attesa per alcune prestazioni, ben 58 tra visite specialistiche, esami diagnostici e interventi chirurgici. In particolare 14 visite specialistiche (come cardiologica e oculistica) da garantire entro 30 giorni dalla richiesta; 29 diagnosi strumentali (come mammografia e Tac) da erogare entro 60 giorni, 15 interventi chirurgici in day surgery o in regime di ricovero ordinario (per esempio: tumore al colon) che vanno eseguiti entro 30 giorni o in base alle specifiche "classi di priorità" previste per le operazioni. Per la diagnostica e la specialistica i tempi massimi devono essere rispettati nel caso di prime visite o primi esami, non per i controlli. Chi soffre di malattie cardiovascolari e oncologiche ha diritto a una "corsia preferenziale" con un Percorso diagnostico-terapeutico (Pdt) "su misura" di ogni singolo paziente. La prima visita va fatta entro 30 giorni dalla prenotazione ma, se c'è un'urgenza, anche prima in base ai codici di priorità.

Non possono trascorrere più di 30 giorni dal momento dell'indicazione clinica all'inizio della terapia. In base a questo piano, si può andare dal privato pagando il solo ticket previsto nel pubblico se entro i tempi non è stato fissato un appuntamento nel sistema sanitario nazionale. Si può quindi chiedere che la prestazione venga fornita in intramoenia, senza dover pagare il medico come "privato", ma essendo tenuti a corrispondere solo il ticket. Per far ciò è necessario presentare un'istanza al Direttore generale dell'Azienda sanitaria o dell'Azienda ospedaliera. Gli elenchi con le 58 prestazioni devono essere disponibili sui siti delle Regioni e delle Asl e aziende ospedaliere, presso gli Uffici Relazioni con il Pubblico (URP), nelle Carte dei servizi delle aziende sanitarie, ma da un'indagine a campione sui tempi di attesa pubblicati sui siti delle Asl è emerso che c'è ancora scarsa trasparenza. Ci sono siti che riportano le attese medie per la prestazione ma non i tempi reali. In alcuni casi i dati pubblicati non sono leggibili o sono vecchi. Alcuni siti non riportano nemmeno una sezione dedicata ai tempi di attesa.

Altro problema sollevato è la *burocrazia*, che rende più faticoso del necessario, con iter procedurali lenti ed estenuanti, l'esigibilità di alcuni diritti, come il riconoscimento di invalidità e la concessione della indennità di accompagnamento, solo per citare due degli esempi più segnalati.

Altro tema affrontato è quello dei servizi territoriali, poiché non esistono modelli organizzativi definiti e standard che si possano far rispettare. La rete di servizi offerta dal nostro sistema socio-sanitario, nonostante investimenti recenti in alcune aree del Paese in assistenza domiciliare integrata, risulta ancora troppo debole e concentrata in aree limitate per garantire una copertura adeguata in termini di assistenza della non autosufficienza.

Negli altri capitoli si parla ad esempio di costi sostenuti per ticket, farmaci, visite specialistiche in intramoenia o nel privato che "si consolidano e crescono. Segnalato dai cittadini è il nodo del costo dei ticket per gli esami diagnostici e per le visite specialistiche. In aumento anche le difficoltà di accesso ai farmaci. Anche le segnalazioni di costo eccessivo per le prestazioni in intramoenia sono in crescita.

La spesa sanitaria privata di tasca propria (out of pocket) è in continua crescita negli ultimi anni. L'Istat stima che la spesa privata a giugno 2019 sia passata da 33 miliardi e 930 milioni del 2016 (pari al 22,7 per cento della spesa sanitaria corrente e al 2 per cento del Pil) a 35 miliardi. La prima ragione di ricorso al privato è ovviamente la questione delle infinite liste d'attesa, quando queste non sono direttamente chiuse. I tempi di attesa nelle strutture pubbliche e private convenzionate risultano infatti notevolmente più lunghi, in alcuni casi anche di 10 volte superiori, rispetto a quelli delle strutture private, ma anche rispetto a quelli delle prestazioni fornite nel pubblico in regime di Intramoenia. Siamo di fronte a un Servizio sanitario che non riesce più a erogare in tempi adeguati prestazioni incluse nei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) e prescritte dai medici. I differenziali in termini di spesa tra ticket e costo della prestazione nel privato o in Intramoenia, invece, sono molto meno accentuati (si tratta nella maggior parte dei casi di un rapporto di 1 a 2 o di 1 a 3).

Da notare anche che sono 13,3 milioni le persone che hanno fatto visite specialistiche e accertamenti diagnostici sia nel pubblico che nel privato, per verificare la diagnosi ricevuta (una caccia alla «second opinion»). Combinare pubblico e privato sembra divenuto il modo in cui molti italiani cercano di avere la sanità di cui hanno bisogno. È sempre più diffusa l'idea, basata purtroppo sull'esperienza personale, che spendere per la salute sia inevitabile. La sfiducia nel SSN è tale che di fronte a un'esigenza contingente, molti cittadini si sono rassegnati e, nel 2018, il 44% degli italiani si è rivolto direttamente al privato, per ottenere almeno una prestazione sanitaria, senza nemmeno tentare di prenotare nel sistema pubblico. La Sanità privata ha trovato un suo specifico posizionamento derivante dalle inefficienze del pubblico. È evidente come i comportamenti dei

cittadini in materia di accesso ai servizi sanitari seguano logiche spesso ondivaghe, significativamente influenzate per un verso dalle problematiche economiche e dall'altro dalla crescente attenzione nei confronti della salute e nelle possibilità di curarsi. Probabilmente la fascia di popolazione più abbiente tende ad optare in ogni caso per il privato (almeno per le prestazioni di non elevatissima complessità); un segmento di domanda più ampia tende poi a fare sistematicamente "arbitrato" tra offerta pubblica e privata, tenendo conto del quadro clinico e dei sintomi, da un lato, e delle caratteristiche dell'offerta nel proprio territorio, dall'altro; ancora, alcune fasce di cittadini tendono in ogni caso a rivolgersi al pubblico, per motivi sia economici che tecnici; ed infine, una quota non trascurabile di popolazione, messa di fronte alle difficoltà, tende a rinunciare o a rimandare nel tempo la prestazione, anche in casi di una certa importanza.

Va sottolineato che i numeri riportati riguardano prestazioni necessarie, non un ingiustificato consumismo sanitario.

Altro dato importante riguarda gli accessi nei Pronto soccorso: sembra che, nel 2018 solo il 29,7% dei cittadini vi si sia rivolto in una condizione di effettiva emergenza. Mentre il 38,9% lo ha fatto perché non erano disponibili altri servizi, come il medico di medicina generale, la guardia medica, l'ambulatorio di cure primarie, e il 17,3% lo ha fatto perché ha maggiore fiducia nel Pronto soccorso dell'ospedale rispetto agli altri servizi. Si tratta di una richiesta, da parte della cittadinanza, che trova impropriamente nel Pronto soccorso la risposta, cosa che deve far riflettere su quanto stia rispondendo adeguatamente tutto l'impianto della sanità italiana.

Se pensiamo che si parte dalla teoria di un Servizio sanitario universalistico, appare evidente che la spesa privata di tasca propria in sanità è generatrice di iniquità, in quanto favorisce i cittadini e le famiglie con maggiori disponibilità economiche. Il DEF per il 2020 prevede l'abolizione del superticket dal 1° settembre 2020, un aumento di 2 miliardi del Fondo sanitario nazionale e lo stanziamento di due fondi di 500 milioni ciascuno per farmaci innovativi oncologici e non.

In linea di principio questo dovrebbe favorire l'equità e l'universalismo delle prestazioni, abbattendo i costi a carico degli utenti e cercando di migliorare e di ampliare l'offerta, ma costituisce un intervento ancora troppo debole rispetto alla realtà della spesa sanitaria privata italiana. Il ruolo determinante per le sorti sanitarie per i singoli e le famiglie, purtroppo lo giocano parametri quali le differenze di reddito, le variabili di natura culturale, la maggiore o minore consapevolezza dell'importanza delle attività di cura e prevenzione e lo status sociale.

https://www.repubblica.it/salute/medicina-e-ricerca/2019/12/11/news/cittadinanzattiva_liste_d_attesa_e_costi_sono_i_problemi_del_servizio_sanitario_-243189994/

<https://www.cittadinanzattiva.it/comunicati/salute/12841-presentato-il-xxii-rapporto-pit-salute.html>

<https://www.firstonline.info/la-spesa-sanitaria-di-tasca-propria-ed-il-ricorso-al-privato/>

<https://www.censis.it/welfare-e-salute/sanit%C3%A0-196-milioni-di-italiani-costretti-pagare-di-tasca-propria-ottenere>

<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato2112108.pdf>

<https://www.saluteinternazionale.info/2018/03/le-liste-dattesa-come-privatizzare-la-sanita/>

<https://quifinanza.it/soldi/sanita-liste-di-attesa-oltre-60-giorni-vai-dal-privato-e-paghi-solo-il-ticket/101002/>

https://www.corriere.it/salute/17_aprile_27/liste-d-attesa-sanita-esami-visite-in-coda-sette-italiani-d-ieci-c702d824-2b52-11e7-9442-4fba01914cee.shtml

La mancanza di personale

Tra i motivi del "suicidio" del SSN, uno dei più evidenti e pesanti è senza dubbio la scarsità di personale. Il Servizio sanitario nazionale sta infatti vivendo uno dei momenti più difficili della sua quarantennale storia: mancano dottori, infermieri e medici di famiglia. Il ricambio è fermo nonostante l'allarme sia stato lanciato già da tempo.

Come si è arrivati al punto di essere carenti di medici? La risposta va cercata nei carichi di lavoro eccessivi ed a volte insopportabili, nell'aumento esponenziale del contenzioso medico legale (in parte mitigato dalla legge Gelli) e nel livello salariale inadeguato ad una categoria professionale altamente specializzata, oltre che nella mancanza di prospettive e nella frustrazione da iperburocrazia. A questo si aggiunge la mancata programmazione degli accessi alla facoltà di medicina ed alle scuole di specializzazione. Vale inoltre la pena ricordare che i medici sono da dieci anni senza contratto e si sta ancora trascinando la discussione per una minima rivalutazione economica, a fronte di un ulteriore peggioramento delle condizioni di lavoro. Si stanno facendo goffi tentativi di sostituire in parte il personale medico mancante con specializzandi agli ultimi anni di corso, ma questo può tamponare solamente in misura modesta il buco creatosi, dato che gli specializzandi non potranno essere destinati ad ospedali in cui non sia garantita una didattica adeguata (che sono proprio quelli dove maggiormente si fanno sentire le carenze di personale medico) e ci deve essere chiarezza assoluta sul contesto normativo e giuridico per evitare di esporre a possibili controversie legali direttori generali, direttori di struttura e i medici stessi. I dirigenti medici chiedono di aumentare il finanziamento sia per le nuove assunzioni che per i posti destinati alla formazione specialistica dei neolaureati. Da tempo infatti il numero di laureati è superiore alle borse per la formazione specialistica disponibili. Un primo passo è stato fatto: il numero di borse nel 2018 è passato da 6200 a 7100 (le associazioni puntano a 9.500/10.000 borse), comunque non sufficienti alla copertura di tutte le specializzazioni mediche. Inoltre, anche volendo puntare sull'effetto dell'aumento delle borse per le scuole di specializzazione, per vederlo si dovranno attendere anni. E intanto scout che provengono dall'estero vengono a reclutare i nostri laureati che in genere sono ben preparati, ottenendo così a nostre spese professionisti di valore che la mancata programmazione e l'approssimazione assoluta delle politiche sanitarie ci fanno perdere.

A causa della età media generale molto alta, le carenze dei medici italiani non riguarderanno solo gli specialisti del SSN ma anche i medici di medicina generale. Dal confronto con gli altri stati emerge che l'Italia già oggi ha un numero abbastanza basso di medici di famiglia. Nel 2016 erano 54.063, cioè circa 89 medici per 100.000 abitanti: meno di un medico di famiglia ogni 1000 persone (10° posto in Europa per noi).

In Italia inoltre mancano 50.000 infermieri (che potrebbero diventare 70.000 per effetto della quota 100). A ricordarlo in una nota è la Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche. Secondo i dati Oms infermieri e ostetriche rappresentano quasi il 50% della forza lavoro sanitaria globale, ma nel mondo la carenza di infermieri e ostetriche è pari a oltre il 50% dell'attuale carenza di operatori sanitari. Sempre secondo l'Oms, una forza lavoro infermieristica

forte è la chiave per il raggiungimento della copertura sanitaria universale, ma la realtà italiana è che il rapporto tra il numero di medici del SSN e gli infermieri si è mantenuto piuttosto basso negli

anni (ma tra i Sistemi sanitari regionali ci sono molte differenze). Il SSN dovrebbe spingere verso l'aumento del numero di infermieri anche per un altro fondamentale motivo: gli italiani hanno un'età media di 45 anni e il 22,6% ha dai 65 anni in su. Le malattie più diffuse sono di tipo cronico (come cardiopatie, ictus, cancro, diabete, malattie respiratorie croniche etc.) dal lungo decorso e richiedono assistenza infermieristica (cure domiciliari, monitoraggio e gestione delle patologie eccetera). Il sistema sanitario italiano, al momento, sembrerebbe non essere in grado di far fronte a questi cambiamenti.

Ora la domanda è: quanto può sopravvivere il sistema in queste condizioni? Molto poco. Verrebbe da pensare che lo Stato abbia deciso di abbandonare il sistema universalistico delle cure.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=75249

https://www.repubblica.it/salute/medicina-e-ricerca/2020/01/01/news/in_italia_mancano_50_000_infermieri-244775614/

https://www.agi.it/data-journalism/medici_infermieri_pensioni_quota_100-4882899/news/2019-01-23/

http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=74840&fb_comment_id=2700399703322741_2702321633130548

La pubblicazione delle Schede di dimissioni ospedaliere, sia nel 2017 che nel 2018 ha permesso di fare un bilancio su come stia cambiando l'assistenza in ospedale, sia nei reparti per acuti che in quelli per la lunga degenza e riabilitazione. Si nota subito che dal 2008 a oggi ci sono meno posti letto e meno ricoveri in tutte le attività, tranne nella riabilitazione che è in crescita.

Il motivo pare risiedere nelle innovazioni terapeutiche e nell'aumento dell'assistenza territoriale, fattori che fanno calare i ricoveri ospedalieri. Negli ultimi 10 anni in Italia sono stati 3,5 mln in meno (-29%). Un calo enorme che ha riguardato soprattutto i ricoveri per acuti a fronte di una piccola crescita di quelli in riabilitazione ordinaria. In netto calo anche le ore di degenza: -16,9 milioni (-22%) tra il 2018 e il 2008. I dati sono pubblicati dal Ministero della Salute. In questi 10 anni è cambiata però anche la composizione del Servizio sanitario nazionale: andando ad analizzare sempre in base ai dati forniti dal Ministero della Salute (Annuario Ssn), si scopre che rispetto a 10 anni fa sono stati chiusi quasi 200 ospedali e 1000 presidi di specialistica ambulatoriale. Di contro però ci sono 2000 presidi in più per l'assistenza territoriale residenziale e 700 in più per l'assistenza semiresidenziale. E in crescita sono anche le strutture territoriali e per la riabilitazione. In questi 10 anni sembra essersi avviato un percorso di potenziamento del territorio in modo da trasformare l'ospedale in un presidio riservato al trattamento delle fasi acute. A testimonianza di ciò anche il raddoppio delle persone in Assistenza domiciliare integrata: dieci anni fa erano 500 mila ora sono 1 milione. Sembrerebbe tutto positivo, non fosse che si è visto anche un calo incredibile della presenza pubblica, infatti molte delle nuove strutture assistenziali sono private.

Anche dai dati del 2017 si osserva una generale diminuzione del volume di attività erogata dagli ospedali italiani: il numero complessivo di dimissioni per acuti, riabilitazione e lungodegenza e il corrispondente volume complessivo di giornate si riducono, entrambi, di circa il 2% rispetto al 2016. Tutto bello? Dipende sempre da che prospettiva si guarda la faccenda. Leggendo il rapporto "40 anni del servizio sanitario nazionale" realizzato da Nebo Ricerche PA, in occasione del quarto decennale della fondazione, si evince una volta in più come la "salute" del nostro Sistema Sanitario non sia delle migliori. Il rapporto fotografa la sanità italiana in quattro tappe fondamentali: la nascita del SSN, la riforma dei primi anni '90, il passaggio al federalismo sanitario, l'assetto attuale. Quello che emerge è che nel corso degli ultimi anni sono stati da più parti sottolineati come urgenti interventi da intraprendere per contrastare fenomeni come, ad esempio, il virare dei servizi sanitari sempre più verso l'ambito privato, inclusa l'assistenza ospedaliera, l'insufficienza delle risorse di personale del SSN, la scarsità dei medici di medicina generale, l'esodo di pazienti verso strutture di altre regioni, il tutto in un particolare contesto, quello italiano, che vede un progressivo e rilevante invecchiamento della popolazione, con le intuibili conseguenze sul fronte sanitario (e non solo). I posti letto e i giorni di ricovero sono stati dimezzati: dai primi anni '80 a oggi si evidenzia un imponente ridimensionamento sia dei reparti medici che di quelli chirurgici, oltre che delle aree materno-infantile e psichiatrica (inclusa l'ex manicomiale), riduzione solo in minima parte compensata dall'aumento di letti dell'area della terapia intensiva e per la riabilitazione e la lungodegenza. Dai quasi 13 giorni di degenza media dei ricoveri ospedalieri del 1981 si è giunti agli attuali 7. È importante sottolineare che alla riduzione dei posti letto e della degenza media hanno concorso, fra le altre cause, la riorganizzazione dell'assistenza psichiatrica, soprattutto nel corso degli anni '80, e successivamente la riforma sanitaria del 1992-93. Inoltre l'assistenza ospedaliera è

sempre più privata. L'evoluzione di tecnologie mediche e chirurgiche, insieme a una differente concezione dell'assistenza sanitaria possono giustificare, se non motivare una spinta verso la deospedalizzazione (e quindi la sempre minore necessità di posti letto): l'indice di

ospedalizzazione, in crescita fino ai primi anni del 2000, fa in effetti registrare una brusca inversione di tendenza che attenua peraltro le difformità territoriali e che porta il numero di ricoveri per mille abitanti da circa 200 agli attuali 140. Quel che più colpisce, però, è come la riduzione dei letti sia stata tale da portare la quota dei posti letto privati da meno del 15% a oltre il 20%. Molto importante anche il dato dei ricoveri fuori regione, che è in aumento. Contestualmente al diminuire dei letti pubblici e all'aumentare, in proporzione, di quelli privati si registra in alcune regioni, soprattutto meridionali, un incremento di assistiti che ricorrono al ricovero fuori dalla propria regione. La mobilità interregionale dei pazienti, infatti, non solo è complessivamente in aumento, ma fa anche registrare una più marcata eterogeneità a livello regionale e in generale sposta ancor di più l'asse dell'attrazione verso le regioni del nord, mentre sposta quello della fuga verso le regioni meridionali, alle quali si aggiungono, sia pure in misura meno marcata, le restanti regioni del centro Italia.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=80390

http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministro&id=3682

<https://www.superabile.it/cs/superabile/salute-e-ricerca/20181002-come-cambiato-il-ssn.html>

Possibile privatizzazione?

Troppi Lea garantiti solo sulla carta, sprechi, inefficienze e chiari segnali di privatizzazione rendono infausta la prognosi del servizio sanitario nazionale.

I dati fin qui esposti sull'indirizzo che la politica italiana ha adottato riguardo la sanità, fanno pensare anche a una possibile sostituzione della sanità pubblica con quella privata. Avanza l'idea che la salute sia sempre meno un diritto e sempre più un bene da acquistare sul mercato, mentre si

assiste a un drenaggio di ricchezza pubblica verso le casse dei privati. I dati riferiti al 2017 indicano in 5,7 miliardi di euro l'onere a carico del bilancio pubblico per sostenere la spesa sanitaria privata, nella quale operano giganti del settore sanitario che fatturano, ognuno, decine di milioni di euro l'anno. Così, mentre per pochi la sanità rappresenta un grande business, il sistema sanitario nazionale viene progressivamente svuotato della garanzia dei diritti universali sui quali si basa. Il "Rapporto sullo stato sociale 2019, welfare pubblico e welfare occupazionale", fa notare come il welfare contrattualizzato accentua le disparità di accesso alle prestazioni sociali. Ma a rimetterci non è solo l'equità già compromessa, ma anche l'efficienza delle prestazioni. È scritto infatti: «I costi di gestione delle assicurazioni sanitarie e dei fondi pensionistici finanziati a capitalizzazione presenti nel mercato sono strutturalmente superiori a quelli delle corrispondenti prestazioni offerte dal welfare state».

Attraverso lo svuotamento del servizio sanitario pubblico, passa più facilmente l'idea che lo stato non possa garantire efficacia delle cure ed efficienze, che per fornire assistenza sia necessario tutelare il bilancio dell'azienda sanitaria che perciò prevale sul diritto alla salute, che quindi siano giustificati i sistematici tagli di spesa (razionalizzazione, *spending review*) alla sanità pubblica, che non serva o non si possa sbloccare il turn over per sopperire alla strutturale e cronica insufficienza di personale. Uno svuotamento della sanità pubblica che sembra giustificare l'ingresso dei privati. E non serve nemmeno una riforma che americanizzi d'un colpo la sanità per fare in modo che questa diventi un business per privati. Basta fare in modo che gli ospedali decadano, chiudano, che non abbiano fondi sufficienti, che i tempi di attesa per una prestazione siano inconciliabili con i bisogni di tutela della salute e di cura (ricorda qualcosa?). Apparirà, poi, giustificato drenare soldi pubblici ai privati, lasciare che si allarghino senza ritenere necessario verificarne l'attività. Sempre più persone saranno, a quel punto, costrette a rivolgersi frequentemente ai privati.

<https://www.ilfattoquotidiano.it/2016/04/07/sanita-la-privatizzazione-avanza-indirettamente-grazie-alla-costante-ritirata-del-pubblico-in-nome-dei-conti/2613358/>

<https://jacobinitalia.it/sanita-la-privatizzazione-strisciante/>

Le patologie in Italia

All'epoca del crollo del fascismo, lo stato di salute degli italiani era fra i peggiori in Europa: la malaria, nonostante il chinino, continuava a essere endemica fra le popolazioni rurali, mentre nelle aree urbane si facevano i conti con la TBC e la mortalità infantile continuava a essere una piaga da debellare. Dopo la fine della seconda guerra mondiale si assistette però a un calo di mortalità e

morbilità dovute a malattie infettive, grazie ad antibiotici e sulfamidici, arrivati in Italia dagli USA (furono frutto delle loro ricerche militari). Inoltre, sempre dagli USA, arrivò il DDT, insetticida usato per la bonifica delle campagne nella lotta alla malaria. L'avvento degli antibiotici segnò anche il passaggio dalla farmacologia artigianale a quella industriale, infatti all'inizio degli anni Trenta la maggior parte delle medicine era venduta ancora senza alcuna prescrizione e quasi la metà veniva preparata dai farmacisti locali. Tra il 1930 e il 1960 si assiste a un fiorire di scoperte nel campo farmaceutico, che permise la produzione e la commercializzazione di una grande varietà di sostanze medicinali, tra cui le vitamine sintetiche, i sulfamidici, gli antibiotici e i corticosteroidi. La scoperta di nuovi agenti antibiotici, permise alle case farmaceutiche di esaltare di fronte ai medici e ai consumatori i miracolosi risultati raggiunti dalla ricerca, che ben presto, si spostò dai farmaci naturali a quelli di sintesi, con le nuove scoperte nel campo dei corticosteroidi. La vita media in Europa e negli Stati Uniti si allungò di dieci anni, passando da 59,7 a 69,7 anni, grazie al miglioramento delle condizioni igieniche e alle nuove terapie farmaceutiche. La mortalità infantile fu dimezzata, mentre i decessi causati da infezioni connesse al parto diminuirono di oltre il 90%. Per la prima volta nella storia divenne possibile curare e debellare malattie come la tubercolosi, la difterite e la polmonite. Nacquero categorie del tutto nuove di medicinali, quali i tranquillanti e i corticosteroidi.

La rapida espansione dell'industria farmaceutica fu il risultato di forti investimenti nella ricerca e nel marketing. Nel 1960, i quattro quinti delle vendite di farmaci riguardavano medicinali vendibili soltanto con la prescrizione di un medico. Il grande progresso della chemioterapia, con la scoperta dei sulfamidici nel 1932 da parte di Gerhard Domagk della Bayer-IG Farben, sarà sfruttato in Italia senza innovazioni particolari, anche se va sottolineata la rapidità con cui il Prontosil rosso, il primo prodotto di questa nuova categoria di farmaci in vendita dal 1935, si diffuse in Italia, insieme ai suoi derivati, grazie non solo alla prontezza di alcuni imprenditori (in particolare dell'Istituto farmacologico De Angeli di Milano), ma anche per effetto degli stretti legami politici tra Italia e Germania.

Le vicende politiche e sociali furono fondamentali anche per la diffusione delle nuove medicine miracolose, gli antibiotici, a partire dalla comparsa sulla scena delle penicillina. L'attività antibiotica della muffa di *Penicillium* venne fortunatamente scoperta nel 1929 da Sir Alexander Fleming, ma solo tra 1939 e 1940 i chimici Sir Howard Walter Florey e Sir Ernst Boris Chain a Oxford ne isolarono il principio attivo e ne sperimentarono il potenziale terapeutico. In Italia, la penicillina arrivò con gli Alleati nel 1944. Gli stessi tedeschi, nonostante lo sviluppo della loro industria chimica, solo in ritardo compresero l'importanza della nuova molecola e infatti il ritardo venne scontato maggiormente nella più periferica Italia. Alcune notizie nell'Italia del Nord ancora occupata giunsero nei primi mesi del 1944 attraverso la Svizzera neutrale, secondo la testimonianza di un farmacologo della Farmitalia raccolta in un documentario del 2008 (*Farmitalia. La chimica*

della terra, di Mario Piavoli) e si tentò subito la produzione industriale. Nel Sud, invece, l'avanzata degli Alleati fornì informazioni sempre più precise, almeno sull'uso terapeutico. Articoli sulle riviste mediche vennero pubblicati tra il 1944 e il 1945, in base alla letteratura fatta arrivare dagli ufficiali medici americani, gli stessi che importarono le prime dosi dell'antibiotico. Nella Roma liberata nel giugno del 1944, arrivarono anche due colture di *Penicillium notatum*, provenienti da Londra e donate all'Istituto superiore di sanità. Grazie a queste colture, nell'ISS si poterono

intraprendere i primi studi specifici non clinici. In Italia però, nel dopoguerra era reperibile solo penicillina made in U.S.A.; solo nel 1947 partirà la prima produzione italiana. La prima ditta a produrla fu la GSK, nella storica sede di Verona (tutt'ora attiva), alla cui inaugurazione partecipò lo stesso Fleming (anche se la vera storia sulla scoperta degli antibiotici pare essere diversa, pare infatti che andrebbe attribuita a due italiani, V. Tiberio e B. Gosio). In ogni caso, l'impatto psicologico di questi medicinali sulla popolazione fu fortissimo, date le loro proprietà curative e la rapidità nell'alleviare la sintomatologia.

TUBERCOLOSI: negli anni della guerra, causa il calo delle condizioni igieniche, la vita in promiscuità e deficienze alimentari, si assistette a una recrudescenza della malattia. Furono soprattutto le grandi città ad avere un drastico abbassamento delle condizioni di vita negli anni '40-'45, favorendone la diffusione nelle comunità urbane. Ci fu un decremento della mortalità grazie a nuovi farmaci, ma il problema restava lo scarso progresso igienico-sanitario, e questo portò alla stagnazione della morbilità (= la frequenza percentuale di una malattia in una collettività) negli anni '50 (ad esempio nel 1952 fu introdotta l'isoniazide, che poteva essere utilizzata in associazione alla streptomina). Alla fine degli anni '50 si introdusse la vaccinazione su base volontaria. Negli anni '60 ci fu un calo costante nella presenza della tubercolosi in Italia, diffusa soprattutto tra le fasce più anziane della popolazione. Nel '72-'74 si temeva un suo possibile ritorno, a causa della crisi economica: si suppose una crisi degli alloggi, con conseguente ritorno alla promiscuità e venne chiesto un piano di controllo che passava anche per la vaccinazione di massa. Per fortuna non ce ne fu bisogno.

MALARIA: i primi benefici nella lotta alla malaria si ebbero con la promozione della bonifica (L.753 del 18.5.1924), arenatasi però a metà degli anni '30, per arrivare al totale arresto delle operazioni con la fine della guerra. Prima della seconda guerra mondiale, i malati venivano trattati col chinino nella quasi totalità dei casi. Dalla fine degli anni '30 si cercò di curare la malattia con il tartaro stibiato (o tartaro emetico), meno tossico e col vantaggio di conferire una protezione più duratura. Grande svolta fu poi l'introduzione della cloroquina. Il piano che portò alla sua eradicazione risale al 1946, e nella Relazione sullo stato sanitario nazionale del 1952 viene riconosciuto il fatto che fu praticamente debellata grazie all'impiego del DDT. L'eradicazione della malaria col DDT in Italia avvenne anche grazie all'opera dell'ERLAAS (Ente Regionale per la Lotta Anti Anofelica in Sardegna), finanziata dalla fondazione Rockefeller. Solo anni dopo si iniziò a parlare della tossicità del DDT: la prima denuncia risale al 1962, negli U.S.A., ma in Italia fu messo al bando solo molto dopo. I primi vincoli si trovano nel DM del 31.7.1973, che era però molto poco restrittivo. Nel 1978 ne venne vietata la commercializzazione, ma non la produzione: il DDT veniva quindi esportato nei paesi in via di sviluppo, da cui poi sarebbero stati importati generi alimentari (caffè, frutta...) comunque trattati con esso! Un significativo, anche se non decisivo, passo avanti è stato fatto con la Conferenza di Stoccolma del 23.5.2001.

È importante sottolineare che comunque i vettori della malaria sviluppano resistenza ai trattamenti.

Da notare anche l'aumento delle patologie veneree nel dopoguerra: sifilide, blenorragia (gonorrea), ulcera venerea etc. Mentre a partire dagli anni '50 si assiste all'ascesa delle malattie della modernità, che soppiantano quelle della povertà: patologie cardiovascolari, tumori, diabete; di pari passo aumentano i fattori esogeni che incidono sulla vita della popolazione: inquinamento, dieta sbilanciata, ipercalorica e ricca di grassi, tabagismo... Da sottolineare inoltre è l'aumento di

mortalità dovuta a neoplasie. Inoltre la rete assistenziale inadeguata per le malattie oncologiche, si sommava alla confusione scientifica che riguardava le loro cause. Negli anni '60/'70 ci fu un aumento della morbilità delle patologie oncologiche, soprattutto dei tumori intestinali e polmonari. Ma il cancro non era comunque la prima causa di morte, lo erano invece le patologie cardiovascolari (40,8% dei decessi nel 1955), ma era avvertito come il pericolo principale, probabilmente per la mancanza di cure disponibili. Nel 1959 le patologie cardiovascolari causarono 195.000 decessi, 234.000 nel 1965, 265.000 nel 1978. L'aumento dei fattori di rischio, tra cui sedentarietà, eccessivo tabagismo, alimentazione sempre più ricca di grassi, con conseguente aumento di trigliceridi, colesterolo e peso corporeo, portò all'aumento dei decessi. Inoltre il fatto che queste patologie, nonostante fossero la prima causa di morte, non fossero percepite come tali, non fece capire alla popolazione l'importanza della prevenzione, sia in termini di dieta che di stile di vita. Il diabete è un'altra patologia aumentata con l'aumento del benessere, si è passati infatti dai 5334 morti nel 1958 ai 107236 del 1967. Col passare degli anni la mortalità è diminuita, ma la sua morbilità è aumentata. Nel 1980 si contavano più di un milione e mezzo di casi, di cui il 10/15 % insulino dipendente, per cui il restante 85/90% era del tipo curabile con una vita sana e al massimo il supporto di ipoglicemizzanti orali.

http://www.quotidianosanita.it/cronache/articolo.php?articolo_id=3269 "1861-2011, com'è cambiata la salute degli italiani"

<https://www.ilpost.it/2014/12/09/cause-morte-italia/> "Di cosa si muore in Italia"

<http://storiadiscienza.altervista.org/blog/la-zanzara-anofele-la-malaria-progetto-erlaas/>

Spesa farmaceutica

Secondo il [rapporto OSMED 2017](#) la spesa farmaceutica del nostro paese è stata di quasi 30 miliardi l'anno scorso: +1,2% rispetto al 2016, con aumento esponenziale per ospedaliera e farmaci da automedicazione. In lieve calo i ticket, mentre per l'effetto della legge sull'obbligo cresce la spesa per i vaccini. Antineoplastici e immunomodulatori i farmaci per cui la spesa è più elevata mentre i più consumati si confermano i cardiovascolari. Inutilizzate (450 milioni) quasi la metà delle risorse stanziare (1 miliardo complessivo) per i due fondi per gli innovativi oncologici e gli innovativi non oncologici. Cresce l'uso dei biosimilari (i farmaci "generici"). In media ogni italiano ha consumato 1,7 dosi al giorno di farmaci.

Per la prima volta è stato reso disponibile anche il report delle spese regionali (<http://www.aifa.gov.it/content/report-regionali-sul-consumo-dei-farmaci-italia-anno-2017>), si è così potuto vedere la differenza di consumo e abuso di diverse categorie (per antibiotici e statine) nelle varie regioni, così come anche la diffusione dei generici. La categoria di maggior spesa farmaceutica pubblica sono i farmaci antineoplastici e immunomodulatori (5064 milioni di euro), seguiti dai farmaci per l'apparato cardiovascolare (3548 milioni). I farmaci più consumati sono invece quelli per l'apparato cardiovascolare, seguiti da quelli per l'apparato gastrointestinale e il metabolismo, e i farmaci per il sangue e gli organi emopoietici. La spesa ospedaliera è passata da 4774 milioni di euro nel 2011 a 7267 milioni nel 2017. Nel 2017 le strutture sanitarie pubbliche (ospedali, ASL, IRSS ecc...) hanno speso 12.1 miliardi di euro (194.58€ procapite) per l'acquisto di farmaci, cifra che rappresenta il 40% della spesa farmaceutica pubblica e privata (-0.7% rispetto al 2016).

http://www.ansa.it/canale_saluteebenessere/notizie/sanita/2018/10/18/mappa-degli-eccessi-nelluso-dei-farmaci-troppi-antibiotici-e-statine_f8f8dc57-2198-467b-8c5b-8b80d59f05e5.html

http://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=63800 "AIFA presenta il rapporto OSMED 2017"

<http://www.helpconsumatori.it/salute/aumenta-il-consumo-di-farmaci-aifa-17-dosi-al-giorno-1-su-3-a-carico-del-ssn/159633>

Farmaci: uso, ma soprattutto abuso

Per quanto riguarda l'utilizzo dei farmaci, in età pediatrica il picco delle prescrizioni si ha nel primo anno di vita, il valore diminuisce poi all'aumentare dell'età. I più consumati sono gli antimicrobici (46.1%), fra questi il primato spetta all'associazione amoxicillina/acido clavulanico, seguiti dai farmaci per l'apparato respiratorio (26.7%), soprattutto beclometasone; al terzo posto si trovano gli ormoni, esclusi quelli sessuali (7.4%) (betametasona il più usato). Da notare anche il consumo di farmaci per l'apparato gastrointestinale (7.1%) e di quelli per il sistema nervoso centrale (6.6%). Analizzando invece i dati sul consumo di farmaci in età geriatrica (considerata quindi la popolazione con più di 65 anni), si vede che nel 2017 il 94% di questa fascia d'età ha ricevuto almeno una prescrizione, e che vi è in media un'assunzione di 9.7 sostanze diverse per utilizzatore.

Gli antibiotici sono tra le categorie più abusate nel nostro paese, e in Italia ci troviamo ora con ceppi batterici tra i più resistenti in Europa, con livelli di antibiotico resistenza sopra la media: questi colpiscono probabilmente un paziente ogni dieci, cioè 450/700 mila infezioni all'anno. Il problema è globale, tanto da essere stato oggetto di una denuncia dell'OMS, contenuta nel primo rapporto sulla sorveglianza dell'antibiotico resistenza del sistema GLASS (Global Antimicrobial Surveillance System). Si pensa che nel 2050 i superbatteri (cioè i batteri resistenti alle attuali terapie) uccideranno più del cancro. Si inizia però a parlare dell'importanza della prevenzione come cura primaria, e a capire che l'approccio a questo problema deve essere globale, con ogni figura coinvolta che deve fare la sua parte.

Il problema deriva, principalmente, dal fatto che spesso le persone utilizzano gli antibiotici "fai-da-te", con l'errata convinzione che siano una panacea per tutti i mali, dal raffreddore all'influenza, ma anche dal fatto che le terapie non vengono assunte come prescritto (interrotte troppo presto, o protratte oltre il termine). Dall'altra parte ci sono medici con la prescrizione antibiotica facile, farmacisti che li vendono anche senza ricetta e case farmaceutiche non interessate a sviluppare nuove forme di antibiotico. Spesso vengono prescritti perché il paziente ha sì segni di infezione, ma nessuno si preoccupa di andare a cercarne l'origine (batterica o virale?), oppure per tranquillità del medico/paziente(/mamma). Ad esempio, soprattutto in età pediatrica, l'influenza e le infezioni delle alte vie aeree, sono spesso di origine virale. Praticamente un farmaco su due prescritto in età pediatrica è un antibiotico, e sono assunti almeno una volta l'anno dal 30% dei bambini. La FIMP ha lanciato una campagna di sensibilizzazione/informazione per medici e genitori. Inoltre andrebbe ridotto l'uso di antibiotici ad ampio spettro (pe amoxicillina), in favore di terapie più mirate.

Il governo ha persino attivato un "Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico-Resistenza" (PNCAR) a fine 2017 nel quale, seguendo le indicazioni dell'OMS, sono stati individuati sei ambiti di intervento.

http://www.repubblica.it/salute/2018/06/14/news/antibioticoresistenza_l_italia_e_maglia_nera_in_europa_ma_qualcosa_sta_cambiando-198999321/

<http://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/medicina-e-ricerca/2018-05-08/antibiotico-resistenza-strategia-contro-super-batteri-153639.php?uuid=AEAzpzkE>

http://www.repubblica.it/salute/2018/01/29/news/salute_oms_cinquecento_mila_casi_di_infezioni_resistenti_agli_antibiotici_-187543803/

http://www.repubblica.it/salute/prevenzione/2017/11/16/news/antibioticoresistenza_nel_2050_i_su_perbug_uccidera_piu_del_cancro-181248479/

<https://www.paginemediche.it/news-ed-eventi/combattere-l-antibiotico-resistenza-in-italia-gli-esperiti-a-confronto>

<https://www.paginemediche.it/medici-online/punti-di-vista/antibiotici-farmaci-utilissimi-ma-solo-se-utilizzati-in-modo-corretto>

<http://www.meyer.it/index.php/newsletter/marzo-2018/3184-antibiotici-uso-e-abuso>

<http://www.healthdesk.it/cronache/allarme-abuso-antibiotici-nei-bambini-pediatri-lanciano-campagna-educazionale>

<https://www.paginemediche.it/benessere/cura-e-automedicazione/antibiotico-resistenza-come-combattere-i-super-batteri>

http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=4891&area=Malattie%20infettive&menu=vuoto

http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2660

Altro fattore fondamentale che ha portato alla situazione attuale, è l'enorme abuso di antibiotici negli allevamenti intensivi di qualsiasi tipo (da quelli bovini a quelli ittici). Proprio su questo aspetto il PNCAR è stato contestato da 200 sigle (tra cui WWF, GreenPeace, SlowFood etc..), le quali avevano anche chiesto, senza nulla ottenere, di poter partecipare alla stesura del piano. È stato infatti ritenuto troppo blando per quanto riguarda i farmaci negli allevamenti e contestato per il mancato divieto degli intereventi profilattici (preventivi) e metafilattici (cioè trattare tutti i capi dell'allevamento quando solo alcuni sono malati). In Italia il 71% degli antibiotici venduti è destinato agli animali. Basti pensare che, per esempio i polli, sono stipati fino a 17/22 animali per mq, in condizioni innaturali, e spesso hanno problemi di salute (frequentemente problemi legati all'apparato respiratorio o cardiaco) a causa della loro genetica (selezionati per avere peso da macello dopo 40 giorni). Di conseguenza ci sono circa 30/40.000 polli per capannone, e se uno si ammala è difficile isolarlo, per cui gli antibiotici vengono somministrati attraverso acqua e mangimi. Questo porta antibiotico-resistenza e facile diffusione dei batteri in questione dall'allevamento all'uomo, basti pensare alle carcasse, ai rifiuti etc..Oltre ad avere carni inquinate da antibiotici e batteri antibiotico-resistenti (pe escherichia coli).

https://www.corriere.it/video-articoli/2018/02/15/abuso-antibiotici-allevamenti-italiani-perche-non-stiamo-facendo-abbastanza/c011d376-126a-11e8-a023-7bfc9b2e7eeb.shtml?refresh_ce-cp.

<https://www.ciwf.it/nonnelmiopiatto/salute/antibiotico-resistenza/>

http://www.repubblica.it/salute/ricerca/2017/09/28/news/1_insostenibilita_degli_antimicrobici_negli_allevamenti-176780189/

<http://science.sciencemag.org/content/357/6358/1350>

<https://www.greenme.it/mangiare/alimentazione-a-salute/19595-antibiotici-nella-carne-di-pollo>

https://www.ciwf.it/nonnelmiopiatto/benessere-animale/6-mezze-verita-fanno-una-bugia-il-caso-del-pollo/?utm_campaign=nonnelmiopiatto&utm_source=media&utm_medium=link

L'abuso di farmaci purtroppo non riguarda solo gli antibiotici, tra i farmaci più abusati vi sono: le benzodiazepine, i protettori gastrici, i FANS (farmaci antinfiammatori non steroidei).

<https://www.multimedica.it/news/uso-inappropriato-farmaci/>

BENZODIAZEPINE: molto usate per i rapidi benefici in patologie come insonnia e ansia, complice l'aumento delle "malattie da stress", ma senza ricordare che provocano tolleranza e dipendenza. Altro aspetto poco considerato è che le dosi andrebbero diminuite gradualmente, non sospese da un giorno all'altro, infatti, per chi assume alte dosi, sarebbe meglio un ricovero ospedaliero per la sospensione della terapia.

<https://www.farmacovigilanza.eu/content/il-fenomeno-sommerso-dell%E2%80%99uso-di-alte-dosi-di-benzodiazepine>

<https://www.angelomercuri.it/patologie/dipendenza-da-ansiolitici/>

<https://www.ilfattoquotidiano.it/2018/10/25/psicofarmaci-gli-effetti-collaterali-dalla-psicosi-alle-idee-di-suicidio-ecco-quando-assumerli-o-no-danneggia-il-cervello/4702832/>

PROTETTORI GASTRICI: questi farmaci, chiamati tecnicamente Inibitori di Pompa Protonica (IPP), se usati a lungo possono portare a disturbi come: artrite, aumentato rischio di infarto, allergie alimentari anche gravi...oltre all'esistenza di studi che ne ipotizzano un ruolo anche in malattie degenerative. Secondo l'AIGO (Associazione Italiana Gastroenterologi e endoscopisti Ospedalieri), una persona su due li prende senza averne bisogno; come prima cosa si dovrebbe lavorare su un'anamnesi dell'alimentazione. Altro fatto importante è che non andrebbero assunti per periodi troppo lunghi di tempo, per cui, anche i pazienti che li assume per validi motivi (pe trattamento a lungo termine con FANS, cortisonici o antiaggreganti), andrebbero rivalutati ciclicamente. Anche perché è proprio con i trattamenti a lungo termine che è più probabile il presentarsi di effetti indesiderati.

<https://www.eurosalus.com/Infiammazione-da-cibo/Linee-guida-sui-protettori-gastrici-usati-troppo-e-male-in-un-caso-su-due>

http://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=33651

<http://www.informazionisuifarmaci.it/sicurezza-a-lungo-termini-degli-inibitori-di-pompa-454>

http://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=45130

FANS: per questi farmaci i problemi principali sono dovuti a: dosi eccessive, assunzione contemporanea di diversi FANS, mancato rispetto dell'intervallo tra una dose e l'altra. Il rischio principale è quello di emorragia gastrica (motivo per cui poi si assumono gli IPP di cui sopra), ma anche di complicazioni renali e l'aumento del rischio di eventi cardiovascolari.

<https://lamedicinainunoscatto.it/2018/02/abuso-di-fans-un-problema-sempre-piu-concreto/>

http://www.repubblica.it/salute/ricerca/2016/09/29/news/_con_gli_antinfiammatori_aumenta_il_rischio_di_scompenso_cardiaco_-148766284/

<http://www.lastampa.it/2018/03/08/scienza/antinfiammatori-tutti-i-pro-e-i-contro-sui-farmaci-pi-abusati-dagli-italiani-ePyWq8MD7XZrPGH4hjV4tL/pagina.html>

(ndr)

Colesterolo alto=statine, dolori articolari e muscolari come effetti avversi, quindi assumo FANS, e di conseguenza anche gli IPP per protezione...ecc...)

ANTIPIRETICI: la febbre è solo un sintomo, ma questo andrebbe spiegato a chi alle prime linee attacca subito con gli antipiretici, mentre andrebbe abbassata solo quando è davvero alta. Inoltre spesso non si tiene conto del corretto dosaggio, valutato in base al peso e all'età. Spesso questi farmaci vengono ritenuti praticamente innocui, ma anche il paracetamolo può avere effetti collaterali molto gravi, anche letali. Altra pratica diffusa è quella di assumere in associazione paracetamolo e ibuprofene, specialmente nei bambini, con aumento del rischio di danni epatici e renali. L'associazione di questi due principi attivi dovrebbe essere somministrata, eventualmente, solo su indicazione medica, ma non tutti sono comunque d'accordo su quanto sia opportuna.

http://www.repubblica.it/salute/medicina/2012/12/04/news/febbre_antipiretico_bambini-48063989/

<https://www.federfarma.it/Edicola/Filodiretto/VediNotizia.aspx?id=16841>

https://it.wikipedia.org/wiki/Avvelenamento_da_paracetamolo

<http://www.informasalus.it/it/articoli/ridurre-danni-tachipirina.php>

http://www.policliniconews.it/schede-4004-overdose_inconsapevole_da_paracetamolo_fegato_a_ri_schio

<https://www.uppa.it/medicina/farmaci/paracetamolo-ibuprofene-vademecum/>

<https://www.faropediatrico.com/editoriali/nurofen-e-tachipirina-e-possibile-alternarli/>

Un'altra "moda tutta italiana" senza provati effetti e, soprattutto, troppo diffusa, è l'uso di cortisonici inalatori (aerosol) nel trattamento delle infezioni delle prime vie respiratorie.

https://www.corriere.it/salute/pediatria/16_gennaio_27/aerosol-mito-sfatate-inutile-raffreddore-tosse-bambini-e2561b08-c4ed-11e5-9850-7f16b4fde305.shtml

http://www.ansa.it/salutebenessere/notizie/rubriche/salute_bambini/medicina/2015/11/23/aerosolmolto-prescritto-ma-in-oltre-meta-casi-non-serve_67d2557b-684a-42bb-85ff-72c9f1769525.html

Il discorso dell'abuso purtroppo riguarda anche gli antistaminici.

http://www.repubblica.it/salute/medicina/2016/05/16/news/antistaminici_dal_mal_di_testa_alla_tachicardia_quanto_rischia_il_bambino_impasticcato-139904607/

Una menzione a parte merita la pillola anticoncezionale. La prima approvazione per l'immissione in commercio (da parte della FDA americana) è del 1957, col nome di Enovid, poi nel 1960 arriverà l'approvazione come contraccettivo. In Italia arriverà qualche anno dopo. Da notare che nel foglietto illustrativo non veniva menzionato l'effetto anticoncezionale, si parlava solo di dismenorrea e altri disturbi legati al ciclo mestruale. Questo perché il nostro Codice Penale vietava non solo l'aborto, ma anche la propaganda e la commercializzazione di contraccettivi. Nella prima metà degli anni '60, per procurarsi Enovid si ricorreva al mercato di Svizzera e Francia. Il divieto cadde nei primi

anni '70, ma si calcola che già nel '68 almeno 135.000 donne ne avevamo fatto uso. La pillola fu una vera rivoluzione nel mondo dei farmaci, portando un concetto fino ad allora mai preso in considerazione: era pensata per persona già sane, quindi non portò salute nel senso canonico del

termine (per lo più), ma la libertà e la possibilità di programmare la propria vita sessuale. Fu una rivoluzione di pensiero e di costume. Nonostante i tempi siano decisamente cambiati, l'Italia resta comunque agli ultimi posti in Europa per utilizzo della pillola. In un articolo un po' datato (2012), si parla addirittura di "caso Italia", per la bassissima percentuale di utilizzo della pillola e il basso numero di aborti volontari, ovviamente come se questo fosse un demerito. Che questo sia forse dovuto al fatto che, questa "pillola magica", ha parecchi effetti collaterali, alcuni dei quali non fisici (e per questo poco considerati, ma non per questo di impatto minore)?

<https://www.linkiesta.it/it/article/2015/03/14/la-rivoluzione-in-pillola/25053/>

<http://www.lastampa.it/2010/05/09/italia/la-rivoluzione-incompiuta-della-pillola-RXR4uEM7jZF0hiACxxHbnM/pagina.html>

https://www.agi.it/salute/italia_tra_gli_ultimi_posti_in_europa_per_luso_della_pillola-1663623/news/2017-04-08/

<https://www.ilfattoquotidiano.it/2012/07/06/contraccezione-solo-16-per-cento-delle-italiane-usa-pillola-come-iraq-e-botswana/254970/>

<http://www.viviconsapevole.it/articoli/pillola-anticoncezionale-luci-ed-ombre.php>

Altro materiale consultato:

http://www.treccani.it/enciclopedia/la-seconda-rivoluzione-scientifica-scienze-biologiche-e-medicina-l-industria-farmaceutica_%28Storia-della-Scienza%29/

"Salute e sanità nell'Italia repubblicana" Saverio Luzzi, Donzelli Editore. Consultato da pag.6 a pag.68.

Una menzione particolare, in questo capitolo, spetta anche alla chemioterapia. Riportiamo dal libro del dottor Domenico Battaglia “Medicina Consapevole - Con un poco di zucchero la pillola andrà giù?”.

“... nell’ambito delle chemioterapie, spesso non viene sottolineato abbastanza che le casistiche riportanti i successi di questi trattamenti non tengono mai conto dei pazienti che sono deceduti per patologie connesse direttamente al loro uso e all’immunodepressione indotta da questi farmaci.”

In uno studio condotto dall’OMS in unione con l’American Cancer Society, si quantifica il reale beneficio della chemioterapia in una media di appena il 2,2%. Da questo si deduce facilmente che i rischi sono di gran lunga maggiori dei reali effetti positivi.

E ne parla anche il dr. Battaglia: “... molti studi pubblicati circa l’uso “adiuvante” della chemioterapia non solo hanno avuto risultati conflittuali ma in molti casi ne hanno decretato una inefficacia in termini di sopravvivenza a 5 anni, statisticamente significativa.”

e “... si stabilisce che in una popolazione adulta di oltre 70.000 individui la sopravvivenza al tumore dopo 5 anni, dopo aver seguito cicli di chemioterapia, è solamente un desolante 2,3%!”.

Qui lo studio su "Il contributo della chemioterapia citotossica alla sopravvivenza a 5 anni nelle neoplasie dell'adulto": <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15630849/>

Di alcuni farmaci usati si conoscono gli effetti collaterali già da anni, un caso su tutti è quello del Tamoxifene, farmaco ad azione antitumorale appartenente alla classe dei modulatori selettivi dei recettori estrogeni (SERM), e indicato per il trattamento del cancro al seno e per la prevenzione delle recidive. Peccato che il suddetto farmaco sia stato dichiarato cancerogeno dall’Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1996, classificazione avallata anche dall’American Cancer Society. Eppure è ancora utilizzato in molti casi e per lunghi periodi come prima linea di trattamento. Il Tamoxifene provoca cancro dell’endometrio, del fegato e dello stomaco, oltre a una serie di problemi che inficiano la qualità di vita dei pazienti.

Rientra però nella lista dei farmaci essenziali redatta dall’Organizzazione Mondiale della Sanità, una lista in cui sono elencati tutti i farmaci che devono essere presenti in un sistema sanitario di base.

<https://thetruthaboutcancer.com/truth-about-tamoxifen-part-1/>

Prevenzione

Per prevenzione si intende 'l'insieme di azioni finalizzate a impedire o ridurre il rischio, ossia la probabilità che si verifichino eventi non desiderati'.

In ambito medico, la prevenzione è 'l'azione tecnico-professionale o l'attività che mira a ridurre la mortalità, la morbilità o gli effetti dovuti a determinati fattori di rischio o ad una certa patologia("profilassi"), promuovendo la salute e il benessere individuale e collettivo ("salutogenesi")'.

Esistono diversi livelli di prevenzione, che si riferiscono ad atti e fasi diverse:

1. Prevenzione Primaria: è la forma classica e principale di prevenzione, focalizzata sull'adozione di interventi e comportamenti in grado di evitare o ridurre *a monte* l'insorgenza e lo sviluppo di una malattia o di un evento sfavorevole. La maggior parte delle attività di promozione della salute verso la popolazione sono misure di prevenzione primaria, in quanto mirano a ridurre i fattori di rischio da cui potrebbe derivare un aumento dell'incidenza di quella patologia. Solitamente la prevenzione primaria si basa su azioni a livello comportamentale o psicosociale (pe campagne antifumo).
2. Prevenzione Secondaria: si riferisce alla diagnosi precoce di una patologia, permettendo così di intervenire precocemente sulla stessa, ma non evitando o riducendone la comparsa. Lo strumento cardine è lo screening, un esempio ne è il pap test.
3. Prevenzione Terziaria: è un termine tecnico relativo non tanto alla prevenzione della malattia in sé, quanto dei suoi esiti più complessi. La prevenzione in questo caso è quella delle complicanze, delle probabilità di recidive e della morte. Con prevenzione terziaria si intende anche la gestione dei deficit e delle disabilità funzionali consequenziali ad uno stato patologico o disfunzionale.
4. Prevenzione Quaternaria: è un termine ormai accettato dai medici di medicina generale che indica la prevenzione di forme di iper-medicalizzazione.

<https://it.wikipedia.org/wiki/Prevenzione>

[https://it.wikipedia.org/wiki/Prevenzione_\(medicina\)](https://it.wikipedia.org/wiki/Prevenzione_(medicina))

Purtroppo però, nonostante tante belle parole, i fatti dimostrano come la prevenzione non sia adeguatamente considerata, con previsioni di spesa per essa minime nei budget per le spese sanitarie.

Ecco un esempio: secondo l'Institute for Health Metrics and Evaluation (2013), le malattie cardiovascolari costituiscono la principale causa di decessi, e sono responsabili di circa la metà di tutte le morti in Europa. Le malattie del cuore e gli ictus rappresentano, altresì, la principale causa di morte nei 52 stati membri del WHO. A causa dell'invecchiamento della popolazione, si stima che nel 2030 ci saranno ben 25 milioni di persone che moriranno per cause cardiovascolari e circa 13 milioni per tumori. Relativamente all'Europa, circa il 60% del peso imposto da queste malattie in termini di DALY (Disability Adjusted Life Years) può essere attribuito a sette principali fattori di rischio: pressione alta (12,8%), fumo (12,3%), alcool (10,1%), livelli alti di colesterolo (8,7%), sovrappeso (7,8%), ridotta assunzione di frutta e verdura (4,4%) e scarsa attività fisica (3,5%).

Un altro aspetto importante è che i fattori di rischio spesso si sommano tra di loro: ad esempio, il diabete si somma alla lista dei fattori di rischio nel caso delle malattie cardiovascolari. Almeno il

35% degli uomini sopra i 60 anni soffre di due o più patologie croniche e il numero delle co-morbidità aumenta con l'età.

L'OCSE stima che nei paesi membri appena il 3% del totale della spesa sanitaria è devoluto alla prevenzione e a programmi di salute pubblica (in Italia meno dell'1%), mentre gran parte dell'esborso è dedicata alla cura della malattia. I servizi sanitari sono spesso orientati a curare piuttosto che a prevenire.

Nel caso delle malattie cardiovascolari è largamente documentato come la prevenzione sia riuscita a salvare molte più vite di qualsiasi terapia farmacologica o chirurgica, elementi questi che rimangono comunque fondamentali una volta che la malattia si sia manifestata. Nel caso delle cardiopatie, i ricercatori dello Stockholm Network (Hockley et al., 2006) hanno evidenziato come l'elemento chiave per la loro riduzione, sia rappresentato dalla gestione efficace dell'ipercolesterolemia attraverso un rafforzamento della prevenzione sia primaria che secondaria. In generale si registra un ampio consenso nell'imputare l'aumento della longevità all'adozione di stili di vita più sani e maggiormente inclini alla prevenzione delle patologie, piuttosto che al miglioramento dei trattamenti. Aumentare gli investimenti per la prevenzione, porterebbe domani a una riduzione del numero di persone da curare. L'Italia però, con meno dell'1% della spesa complessiva, si colloca all'ultimo posto nella classifica dei Paesi OCSE per l'investimento in prevenzione, dietro a Turchia, Messico e Corea.

Nel nostro paese, sono le Aziende Sanitarie Locali a svolgere un ruolo chiave nelle attività di programmazione, attuazione e monitoraggio degli interventi di prevenzione, mediante un'azione multidisciplinare integrata, a tutti i livelli della prevenzione, secondo un'organizzazione dipartimentale e distrettuale. In particolare, abbiamo:

- il Dipartimento di Prevenzione Medica, che interviene sulla collettività e sul singolo per il controllo dei rischi e la promozione della salute;
- il Dipartimento di Cure Primarie, che svolge attività di programmazione, organizzazione e coordinamento del sistema delle cure sanitarie primarie erogate dai professionisti convenzionati
- il Dipartimento per le attività Socio-Sanitarie Integrate (ASSI), che gestisce gli obiettivi tecnici ed economici per le aree di competenza (famiglia, fragilità, cure domiciliari);
- il Dipartimento Dipendenze, a cui fanno riferimento i Servizi territoriali che rispondono al bisogno di cura e di assistenza delle persone dipendenti da droghe, alcol e da altre forme di dipendenza;
- la rete dei Centri Psico-Sociali (CPS), che svolgono attività psicodiagnostiche, di assistenza psichiatrica e psicoterapeutica individuale, di gruppo e per la famiglia, oltre che programmi riabilitativi e coordinano il servizio psichiatrico domiciliare.

http://www.fondazionefarmafactoring.it/documents/53057/56132/FFF_Quaderno_Gennaio2014/d81fa6b5-8b6b-4f80-8540-c52875a01b26

In Italia è attivo il Piano Nazionale della Prevenzione (Pnp), parte integrante del Piano sanitario nazionale, nel quale si affrontano le tematiche relative alla promozione della salute e alla prevenzione delle malattie e prevede che ogni Regione predisponga e approvi un proprio Piano. La validità del PNP 2014-2018 è stata prorogata al 2019 dall' Intesa Stato-Regioni del 21 dicembre 2017. Nel piano vengono stabiliti dei macro obiettivi: per ciascuno dei 10 macro obiettivi di salute fissati, viene infatti definito un Quadro logico centrale (QLC) che individua i fattori di rischio/determinanti di salute che si intende contrastare/promuovere, le relative strategie nazionali da mettere in campo a tale scopo, gli obiettivi centrali da perseguire in funzione dei macro obiettivi e gli indicatori centrali (e relativi standard al 2018) da rilevare per verificare il grado di raggiungimento di tali obiettivi. All'interno del proprio Piano di prevenzione, ogni Regione a sua volta declina il QLC in un Quadro logico regionale.

I macro obiettivi sono:

1. Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili: le malattie croniche non trasmissibili (MCNT) sono, ad esempio, le malattie cardiovascolari, i tumori, le patologie respiratorie croniche e il diabete. Come evidenziato prima, queste patologie costituiscono, a livello mondiale, il principale problema di sanità pubblica e la Regione Europea dell'OMS presenta il più alto carico di MCNT a livello mondiale. Si stima che almeno l'80% di tutti i casi di malattie cardiache, ictus e diabete di tipo 2 e almeno un terzo dei casi di cancro si possano prevenire. L'invecchiamento della popolazione sta procedendo ovunque velocemente con conseguente aumento della disabilità legata a malattie croniche non trasmissibili. La diffusione delle MCNT è legata alla presenza sia di fattori di rischio (o determinanti) non modificabili, come appunto l'invecchiamento della popolazione o l'inquinamento, sia di fattori di rischio modificabili di tipo comportamentale, come fumo, consumo dannoso di alcol, dieta etc... È importante sottolineare come questi fattori comportamentali spesso si instaurino già durante l'infanzia o durante l'adolescenza. Vanno considerati poi anche i fattori di rischio intermedi che sono già condizioni patologiche, in parte reversibili se diagnosticate e trattate in tempo (ipertensione arteriosa, sovrappeso e obesità, ecc.). Per intervenire sulle MCNT è necessario un approccio che comprenda strategie da mettere in atto sulla popolazione (programmi di promozione della salute) e strategie mirate all'individuo (identificazione precoce dei soggetti a rischio e successiva presa in carico).
2. Prevenire le conseguenze dei disturbi neurosensoriali: l'obiettivo principale è quello di arrivare a eseguire in tutti i punti nascita screening audiologici e oftalmologici, al fine di individuare precocemente ipoacusia o sordità, piuttosto che ipoovisione o cecità.
3. Promuovere il benessere mentale nei bambini, adolescenti e giovani: la salute mentale costituisce parte integrante della salute e del benessere generale. I primi anni di vita sono cruciali per la promozione della salute mentale e la prevenzione dei disturbi mentali, si ritiene infatti che fino al 50% delle patologie psichiatriche dell'adulto abbiano inizio prima dei 14 anni. Nel nostro Paese, il numero di adolescenti in condizioni di disagio psicologico, che potenzialmente può sfociare in disturbo vero e proprio, rappresentano il 7-8% della popolazione giovanile. Nei confronti delle patologie psichiatriche in età evolutiva, accanto agli interventi di promozione della salute mentale, è altrettanto

importante instaurare azioni di diagnosi e di presa in carico precoce. Questo assume un valore preventivo nei riguardi del disagio psichico e della patologia psichiatrica dell'età adulta.

4. Prevenire le dipendenze da sostanze: la dipendenza da sostanze ha un forte impatto socio-sanitario, con conseguenze dirette e indirette sull'ordine pubblico e sulla spesa sanitaria e sociale. Le fasce di popolazione più vulnerabili al fenomeno sono i giovani adolescenti. Il numero stimato nel 2011 dei consumatori di sostanze stupefacenti (intendendo con questo termine anche quelli occasionali), è pari in Italia a 2.327.335 persone. Ma non esistono solo gli stupefacenti: si rilevano infatti nuove forme di dipendenza come il web e il sesso compulsivo, ma è il gioco d'azzardo patologico (GAP) il fenomeno più in evidenza e più rapidamente in espansione. Si stima ne soffra fra 1,2% e 3% della popolazione fra i 15 e i 64 anni. Per quanto riguarda invece l'abuso di alcol, non esiste ancora una stima ufficiale.
La prevenzione gioca un ruolo essenziale nell'arginare il fenomeno della dipendenza da sostanze d'abuso e delle dipendenze comportamentali (GAP, sex addiction, internet addiction, shopping compulsivo, etc.). Pertanto è essenziale definire strategie integrate focalizzate sia sulla potenzialità delle capacità personali (ad esempio competenze socio-emotive e relazionali) sia su azioni di conferma e di rinforzo dell'ambiente di vita.
5. Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti
6. Prevenire gli incidenti domestici
7. Prevenire gli infortuni e le malattie professionali
8. Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute: l'esposizione alle sostanze nocive presenti nell'aria, nell'acqua, nel suolo o negli alimenti rappresenta un importante determinante della salute e il nesso tra ambiente e salute è da tempo all'attenzione del dibattito politico e scientifico internazionale. L'Italia oggi presenta numerose carenze normative e applicative rispetto alle raccomandazioni internazionali e alla completa applicazione delle indicazioni europee sulla Valutazione di Impatto sulla Salute (VIS). Inoltre, pur richiedendo una valutazione della componente salute nella Valutazione di Impatto Sanitario (VIA) e nella Valutazione Ambientale Strategica (VAS), a partire dal DPCM 27/12/88 e successivamente nel Dlgs 152/2006, non c'è adeguata chiarezza sulle relative procedure applicative, con la conseguenza che spesso la valutazione della componente salute è disattesa o trattata in modo insufficiente ai fini decisionali. La tutela del suolo, delle acque e dell'aria, le politiche di prevenzione della produzione e di smaltimento dei rifiuti, la prevenzione dall'esposizione ai rumori, alle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti, le politiche sulla sicurezza chimica, il contrasto agli inquinanti e alle produzioni climalteranti, la qualità degli interventi in edilizia costituiscono opportunità di sviluppo delle politiche intersettoriali e di possibile integrazione tra gli obiettivi di salute e la "green economy".

Quali principali fattori di rischio si riconoscono sia gli inadeguati strumenti a supporto delle amministrazioni per la valutazione e gestione degli impatti sulla salute di problematiche ambientali, sia l'esposizione a inquinanti chimici, fisici e microbiologici in ambienti confinati e non (inquinamento indoor e outdoor). È necessario adottare una strategia nazionale per il coordinamento e l'integrazione tra le politiche e le azioni nazionali e regionali in campo ambientale e sanitario, e l'individuazione di modalità condivise con gli enti locali per la prevenzione, gestione e comunicazione delle problematiche ambiente-salute.

9. Ridurre la frequenza di infezioni-malattie infettive prioritarie: ovviamente qui tra i fattori di rischio c'è la mancata adesione alle vaccinazioni, e quindi, tra gli interventi previsti, c'è il potenziamento della copertura vaccinale.
10. Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei controlli

È prevista infine una valutazione dei risultati dati dal Piano nazionale della prevenzione, ai quali viene attribuita una duplice funzione: da una parte misurare l'impatto che produce nei processi, negli esiti di salute e nel sistema a livello centrale, regionale e locale e dall'altra garantire la coesione nazionale nel conseguimento degli obiettivi di salute nel rispetto degli equilibri di bilancio. Strumento operativo per questa funzione è l'attività di verifica degli adempimenti LEA (di cui il PNP è parte integrante).

http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_4.jsp?lingua=italiano&area=prevenzione

Il caso della mammografia e dello screening per il cancro alla prostata

Il Dr Peter Gotzsche, direttore del Nordic Cochrane Centre e professore di progettazione e analisi della ricerca clinica presso l'Università di Copenaghen, ha condotto per oltre 15 anni ricerche su mammografia e cancro al seno, documentando che lo screening mammografico fa più male che bene. È stato scoperto che lo screening porta ad un eccesso di diagnosi, con conseguenze disastrose per le donne che hanno ricevuto una diagnosi di cancro sbagliata. È stato anche scoperto che molte volte la malattia scompare da sola e non avrebbe avuto esito infausto per molte di queste donne. E quando si usa la radioterapia su donne sane, i danni sono devastanti: aumenta la loro probabilità di sviluppare cancro ai polmoni, malattie cardiache e altri tumori. Lo screening mammografico, secondo Gotzsche, non sembra quindi avere alcun beneficio sulla mortalità, perché, anche se ha effetto sui decessi per cancro al seno, l'aumento delle morti a causa di trattamenti aggiuntivi per over-diagnosi supera di gran lunga qualsiasi beneficio. Ci sono purtroppo anche molti falsi positivi con la mammografia. Infatti, secondo la revisione Cochrane (2013) le stime del rapporto tra i benefici dello screening in termini di numero di decessi per tumore al seno evitati e gli effetti negativi della diagnosi precoce, cioè il numero di donne oggetto di sovradiagnosi che saranno poi trattate inutilmente per lesioni o «tumori in situ» che non sarebbero mai evoluti nel corso della loro vita, è di circa 1 a 10. Questo significa che per una donna a cui è stato evitato il decesso altre 10 sono invece state trattate inutilmente con interventi chirurgici, radioterapia e chemioterapia. Il rapporto è di 1 a 5-15 secondo lo studio di Kalager, di 1 a 3 nella revisione di Marmot. In modo assurdo questo rapporto si capovolge nell'unico studio citato sul sito del nostro Ministero della Salute: lo studio Paci- Euroscreen, dove il rapporto è di circa 1 a 0,5 (cioè per due donne a cui è stato evitato il decesso solo una sarà stata oggetto di sovradiagnosi). Questo risultato non trova precedenti negli studi più recenti ed è stato duramente contestato da Gøtzsche. . Purtroppo non è oggi possibile distinguere le lesioni e i «tumori in situ» che rimarranno silenti nel corso della vita da quelli che evolveranno.

Altro elemento degno di nota rilevato dai ricercatori di Copenaghen, è che anche 3 anni dopo la diagnosi di falso positivo, le donne sono ancora preoccupate e ansiose, e la loro ansia sta a metà tra coloro che hanno veramente il cancro al seno e quelle cui è stato detto che è tutto a posto. Dovrebbe essere incluso nelle analisi anche questo danno psicologico che colpisce un quarto di tutte le donne che effettuano lo screening.

Fortunatamente qualcosa sta cambiando, lo dimostrano titoli come «Non è sbagliato dire di no» (all'invito a fare la mammografia) sul British Medical Journal, «Ripensare lo screening mammografico» sul Journal of the American Medical Association, «È ora di rinunciare allo screening mammografico?» sul Canadian Medical Journal, «Più danni che benefici dallo screening mammografico» sul British Medical Journal. E il "motore" del cambiamento è proprio la consapevolezza che lo screening ha pure dei rischi, in particolare la sovradiagnosi la cui importanza e prevalenza è stata per molti anni sottovalutata. Un recente studio sul New England Journal of Medicine stima la sovradiagnosi al 31% dei tumori identificati dallo screening.

Un elemento da non tralasciare, è anche il fatto che nei vari opuscoli informativi, così come nelle lettere di invito a sottoporsi alla mammografia, non viene mai fatto cenno a questi studi, o al fatto che questo tipo di screening possa non avere tutti i benefici che vogliono farci credere. Questo perché, di solito, chi produce questo materiale informativo, è lo stesso soggetto che trae benefici economici dalla mammografia, sotto svariate forme. Il risultato però, purtroppo, è che le donne non vengono messe a conoscenza di tutti i dati che sarebbero loro necessari per poter valutare a 360° se ritengono di volersi sottoporre a questo esame oppure no.

La disinformazione è tale che l'81% delle donne italiane (il 57% negli Stati Uniti e il 69% nel Regno Unito) ritiene, erroneamente, che il sottoporsi regolarmente allo screening mammografico riduca o annulli il rischio di ammalarsi in futuro di tumore al seno. Questa la conclusione del dott. Gianfranco Domenighetti (qui lo studio <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14559757>), secondo cui gli opuscoli "informativi" sono così disinformativi, incompleti e faziosi perché il loro obiettivo è proprio quello di convincere (con la paura) le donne a farsi una diagnosi strumentale.

Altro dato importante è che, quando la mammografia fu introdotta, negli anni '70 e '80 il tasso di tumori al seno aumentò di circa il 50%. Il National Cancer Institute, nel 1986 dovette ammettere un aumento "inaspettato e privo di spiegazioni" del tasso di mortalità per tumore al seno. Il direttore del Biostatistics Department del Roswell Park Institute pubblicò una ricerca secondo cui il numero di tumori provocati dalle radiografie sarebbe stato molto superiore a quello dei tumori evitati grazie allo screening. Per questo motivo e non solo, l'American Cancer Society fa retromarcia: da sostenitrice convinta degli screening per la diagnosi dei tumori ammette ora di avere qualche dubbio sull'efficacia, in particolare, delle mammografie e dei test del PSA per il carcinoma della prostata.

<http://www.nograzie.eu/peter-gotzsche-dice-no-grazie/>

<http://www.medicinapiccoledosi.it/medicina-convenzionale/mammografia-si-o-no/>

Studio del NEJM: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1206809>

Revisione Cochrane: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23737396> e <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001877.pub5/epdf/full>

Studio di Kalager: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20860502>

Revisione di Marmot: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23117178>

Studio Euroscreen: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22972806>

<http://www.informasalus.it/it/articoli/seno-attenzione-screening-massa.php> (tratto da "cancro spa" di M.Pamio)

Altro caso emblematico è quello del dosaggio del PSA (Antigene Prostatico Specifico) per la prevenzione dei tumori della prostata. A scoprirlo fu Richard Ablin, professore di patologia all'University of Arizona College of Medicine. Il tumore alla prostata è il più diffuso nella popolazione maschile, ma in molti casi ha natura benigna, e comunque una progressione molto lenta, tale per cui la maggior parte di coloro i quali ne soffrono, non muoiono comunque a causa di questo. Il PSA può sì far scoprire un cancro della prostata prima che si manifesti con qualsiasi

disturbo ma, nella maggior parte dei casi, si tratta di tumori indolenti che non si sarebbero mai manifestati in vita. È dimostrato che il PSA ha una bassa sensibilità: può risultare alterato non solo per la presenza di un tumore, ma anche per altre cause, specialmente nei soggetti più anziani. Inoltre si sa che una certa percentuale di soggetti, al contrario, può sviluppare il tumore alla prostata pur in assenza di un incremento dei valori di PSA. È provato che, nel 70% degli uomini che hanno valori di PSA fuori dalla norma, ciò non è riconducibile ad una diagnosi di cancro, senza dimenticare che, a causa della lenta progressione della malattia, si dovrebbe anche dimostrare se in caso di una diagnosi precoce, con conseguenti terapie, davvero i benefici superino i rischi.

Il rischio più concreto è quindi, anche in questo caso, quello di sovradiagnosi. Un rischio molto concreto laddove, a fronte di un valore elevato di PSA, inizia un percorso fatto di biopsie, diagnosi, rimozioni chirurgiche, trattamenti farmacologici ecc... Tutto questo non può che portare a un rapido peggioramento delle condizioni di vita del paziente, senza dimenticare che la rimozione della prostata, può avere effetti secondari non indifferenti, come incontinenza e impotenza. E l'operazione chirurgica spesso non si rende necessaria, proprio perché la crescita del tumore è talmente lenta che si rende altamente improbabile che la vita di questi soggetti possa esserne minacciata. Considerati quindi gli effetti collaterali connessi alle terapie, che possono incidere pesantemente sulla qualità della vita molto spesso intervenire può non portare alcun vantaggio.

Uno studio durato ben 20 anni, finanziato dalla Swedish Cancer Foundation e pubblicato sul British Journal of Medicine, ha coinvolto oltre 9000 uomini ed ha evidenziato come lo screening effettuato con il dosaggio del PSA non abbia affatto diminuito, nei soggetti monitorati, la mortalità dovuta alla malattia. Non è stata infatti riscontrata alcuna differenza statistica fra i soggetti che sono stati costantemente sottoposti a screening ed il campione di controllo. Secondo lo stesso Ablin: "i risultati confermano che se lo screening evita casualmente a qualcuno di morire di cancro della prostata, per ogni morte evitata da trenta a quaranta uomini hanno la vita rovinata da interventi inutili. Ecco perché utilizzarlo come metodo di screening è una scelta folle dettata dal solo interesse economico. Più test, più operazioni, più robot venduti, più farmaci utilizzati per l'impotenza". Lo stesso Ablin ha pubblicato nel 2014 un libro dal titolo "The great prostate hoax" - il grande inganno della prostata (RaffaelloCortinaEditore).

<https://danielebanfi.com/2016/11/15/psa-un-esame-quasi-sempre-poco-utile-intervista-a-richard-ablin/>

<https://www.humanitas.it/news/14116-prostata-i-dubbi-sul-psa>

La miglior protezione contro la malattia? La salute!

La medicina occidentale moderna si basa sulla "teoria dei germi della malattia" di L. Pasteur, il famoso chimico e biologo francese. Tale teoria afferma che specie fisse di microbi da una sorgente esterna invadono il corpo e sono la prima causa di malattia infettiva. Questo concetto è stato ufficialmente accettato come il fondamento della medicina allopatrica e della microbiologia verso la fine del 19° secolo in Europa. È chiamato anche monomorfismo, (cioè una sola forma) e venne adottato dal complesso medico industriale che si stava organizzando intorno all'Associazione Medica Americana (AMA). Ovviamente l'interesse era per il commercio di farmaci, e nel contempo distruggere la professione medica omeopatica.

In realtà però non sono i batteri da soli che producono la malattia, ma sono i costituenti chimici di questi microrganismi che agiscono sul metabolismo non equilibrato delle cellule del corpo umano,

che producono i sintomi di malattia. I microrganismi associati alla malattia comunque non producono la condizione che ha originato l'evoluzione morbosa nel corpo. Quello che la maggior parte della gente chiama "malattia" in realtà è un sintomo o una raccolta di sintomi: quando i germi sono coinvolti in una malattia producono o influenzano il corpo nel produrre sintomi secondari. La medicina ortodossa invece ritiene che questi sintomi secondari siano la malattia, ed è questa idea che viene messa alla base di tutto ancora oggi. La causa di tutto però giace nella condizione del terreno biologico.

Il dottor Antoine Béchamp, uno dei primi batteriologi e contemporaneo di Pasteur, scoprì i Microzimi (cioè i micro-organismi) e che i germi sicuramente sono il risultato, non la causa della malattia. Attraverso i suoi esperimenti ha mostrato che le caratteristiche vitali delle cellule sono determinate dal terreno in cui i loro microzimi si alimentano, crescono e si moltiplicano nel corpo umano. Sia le cellule normali che i germi hanno i loro compiti specifici: le cellule organizzano i tessuti e gli organi del corpo umano, i germi puliscono il sistema e lo liberano dall'accumulo di materia patogena e mucoide. Il lavoro di Béchamp nel campo della Biologia avrebbe potuto rivoluzionare la medicina con una profonda intuizione sulla natura della vita. Ma si è trovato a dover fronteggiare Pasteur, il quale ha plagiato la ricerca di Béchamp, l'ha distorta, l'ha sottoposta all'Accademia Francese della Scienza come sua e così è stato acclamato come genio della scienza.

Pasteur ha utilizzato preparazioni ottenute da tessuti di animali malati iniettandole poi in animali sani rendendoli a loro volta malati, dando così l'apparenza che i germi causino la malattia, ma in realtà questo dimostra solo che si può far ammalare qualcuno avvelenando il suo sangue. Basandosi sulla sua teoria dei microzimi, Béchamp diede enfatici avvertimenti contro l'invasione diretta e artificiale del sangue.

https://www.disinformazione.it/teoria_microbica.htm

In questo articolo (<https://www.mednat.org/ExposingTheMythOfTheGermTheory.pdf>) il dottor Arthur Baker parla del plagio della Teoria dei Germi da parte di Pasteur, della sua tardiva ammissione che la teoria era sbagliata, e dell'adozione della stessa da parte del cartello medico-farmaceutico, che su questa teoria aveva fondato le sue strutture, e che quindi bisognava accettarla dogmaticamente come vera.

E' diviso in due parti: nelle prime 6 pagine viene spiegato il ruolo simbiotico dei batteri e del loro lavoro di pulizia. Essi non creano la morte della materia organica su cui operano ma sono parte del processo della malattia, non la causa. I germi proliferano se c'è materiale patologico di cui nutrirsi. Arnold Ehret lo aveva intuito già nel 1911 e aveva dichiarato come falsa la teoria dei germi. L'articolo continua dicendo che i germi mutano a seconda del tipo di scorie che trovano per meglio eseguire il loro lavoro di smaltimento.

Secondo Baker è la salute la migliore protezione contro la malattia, e si chiede "perché non promuovere la salute educando la popolazione sui requisiti della salute secondo il suo mandato biologico? Perché non creare un vero e proprio sistema di "cura della salute" invece del prevalente sistema di "cura della malattia" che esiste attualmente? Dobbiamo promuovere la salute vivendo secondo quei fattori sui quali la salute viene generata."

<https://www.medicinenon.it/svelato-il-mito-della-teoria-dei-germi>

Per approfondire il discorso Pasteur vs Bechamp http://www.mednat.org/cure_natur/pasteur.htm

ALIMENTAZIONE E PREVENZIONE

Ormai è risaputo che la salute si conquista, e mantiene, prima di tutto a tavola. Il buon funzionamento di tutti i nostri organi e apparati è determinato dalla qualità e dalla quantità delle sostanze che ingeriamo e un'alimentazione adeguata ed equilibrata è alla base di una vita in salute. Una corretta alimentazione, infatti, ci aiuta a contrastare gli inevitabili effetti dell'invecchiamento e l'insorgere di moltissime condizioni patologiche.

Lo sviluppo economico ha contribuito, nei paesi industrializzati, a ridurre, quando non a debellare, le patologie legate alla malnutrizione. Di contro però si assiste a un effetto opposto paradossale: l'eccesso di calorie e la perdita di qualità dei cibi (basti pensare agli alimenti raffinati) ha portato nuovi problemi direttamente correlabili all'alimentazione, basti pensare a gravi malattie come diabete e obesità che sono diventate una vera e propria emergenza sociale.

Negli ultimi decenni, per fortuna, si è registrato un crescente interesse da parte degli addetti sanitari interessati a promuovere politiche su stili di vita, alimentazione e salute. Queste sono dei più utili ed efficaci strumenti di prevenzione a disposizione, e in quanto tali dovrebbero essere sempre al primo posto quando si parla di questa tematica.

Un'alimentazione inadeguata, infatti, oltre a incidere sul benessere psico-fisico, rappresenta uno dei principali fattori di rischio per l'insorgenza di numerose malattie croniche. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), circa 1/3 delle malattie cardiovascolari e dei tumori potrebbero essere evitati grazie a una equilibrata e sana alimentazione. A causa dei ritmi sempre più frenetici ai quali ci sottopone la società, spesso si perde l'abitudine di cucinare e sedersi a tavola, finendo così col preferire cibi qualitativamente più bassi e meno nutrienti, soprattutto a pranzo. In questo modo però, lo stomaco è sottoposto a un carico eccessivo, il che porta a una digestione più lenta e complessa e il risultato finale è quello di ritrovarsi con sonnolenza, pesantezza e gonfiore.

In tutto ciò si deve tener presente il ruolo fondamentale che l'intestino ha nel mantenimento della nostra salute. L'apparato digerente è il luogo di connessione tra interno ed esterno più importante dell'organismo. Il suo delicato equilibrio è invece sempre più minacciato, sono infatti sempre più diffuse le situazioni di stress a cui siamo sottoposti, insieme a stili di vita non salutari, aumento delle intolleranze alimentari e delle infezioni batteriche e parassitarie e di conseguenza l'assunzione di farmaci, anche per periodi prolungati, che danneggiano questo equilibrio, come gli antibiotici. È noto purtroppo che i processi produttivi del sistema agro-alimentare moderno spesso non garantiscono negli alimenti un apporto sufficientemente equilibrato dei diversi elementi nutritivi essenziali per mantenere e regolare il benessere del nostro organismo. Infatti, anche i piccoli disturbi possono essere collegati a una alimentazione squilibrata.

Le buone scelte alimentari adottate dall'infanzia e mantenute nell'età adulta, insieme alla pratica di una regolare attività fisica, anche moderata, contribuiscono a ridurre il rischio d'insorgenza di gravi patologie quali obesità, malattie cardiache, ipertensione arteriosa, diabete, osteoporosi ed anche di alcuni tipi di tumore, oltre ad essere la condizione sine qua non possiamo mantenere l'equilibrio della salute del nostro organismo. Scelte alimentari consapevoli e praticare uno stile di vita attivo rappresentano il presupposto per il miglioramento e il mantenimento di una buona qualità di vita.

<https://www.ondaosservatorio.it/focus-onda/alimentazione-e-prevenzione/aspetti-general/>

<https://www.medicinaintegratanews.it/prevenire-stress-e-malattie-con-l'alimentazione/>

<https://www.iew.it/it/PREVENZIONE/Stili-di-vita/Alimentazione/>

https://www.repubblica.it/dossier/salute/saluteseno/2019/01/17/news/alimentazione_cosa_dice_oggi_la_scienza_sul_legame_tra_cibo_e_cancro-216800955/

A proposito dell'intestino e del suo ruolo chiave nel mantenimento della salute, e quindi della prevenzione dello stato patologico, merita di essere almeno accennato il "tema" del microbiota intestinale, che è uno degli elementi fondamentali di tutto l'ecosistema intestinale. Quest'ultimo ha tre componenti: la barriera intestinale, che è un filtro molto selettivo, una struttura di tipo neuroendocrino oggi chiamata comunemente "secondo cervello" e, infine, il microbiota intestinale che, pur non essendo un vero organo dal punto di vista anatomico, da sempre ci accompagna nell'evoluzione filogenetica. Con questo termine si definisce la comunità microbica del tratto enterico costituita prevalentemente da batteri, oltre a lieviti, parassiti e virus. Quando queste comunità vivono in equilibrio vi è una condizione definita di eubiosi: è fondamentale perché consente a ogni componente del microbiota intestinale di essere funzionalmente efficace, e soprattutto fa in modo che siano sincronizzate sia tra loro, sia con gli altri componenti dell'ecosistema intestinale. In tal modo il microbiota è in grado di svolgere una serie di funzioni essenziali per l'ospite: metaboliche, quindi sintesi di sostanze utili all'organismo, enzimatiche, di protezione e stimolo verso il sistema immunitario e di eliminazione di tossine. Appare quindi ovvio che un microbiota in buon equilibrio, in eubiosi, è fondamentale per la salute generale dell'organismo. È necessario sottolineare che il microbiota intestinale è legato all'età: l'organismo cerca da sé di mantenere un equilibrio adeguato della composizione microbica, soprattutto nella fase centrale della vita. Non è però sempre così: per buona parte dell'infanzia, questo equilibrio è molto più instabile e viene addirittura a mancare negli anziani, nei quali assistiamo a variazioni significative del microbiota. Importante notare che anche negli adulti il microbiota ha piccole variazioni giornaliere, condizionate soprattutto dall'alimentazione.

I fattori che intervengono negativamente nella determinazione della composizione microbiota sono di due tipi: la presenza di infezioni che sopraggiungono dall'esterno e che danno disbiosi acuta e fattori che incidono in modo meno apparente e più lento, che però portano a uno stato di disbiosi cronica. È questo il caso delle alimentazioni scorrette (diete iperproteiche o ipercaloriche), e degli stili di vita scorretti (non fare attività fisica, fumo, l'abuso di alcool, ecc.) protratti nel tempo. Inoltre, fra gli elementi che contribuiscono a modificare l'equilibrio e la composizione del microbiota bisogna annoverare anche le componenti farmacologiche. Infatti, larga parte della popolazione assume farmaci in modo cronico o, peggio, anche quando non strettamente necessario. L'alterazione del microbiota intestinale dal punto di vista metabolico comporta l'alterazione della funzionalità delle giunzioni serrate e quindi il passaggio di sostanze tossiche, di allergeni, di microbi nel torrente circolatorio e quindi dall'intestino a tutto l'organismo. Ecco perché è necessario mantenere l'eubiosi del microbiota intestinale, sottolineare, una volta di più quanto una corretta alimentazione, unita a un salutare stile di vita, debba essere necessariamente promossa prima di ogni altra cosa.

<https://microbioma.it/gastroenterologia/microbiota-intestinale-cose-come-composto-che-ruolo-svolge/>

Medicine non convenzionali

Il primo organismo statale a occuparsi nel mondo occidentale di medicine e terapie diverse da quelle convenzionali è stato l'Office of alternative medicine, istituito nel 1992 presso gli statunitensi National Institutes of Health (NIH). Pochi anni dopo l'Office si trasformò in National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM). L'acronimo CAM (*Complementary and Alternative Medicine*) divenne sinonimo di quelle che in Europa venivano chiamate *medicine non convenzionali*. A partire dai primi anni del 21° sec. si è andata sempre più diffondendo la definizione di medicina integrata, marcando così l'aspetto complementare delle medicine non convenzionali. L' U.S. National Institutes of Health divide le medicine alternative in cinque classi differenti: terapie basate su approcci biologici, terapie energetiche, sistemi sanitari alternativi, manipolazioni muscolari e terapie mente-corpo. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) si riferisce alle medicine alternative e complementari come ad un ampio insieme di pratiche sanitarie che non fanno parte della propria tradizione e non sono integrate nel sistema sanitario dominante. È da notare come l'OMS offra però un'accezione e una definizione diversa per la medicina tradizionale definendola la somma delle conoscenze, competenze e pratiche basate su teorie, credenze ed esperienze indigene a differenti culture, spiegabili o meno, usate per il mantenimento della salute e la prevenzione, la diagnosi, il miglioramento e il trattamento di malattie mentali o fisiche.

Il Comitato Nazionale per la Bioetica del Consiglio dei Ministri in un documento approvato il 18 marzo 2005 definisce “alternative le pratiche la cui efficacia non è accertabile con i criteri adottati dalla medicina scientifica (pranoterapia, medicina ayur-vedica o antropofisica, omeopatia, cromoterapia, iridologia ecc.)”, mentre definisce “non alternative ma empiriche le pratiche terapeutiche come ad esempio l'agopuntura riflessologica, la fitoterapia (terapia con piante medicinali), l'osteopatia o la medicina naturale che appaiono in alcuni casi benefiche per i pazienti e non sono lontane da altre forme di terapia fisica (fangoterapia, massoterapia, radarterapia ecc.)

In Italia il termine Medicine Non Convenzionali (MNC) identifica quelle discipline riconosciute nel 2002, in virtù del loro rilievo sociale, dal Consiglio Nazionale della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e Odontoiatri (FNOMCeO) - sulla scorta di risoluzioni del Parlamento Europeo (1997) e del Consiglio d'Europa (1999) - e che corrispondono alle definizioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) di “*Complementary Medicine*”, “*Alternative Medicine*”, “*Unconventional Medicine*”, “*Traditional Medicine*”, e al termine adottato nella letteratura scientifica internazionale (Cochrane Collaboration, Consensus conference, 1997) di: “*Complementary and Alternative Medicine*”. L'uso del termine “Non-Convenzionale” è legato al fatto che tali discipline non sono inserite nel piano di studi obbligatorio del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia in Italia. Non si parla più perciò di medicine alternative ma di medicine complementari a quella tradizionale (allopatica), che rientrano nel progetto di medicina integrata. Le medicine complementari sono circa 150 e alcune, avendo una struttura teorica complessa, vengono definite ‘sistemi medici’. Questo perché non hanno solo risvolti terapeutici, ma prevedono anche dei ‘sistemi’ di diagnosi e delle applicazioni per l'interpretazione dei meccanismi che sono alla base delle malattie.

Nel nostro paese, a seguito di numerose sentenze della Corte di Cassazione, le discipline in oggetto sono state riconosciute di esclusiva competenza e responsabilità del medico chirurgo o odontoiatra e sono le seguenti:

- Agopuntura
- Medicina Tradizionale Cinese
- Medicina Ayurvedica
- Medicina Omeopatica
- Medicina Antroposofica
- Omotossicologia
- Fitoterapia
- Medicina Tradizionale Tibetana

Nell'elenco iniziale della FNOMCeO erano presenti anche Chiropratica e Osteopatia che, pur rientrando nel novero delle MNC, sono considerate professioni sanitarie primarie (indipendenti, autonome e distinte dall'area medica), sono regolamentate diversamente e possono essere esercitate da non-medici che hanno seguito il percorso formativo stabilito a livello internazionale. Ognuna delle discipline elencate è caratterizzata da una storia, che in alcuni casi è legata a tradizioni millenarie (Med. Trad. Cinese e Ayurveda), e da un percorso formativo previsto attraverso il quale il medico acquisisce la competenza specifica. Tale periodo di studio, di tre o quattro anni, è disciplinato dalle associazioni scientifiche di riferimento sulla base di norme condivise a livello internazionale; per alcune discipline esistono da tempo anche corsi di formazione postlaurea attivati presso alcune Università italiane.

Tutto ciò dovrebbe delineare un panorama di offerta sanitaria articolato e integrato con la medicina convenzionale, nel rispetto pieno della libertà di scelta terapeutica del cittadino e di cura da parte del medico, in sintonia con l'art. 32 della Costituzione della Repubblica Italiana.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha lanciato una strategia sulle medicine tradizionali per il decennio 2014-2023, al fine di incoraggiare i governi all'integrazione delle prassi non convenzionali nei loro sistemi sanitari. Il documento, che si intitola *The WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023*, è chiarissimo nella sua presa di posizione: «Le strategie qui definite puntano a supportare gli Stati membri nello sviluppo di politiche fattive e di piani di azione che rafforzino il ruolo delle medicine tradizionali e complementari nel garantire la salute della popolazione». Dunque, è la stessa OMS a riconoscere un ruolo importante a tali approcci terapeutici che si discostano dalla medicina allopatica, spesso la integrano ma che soprattutto propongono un diverso approccio alla malattia e alla persona. L'Oms raccomanda anche agli Stati di aumentare la disponibilità e l'accesso a tali medicine, soprattutto per le fasce di popolazione meno abbienti e ne sollecita un uso razionale.

Ad essere fanalino di coda in questo è però senza dubbio l'Italia, dove le autorità governative, la comunità accademica e le grandi schiere di medici allopatici mantengono, nella maggioranza dei casi, un atteggiamento ostile, arroccato, rigido e di criminalizzazione nei confronti degli approcci terapeutici non convenzionali.

Nel Bel Paese il settore omeopatico corrisponde appena all'1% dell'intero mercato farmaceutico: chi si cura con l'omeopatia, così come con altre pratiche olistiche, consuma infatti meno farmaci. Una spesa sanitaria ridotta (contando anche ricoveri e tempi di degenza abbreviati) è solo uno dei fattori di sostenibilità economica ed ecologica delle medicine non convenzionali. Riduzione di costi e inquinamento da produzione di farmaci, basso impatto ecologico, assenza di effetti collaterali e nessun bisogno di sperimentare sugli animali sono alcuni dei vantaggi che si otterrebbero da un'adozione più estesa delle terapie alternative.

E poi c'è l'efficacia. Nonostante si senta spesso invocare l'indimostrabilità, dal punto di vista della scienza sperimentale, degli effetti di terapie non convenzionali, studi statistici di università europee riportano dati a dir poco incoraggianti sul loro utilizzo, anche integrato alla medicina ufficiale. Secondo uno studio dell'università olandese di Tilburg i pazienti di medici che utilizzano anche medicine complementari hanno un tasso di mortalità inferiore del 30% rispetto alla media. Mentre per l'Università di Berlino l'omeopatia riduce di oltre il 50% (70% nei bambini) la gravità della malattia, contro un 45% decrescente nel tempo ottenuto dai farmaci convenzionali. Ma qual è il motivo? La prevenzione. Le pratiche olistiche, ossia centrate sulla persona, hanno tutte un approccio sistemico alla salute, che, del resto, la stessa OMS ha definito "non solo assenza di malattia, ma uno stato di pieno benessere fisico, mentale e sociale". La medicina convenzionale si concentra invece sulla malattia e sul sintomo, lasciando in secondo piano il "sistema persona" e la prevenzione. Chi va dall'omeopata o dal medico ayurvedico sarà al contrario oggetto di una lunga e accurata visita, che prende in considerazione caratteri fisici e psicologici individuali, arrivando infine a una terapia personalizzata e a consigli per migliorare il proprio stile di vita. E, nella maggior parte dei casi, non si dovrà attendere il manifestarsi di un sintomo prima di intervenire.

Secondo i dati Eurispes, nel 2012 il 14,5% della popolazione è ricorso alle medicine complementari. Di questi, il 70,6% si rivolge all'Omeopatia, seguito dalla Fitoterapia nel 39,2% dei casi e dall'Agopuntura nel 21% dei casi. Più di un italiano su 10 utilizza le medicine complementari". Dal Rapporto Eurispes 2017 sull'omeopatia emerge che oltre un italiano su 5 (il 21,2% della popolazione) fa uso di medicinali alternativi (con un +6,7% rispetto al 2012) e l'omeopatia risulta essere la cura alternativa più diffusa. Quando si decide infatti di non affidarsi alla medicina tradizionale, ci si orienta prima di tutto all'omeopatia (76,1%), seguita dalla fitoterapia (con il 58,7%), l'osteopatia (44,8%), l'agopuntura (29,6%) e, infine, la chiropratica (20,4%). In sostanza, la popolazione che utilizza le medicine complementari è in aumento rispetto alla rilevazione passate. Da un'analisi dei dati, emerge anche che coloro che utilizzano le medicine complementari sono in prevalenza laureati e diplomati, dirigenti, imprenditori, liberi professionisti e impiegati. Più modesta la percentuale di operai e pensionati. Netto il divario tra le regioni centro-settentrionali e quelle meridionali, queste ultime con una percentuale bassissima.

In Italia sono circa duecento i centri pubblici che offrono prestazioni di medicina complementare, di cui una sessantina solo in Toscana che, tra le regioni, è quella che si è spinta più avanti nell'integrazione delle CAM nel servizio sanitario regionale. È stata istituita anche una rete di medicina integrata con tre centri di riferimento regionale: a Firenze per l'agopuntura e la medicina cinese, a Empoli per la fitoterapia, a Lucca per l'omeopatia. Nella primavera del 2008 è stato annunciato il varo del primo ospedale di medicina integrata a Pitigliano (Grosseto), esperienza pilota su scala europea. Ma, oltre che in Toscana, riferimenti e programmi di attività relativi alle medicine complementari si trovano nei Piani sanitari regionali di Valle d'Aosta, Liguria, Lombardia, Piemonte, Emilia-Romagna, Umbria, Lazio, mentre in quasi tutte le altre regioni sono attivi osservatori, commissioni o altre strutture istituzionali di riferimento. Rilevante, infine, l'approvazione di un documento sulle CAM nei corsi di laurea dell'area sanitaria da parte della conferenza dei presidi delle facoltà di Medicina e dei presidenti dei corsi di laurea in medicina e chirurgia nel 2004. Dopo questa conferenza, nell'anno accademico 2005-06, alcune università (Milano, Verona, Bologna, Firenze, Modena e Reggio nell'Emilia) hanno inserito corsi obbligatori o elettivi per gli studenti di medicina, mentre altre (Brescia, Chieti, Firenze, Padova, Roma La Sapienza) hanno offerto corsi di perfezionamento postlaurea; e altre ancora (Milano, Firenze, Roma La Sapienza e Roma Tor Vergata) master di I e di II livello.

<https://www.medicitalia.it/minforma/medicine-non-convenzionali/819-medicine-non-convenzionali-che-cosa-sono-quali-sono.html>

<https://www.siomi.it/non-si-parla-piu-di-medicine-alternative-ma-complementari-a-quella-tradizionale/>

<http://www.greenews.info/pratiche/dalle-medicine-alternative-e-naturali-una-strada-verso-la-smart-health-20140604/>

<https://www.sanitainformazione.it/speciali/medicina-complementare-e-alternativa/medicine-alternative-costo-risparmio-servizio-sanitario-nazionale/>

[http://www.treccani.it/enciclopedia/dalla-medicina-alternativa-alla-medicina-integrata_\(XXI-Secolo\)/](http://www.treccani.it/enciclopedia/dalla-medicina-alternativa-alla-medicina-integrata_(XXI-Secolo)/)

http://www.senato.it/japp/bgt/showdoc/frame.jsp?tipodoc=Ddlpres&leg=16&id=00315696&part=doc_dc-articolato_ddl-art_a2mncr&parse=si

<https://www.terranuova.it/News/Salute-e-benessere/L-Oms-rilancia-le-medicine-non-convenzionali>