



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Niente cure o check up per 13 milioni di italiani

Sanità, i dati della fondazione Ania che annuncia: via a test gratuiti in tre regioni

Visite private

È di 40 miliardi la spesa privata degli italiani che non aspettano le liste d'attesa

32%

Gli italiani in sovrappeso. La percentuale scende al 9% considerando solo i bimbi

3

Milioni. le persone che sono state affette da malattie neurodegenerative

ROMA Inconsapevoli dei personali problemi di salute per non aver mai fatto esami o averli fatti in ritardo. Sono tredici milioni gli italiani in questa condizione. Quando si controllano, magari casualmente, approfittando di check up gratuiti, 6 su 10 scoprono che la tiroide non funziona bene, quasi 4 su 10 che il sistema cardiocircolatorio è fallace, soprattutto per la pressione alta, e un terzo che l'udito lascia molto a desiderare, prossimi alla sordità.

La fondazione Ania, che rappresenta le assicurazioni italiane, ha rielaborato i dati di fonti istituzionali incro-

ciandoli con quelli raccolti nel corso di iniziative di prevenzione per i cittadini. Emerge netto il fenomeno dei meno abbienti che rinunciano a esami di controllo e cure. La soluzione proposta da Ania è una mutua integrativa da studiare con il servizio pubblico, incapace di arrivare con tempestività quando è necessario. «Il nostro sistema sanitario è di alto livello, noi possiamo però dare una mano per assicurare a tutti i cittadini l'assistenza di cui hanno bisogno», dice la presidente della Fondazione, Maria Bianca Farina. E ricorda la spesa privata degli italiani che scelgono di non aspettare il loro turno in lista di attesa: 40 miliardi, solo per il 13% coperti da forme sanitarie integrative. «Una diseconomia, pagano due volte», dice.

Domani al via lo Street Health Tour 2018, partenza da Napoli, arrivo il 16 giugno a Salerno dopo un giro in 10 città di Campania, Puglia e Basilicata. Una nuova iniziativa di prevenzione. Vengono offerti check up gratuiti per vista, udito, funzioni cardiache e concentrazione di monossido di carbonio nei polmoni oltre a test psicologici per valutare la predisposizione a malattie neurodegenerative. I medici daranno indicazioni sui corretti stili di vita. Gli opuscoli preparati per l'occasione sono stati realizzati partendo dalle analisi delle abitudini: il 32% degli italiani sono in sovrappeso, percentuale pari al 45% nei maggiorenni, 9% nei bambini.

Margherita De Bac

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'AVVENTO DELLE REMS

Intesa tra Regione e Procura per il superamento degli Opg

CASERTA (cm) - Il presidente della Giunta regionale della Campania, Vincenzo De Luca, e il procuratore generale presso la Corte di Appello di Napoli, **Luigi Riello**, hanno siglato l'accordo operativo in tema di applicazione delle misure di sicurezza questa mattina nella biblioteca della Procura generale di Napoli. L'Accordo regola la collaborazione tra la Regione Campania e l'Autorità requirente del distretto al fine di dare attuazione alla legge 81 del 2014 in materia di superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari (Opg) e di istituzione delle Residenze per l'applicazione delle misure di sicurezza (Rems). Scopo dell'accordo è ricercare fin dall'inizio del procedi-

mento penale la migliore presa in carico sanitaria dei soggetti potenzialmente destinatari di misure di sicurezza, anche attraverso il ricorso alla rete dei servizi di tutela della salute mentale in carcere e superamento degli Opg delle Asl della regione, comprese le cosiddette Rems. Il tutto si realizza attraverso la diretta richiesta da parte dei pm rivolta ai referenti del Servizio sanitario e circa le condizioni sanitarie e le misure attivabili in concreto nei confronti di indagati, imputati e condannati, collaborazione garantita dalla rete dei referenti di ciascuna Procura e della Regione.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Chiude a Chicago l'«Asco 2018», congresso top per la cura del tumore: l'orizzonte è diventato quello della medicina di precisione. L'outing sulla malattia aiuta a personalizzare la cura. Il biologico sostituisce o integra la chemioterapia per il cancro polmonare

Letteratura Gusto Ambiente Società Cinema Viaggi Architettura Teatro
Arte Moda Tecnologia Musica Scienza Archeologia Televisione Salute

Carcinoma al polmone il farmaco biologico «può»

Mario Pappagallo

Qualcuno al termine dell'edizione 2018 del congresso top al mondo nel campo dei tumori, quello dell'Associazione della società scientifica degli oncologi americani (American Society of Clinical Oncology), da più di mezzo secolo meglio nota con l'acronimo Asco, si è chiesto: «Ma in fondo quale novità?». Medicina di precisione? Nuove terapie? Cancro finalmente sconfitto? Intanto si è aperta l'era della medicina personalizzata, che è poi espressione di studi sempre più targati come di precisione. Con ricerche e analisi che mai come in questa edizione hanno privilegiato etnie diverse, genere, età, l'ambiente come concausa o innesco di una mutazione che predispone a una trasformazione tumorale. Poi c'è l'outing, perché fino a qualche anno fa dire di avere un tumore, pronunciare quella parola da malati, era tabù. Fino a poco tempo fa un oncologo non avrebbe mai detto di aver avuto o di essere colpito da un tumore. Stigma culturale. Oggi se ne parla, anche se non c'è la guarigione, ma solo una sopravvivenza in buona qualità di vita.

Bruce Johnson, il presidente dell'Asco, in plenaria, ha raccontato del suo tumore alla prostata, dell'angoscia, la paura,

dell'incertezza sulle scelte terapeutiche da fare, lui che con i suoi pazienti di incertezze non ne ha, non ne deve avere. E i costi delle cure, i rapporti in famiglia, il futuro?

Ecco la novità dell'Asco 2018. La genetica, l'imaging sofisticata, gli algoritmi, l'intelligenza artificiale, i farmaci biologici, quelli «intelligenti» e quelli stupidi, l'immunoterapia. Prima, durante e dopo vi sono storie. Raccontate e da raccontare. Più medicina di precisione di così, più cura personalizzata di così... Si apre un'era.

E quest'era cerca di modulare la cura sul singolo, sui suoi geni, sulla tollerabilità. Dopo Johnson, tanti altri outing e tante storie, durante le relazioni o lungo i corridoi del McCormick attraversati da 40 mila persone, tra partecipanti, organizzatori, standisti. Oggi si chiude. La città nella città si svuota e da Chicago partiranno storie e nuove strategie di cura.

Vale la pena sottolineare, però, che novità ci sono state e che riguardano un tumore, quello al polmone, finora frustrante per pazienti e medici. Con Cesare Gridelli, l'onco-ematologo di Avellino, ospedale Moscati, tiriamo le somme proprio sul tumore al polmone. «La chemioterapia del carcinoma polmonare non a piccole cellule - ci spiega - è stata sostituita come terapia di prima linea in parte dai nuovi farmaci

biologici a bersaglio molecolare (nel 20% dei tumori che hanno una alterazione genetica di EGFR, ALK o ROS-1) e in parte dall'immunoterapia.

L'immunoterapia con pembrolizumab al momento è possibile effettuarla in prima linea nei pazienti con tumore che esprime almeno il 50% del recettore PD-L1. Quindi vi è una parte di pazienti che non possono utilizzare al momento, in prima linea, farmaci biologici o immunoterapia non avendo, rispettivamente, un tumore con una alterazione genetica specifica o una forte espressione del recettore PD-L1. Oggi per questi pazienti la prima linea resta la chemioterapia. Dai risultati migliorati, ma ancora non soddisfacenti. Pertanto, si cercano anche per questi pazienti alternative terapeutiche. Da un lato si lavora per identificare nuove alterazioni genetiche con corrispondenti farmaci attivi e dall'altro si sta cercando di

sperimentare combinazioni di chemioterapia e immunoterapia o tra più farmaci immunoterapici. Nel carcinoma polmonare ad istologia non squamosa, per esempio, lo studio Keynote 189 ha dimostrato che la chemioterapia con derivati del platino e pemetrexed combinata al pembrolizumab ha prolungato la sopravvivenza dei pazienti rispetto alla sola chemio, indipendentemente dalla presenza o meno di PD-L1. Dato molto importante proprio per quella percentuale di pazienti con tumore e bassa o nulla espressione di PD-L1 per i quali la chemio era finora l'unica terapia. Si attende ora l'autorizzazione in Europa e in Italia per la nuova combinazione di farmaci».

Altri studi sul tumore al polmone presentati? «Certo. Studio importante per il carcinoma polmonare squamoso, indipendentemente dall'espressione di PD-L1, è il Keynote 407 che ha confrontato la combinazione di chemioterapia con carboplatino+taxolo e pembrolizumab e la sola chemioterapia. Risultato: vantaggio netto in sopravvivenza per la combinazione di chemio e immunoterapia. Altra ricerca sul carcinoma polmonare squamoso, indipendentemente dal gene PD-L1, è stata l'Impower 131: ha confrontato la chemio con carboplatino+nab-paclitaxel combinata all'immunoterapico atezolizumab (anti PD-L1) con la sola chemioterapia dimostrando la superiorità della combinazione. Nuove speranze

quindi per i pazienti con carcinoma squamoso che non esprime, o lo fa poco, PD-L1. Lo studio Impower 150 riguarda invece pazienti con istologia non squamosa e ha dimostrato la superiorità della combinazione con chemioterapia (carboplatino+nabpaclitaxel) più l'antiangiogenetico bevacizumab più atezolizumab rispetto alla sola chemioterapia+bevacizumab. Mix intelligente ed efficace. Infine, presentati in parte i dati dello studio CheckMate 227, relativi specificamente alla popolazione di pazienti con carcinoma polmonare non a piccole cellule (sia non squamoso sia squamoso) con assenza di espressione di PD-L1. In questa parte dello studio è stata confrontata la classica chemioterapia con la combinazione di chemioterapia e l'immunoterapico nivolumab e la combinazione innovativa di due immunoterapici: il nivolumab (anti PD-1) e l'ipilimumab (un anti CTL4). Lo studio ha dimostrato la superiorità rispetto alla chemioterapia da sola sia della chemio+nivolumab sia di nivolumab e ipilimumab. In particolare, i due immunoterapici sono stati i più efficaci nei pazienti con alto TMB, Tumor Mutation Burden, cioè con più mutazioni presenti nel tumore».

Curare il tumore al polmone senza la chemioterapia. Questo lo scenario delineato dal nuovo test TMB (Tumor mutational burden) in grado di «fotografare» in modo completo

le alterazioni molecolari del tumore analizzando fino a 500 geni. Si apre la strada alla migliore immunoterapia per ogni singolo paziente. Cura che è più efficace nei tumori con un alto numero di mutazioni, come il cancro al polmone, vescica, gastrointestinale e il melanoma.

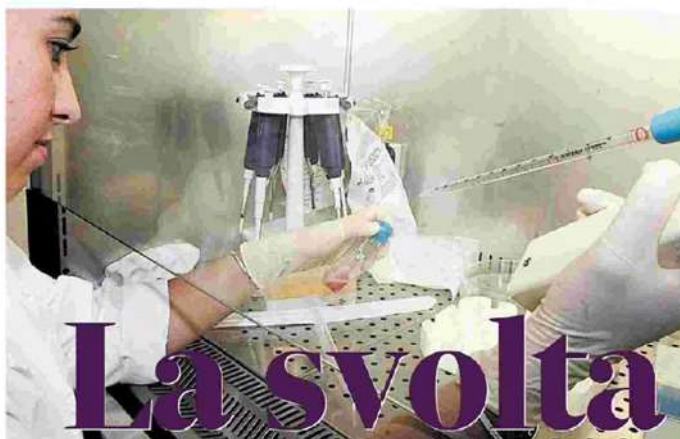
In conclusione? «Appena arriveranno le autorizzazioni ministeriali, cureremo con l'immunoterapia combinata alla chemioterapia o con la combinazione dei due immunoterapici nivolumab e ipilimumab anche i pazienti con tumore senza o con bassa espressione di PD-L1 e che quindi la chemioterapia da sola uscirà quasi completamente dalla scena del trattamento di prima linea del carcinoma polmonare non a piccole cellule avanzato», è la sintesi di Gridelli.

Di qui la cura personalizzata, sogno nato 15 anni fa, con la decodifica del genoma umano. Nasce la «Medicina di Precisione», che è il futuro e significa trovare una cura specifica (precisa) per ogni persona.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'oncologo Gridelli

«Appena arriveranno le autorizzazioni del ministero potremo adeguare le terapie»



Da Chicago, dove oggi si chiude l'Asco, grandi novità sul fronte della cura ai tumori, soprattutto quello al polmone. Sotto, l'oncologo Cesare Gridelli, dell'Azienda Moscati di Avellino



Scontro Comune-Asl sul «Landolfi» Vignola chiede aiuto alla Regione

SOLOFRA

Antonella Palma

Il sindaco Michele Vignola diffida l'Asl di Avellino in merito agli ultimi provvedimenti adottati, che non tengono conto del decreto di accorpamento del presidio ospedaliero «Agostino Landolfi» al «Moscati».

Nella lettera indirizzata al commissario ad acta della sanità Vincenzo De Luca, al direttore generale dell'Asl Avellino e al direttore generale dell'azienda ospedaliera «Moscati» il primo cittadino diffida il direttore dell'Asl di Avellino di «astenersi dall'assumere ogni altro provvedimento che incida sulla struttura amministrativa e organizzativa del presidio ospedaliero - si legge nella lettera - e di revocare immediata-

mente tutti gli atti e provvedimenti assunti in violazione del decreto commissariale 29 del 2018».

Nella lettera Vignola chiede al Commissario De Luca, come presidente della Giunta regionale, di intervenire con assoluta immediatezza, per imporre «il rispetto degli inderogabili obblighi posti in capo al direttore generale dell'Asl Avellino - riprende la nota - nell'ambito del processo di accorpamento del presidio ospedaliero «Landolfi» all'azienda «Moscati» di Avellino, così come disciplinato dal decreto commissariale, in considerazione del controllo e vigilanza sull'operato del direttore Asl Avellino in base agli articoli (2 e 3 del decreto legislativo del dicembre 92 e articoli 35 e 35 bis Lrc del novembre 94 numero 32 e seguenti).

**IL PRIMO CITTADINO
SOLLECITA DE LUCA
PERCHÉ INTERVENGA
PER REVOCARE
I TAGLI DISPOSTI
DALLA MORGANTE**

Nella diffida si evidenzia inoltre come l'ospedale «Landolfi» di Solofra nel corso del tempo si è ampliato progressivamente di competenze professionali come qualità e volume delle prestazioni, diventando struttura di eccellenza per diverse discipline: ortopedia, chirurgia, neurofisiopatologia e medicina riabilitativa, ostetricia e ginecologia e pediatria. L'auspicio è che l'obiettivo inteso a tutelare il «Landolfi» possa essere conseguito.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I ricercatori del Mit di Boston hanno mostrato una serie di immagini macabre a un'intelligenza artificiale, poi l'hanno sottoposta a una prova psicologica: i risultati sono inquietanti. Lo psichiatra Di Giannantonio spiega: «Agli uomini succede la stessa cosa»

Cyberfollia

Se anche le macchine diventano psicopatiche

IL SISTEMA INFORMATICO È STATO CHIAMATO "NORMAN" COME IL PROTAGONISTA DEL FILM "PSYCHO"

GRAZIE AL COSIDDETTO "MACHINE LEARNING" I COMPUTER POSSONO ANALIZZARE MODELLI RICORRENTI E INDIVIDUARE DISTURBI

L'ESPERIMENTO

Il nome è quello del protagonista di *Psycho*, Norman Bates; lo scopo è dimostrare quanto rischiosa sia la programmazione dell'Intelligenza Artificiale (IA): un team di ricercatori del Mit di Boston ha creato la prima IA riconosciuta ufficialmente come psicopatica. Norman, al pari delle altre reti neurali prodotte in laboratorio, dopo un periodo di addestramento è capace di osservare una foto e capirne il contenuto. I ricercatori del Mit però lo hanno allenato con delle immagini di persone morenti scovate nelle zone più "oscure" della Rete e in particolare su Reddit, famoso portale aggregatore di notizie.

IL PARAGONE

Accanto a Norman, come controprova, i ricercatori hanno addestrato un'intelligenza gemella, istruita con le immagini che comunemente si utilizzano in questi casi. Al termine del processo di machine learning, i due computer sono stati sottoposti al test di Rorschach, quello delle macchie di inchiostro utilizzato per valutare la personalità, evidenziando una distanza enorme tra

le due interpretazioni. In pratica i ricercatori hanno scoperto che Norman - come l'Anthony Perkins di *Psycho* - aveva assunto una prospettiva molto oscura e inquietante: l'IA manifesta disturbi mentali tipici della psicopatia come paranoia e carenza di empatia. Ad esempio, dove l'altra IA vede una torta nuziale poggiata su un tavolo, Norman distingue un uomo che sta per essere investito da un'auto. Un «vaso di fiori - scrivono i ricercatori - diventa un uomo a cui hanno sparato a morte». Un «guanto da baseball» è interpretato come «un uomo ucciso da una mitragliatrice».

«In realtà è uguale al risultato che ci aspetteremmo per gli uomini», spiega Massimo Di Giannantonio, presidente dei professori ordinari di Psichiatria italiani, «accadrebbe lo stesso con due bambini gemelli omozigoti con un patrimonio genetico totalmente identico»: se li separassimo crescendo uno «alla corte della regina d'Inghilterra» e l'altro «lo abbandonassimo nelle periferie più pericolose e degradate di Londra», otterremo risposte diverse. «Di fronte a uno stimolo ambiguo come il test di Rorschach, il primo risponderà con ele-

menti realistici mentre il secondo visualizzerà degli elementi violenti. Eppure hanno praticamente lo stesso cervello». Nulla di nuovo quindi: l'esperimento dimostra che l'intelligenza artificiale può essere addestrata ad avere un pregiudizio, a vedere ciò a cui è abituata. «È la stessa capacità che sfruttiamo nel campo delle neuroscienze - spiega Di Giannantonio - Usiamo il machine learning per addestrare una macchina a individuare lesioni cerebrali in chi ha dei disturbi». I computer possono analizzare modelli ricorrenti e «individuare

disturbi simili» a quelli che hanno archiviato durante l'apprendimento, «se però manca una lesione visibile, è fondamentale l'intervento dell'uomo».

Inoltre, proprio come Norman è stato allenato a vedere la morte e la sofferenza, altre IA possono essere addestrate per essere razziste o sessiste. Secondo uno studio pubblicato sulla rivista "Science" un anno fa, gli algoritmi incorporano gli stessi pregiudizi di chi li programma, e ad esempio associano termini più negativi alle minoranze etniche.

Nel 2016 ha fatto scalpore il caso di Tay, un bot - cioè un computer programmato per assolvere funzioni precise - creato per essere un utente Twitter: a pochi giorni dal lancio, Tay era diventato razzista a causa dei cinguettii che leggeva sul social. Nel 2016 un altro studio ha dimostrato che un bot educato su Google News è diventato sessista a causa dei dati e delle notizie che stava analizzando. L'IA insomma, non sfugge alle regole della psicologia ed è frutto dell'ambiente in cui cresce. Proprio come noi.

Francesco Malfetano

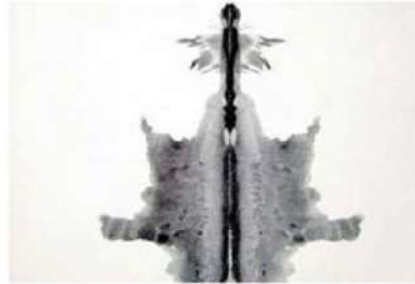
© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL CASO

Il test di Rorschach



Qui l'intelligenza artificiale "normale" vede «un uomo che tiene un ombrello in aria», l'altra «un uomo ucciso davanti alla moglie che urla»



Qui l'intelligenza artificiale "normale" vede «un aereo che vola con il fumo che esce», la psicopatica «un uomo sbalzato da un'auto»



Qui l'intelligenza artificiale "normale" vede «un guanto da baseball in bianco e nero», l'altra «un uomo ucciso da una mitragliatrice»

quotidianosanita.it

Martedì 05 GIUGNO 2018

Tutte le emergenze della rete territoriale del 118
Campania*Gentile Direttore,*

ritorno sulle problematiche della rete territoriale 118 della regione Campania, ma prima devo quale dirigente regionale e nazionale dell'Emergenza Sanitaria Territoriale 118 Umus-Smi, salutare con entusiasmo il nuovo Ministro della Salute **Giulia Grillo**, ponendo le aspettative di un rilancio della sanità pubblica, ma soprattutto di una valorizzazione della rete extraospedaliera dell'emergenza territoriale 118, Lea privilegiato per la sua importanza, disponibile a collaborare col Ministro e le istituzioni regionali affinché il diritto alle cure dell'utenza, nel corso degli interventi d'emergenza-urgenza, sia garantito, erogando nei tempi di legge, il soccorso, la diagnosi, la stabilizzazione e il trasporto nell'ospedale giusto, riportando il cittadino al centro di un sistema per eccellenza tempo- dipendente. Centralità oggi soggiogata, da interessi economici di varia natura, e da visioni opportunistiche di categoria che vogliono condizionare il sistema.

Ritornando alla Campania, riparto dall'articolo del *Mattino* di Caserta del 30 maggio, dal titolo "Le ambulanze senza medici a bordo viaggeranno in auto" nel quale il Direttore dell'Asl Correr, per ottemperare giustamente alle norme in materia di sicurezza e tutela del lavoratore, quali riposo, 104, ferie annue, contrabbando la demedicalizzazione, ossia la riduzione dei servizi e della sua appropriatezza quale proposta innovativa.

Innovativa non certo per cittadini del casertano, mi spiego: la proposta toglie dal servizio due ambulanze medicalizzate, in grado di fornire prontamente due equipaggi capaci di erogare prestazioni avanzate, in cambio di due ambulanze base, equipaggiate con autista ed infermiere, senza possibilità di diagnosi e terapia, (che trasporterà tutti in P.S.) e un'auto con autista, medico e farmaci, che da sola non costituisce un soccorso avanzato, perché manca di un'altra figura fondamentale, ossia quella dell'infermiere. Auto che se impegnata già non sarà disponibile. Una soluzione che per far fronte a necessità esclusivamente aziendali, fa ancora ricadere sull'utenza la scure del taglio dei servizi essenziali, penalizzando il cittadino di turno che sua malgrado si ritroverà vittima di questo gioco alla roulette suicida del soccorso.

Anche il ricorso alla fornitura di medici attraverso la Croce convenzionata, non darà, dal mio punto di vista garanzia di prestazioni sicure al cittadino, in termini di titoli abilitanti, requisiti professionali e abilità tecniche. Inoltre si tratta sempre di medici il cui datore di lavoro non è il Ssn, e mi domando quali controlli questi possono esercitare su dotazioni delle ambulanze, farmaci, sul personale infermieristico, fornite dalla stessa Croce?

E ancora a quali costi per il sistema sanitario regionale? Prima con straordinari e poi con l'acquisto delle prestazioni ritengo che tale azienda, (forse ostaggio di un sindacato delle dirigenze miope, il SAUES, che già nel 2015, ritenendo che il futuro fosse la demedicalizzazione delle ambulanze, precluse l'accesso ad incarichi tempo determinato di medici d'emergenza 118, provvisti del corso di legge, con contratto specifico in emergenza della medicina generale) escogita soluzioni che non risolvono e ne risolveranno nel futuro le carenze del servizio 118 di Caserta. Anzi alle già discusse figure dei finti volontari infermieri, aggiunge quella dei finti volontari medici.

Ma le emergenze per la rete territoriale del 118 della regione campania non finiscono qui. Come preannunciato dall'articolo del *Mattino* di Napoli in data 2 giugno "Fuga dal 118 dopo le botte i trasferimenti" i cittadini campani perderanno una decina di medici e le loro professionalità acquisite in tanti anni di servizio, garanzia di prestazioni appropriate, per la scelta di tali medici di avere, seppure in altri servizi, quello della Continuità Assistenziale la certezza e la tranquillità psicologica di un posto a tempo indeterminato, perché stanchi di un lungo precariato che non trova a tutt'oggi una volontà di soluzione.

Lo stesso Direttore del Sis 118 **Mario Balzanelli** ha chiaramente esplicitato nel suo intervento, invitato in Commissione trasparenza sulle criticità del nostro sistema regionale campano, che non c'è futuro per il 118

00 GIUGNO 2018

6/6/2018

Tutte le emergenze della rete territoriale del 118 Campania

solo Assistenza Primaria, se come per legge si deve assicurare un soccorso qualificato ai cittadini, attraverso la rete extra ospedaliera dell'emergenza territoriale, i cui tempi ricordo sono di 8 minuti in area urbana e 20 minuti in area extraurbana.

Si susseguono incessantemente le richieste di ripristino della dotazione organica da parte del Direttore della Na1 centro, l'ultima del 04-06-2018, di 20 medici, 25 infermieri, 15 autisti, richiesta dettata non da una sopraggiunta epidemia ma da una cronica mancanza di soluzioni che si protraggono nel tempo, richieste pronte ad essere tirate fuori all'occorrenza del prossimo tragico accadimento. E' di ieri mattina alle ore 7,00 circa, località soccavo di un codice rosso per trauma cranico ed emorragia per caduta accidentale, perdita di coscienza transitoria con commozione, paziente trasportato alla Guardia Medica che ha prestato assistenza per gli oltre 30 minuti, quando è sopraggiunta l'ambulanza di Scampia.

Non è questa l'assistenza che voglio per i miei concittadini. Pensate...c'è chi ritiene che vada tolta anche l'assistenza notturna 20-8 della guardia medica, in nome dell'H16.

Gennaro Bassano

Segretario regionale EST 118 Umus -Smi

quotidianosanita.it

Martedì 05 GIUGNO 2018

Responsabilità medica. Mettiamo fine a questo tormento medievale

Gentile Direttore,

mi occupo, da ben oltre un decennio, dell'assistenza in sede penale dei medici e del personale sanitario in genere. Le difficoltà interpretative delle norme, in un continuo susseguirsi di interventi legislativi confusionari ed assai poco risolutivi (leggi Balduzzi e Gelli-Bianco), hanno finito per generare formidabili tensioni fra tutte le componenti in gioco: direzioni, operatori ed utenza.

Se l'obiettivo fosse stato quello di complicare la situazione, scontentando tutti, evidentemente, esso si sarebbe potuto, come si può, ritenere raggiunto brillantemente; nulla obiettandosi al riguardo.

Mi piace essere franco, anche quando ciò che sostengo finisce per configgere con i miei interessi personali: la nostra nazione si trova ad un bivio ed occorre decidere quale sorte assegnare ai profili penali della colpa medica, soprattutto in ragione dell'insediamento del nuovo esecutivo di governo che sembra opinare di nuovo come paradigma della sua "mission".

Non nego la mia simpatia verso la classe medica in ossequio alle tradizioni familiari, ma, vieppiù, l'aver negli anni constatato quali strali generino nei professionisti "avvisati di garanzia" e successivamente in massima parte archiviati i provvedimenti delle Procure della Repubblica ha costituito un triste fardello che mi ha fatto riflettere profondamente sull'utilità non di una sanzione penale (che non giunge quasi mai) ma di un tormento medievale di natura psicologica che si chiama procedimento, indagini preliminari, consulenza del P.M., accertamento irripetibile, incidente probatorio.

È un rosario che si sciorina in automatico e che, nella stragrande maggioranza dei casi (parlo di numeri che conosco direttamente e perfettamente), non conduce nemmeno al giudizio.

A fronte delle superiori considerazioni che non rivendicano il pregio tecnico di natura giuridica che non hanno, si domanda cosa succederebbe dal punto di vista giudiziario se la situazione interna della "malpractice" medica fosse paragonabile a quella degli Stati Uniti.

Già, gli USA, gli "States", il Paese del "grande sogno", la culla della ricerca scientifica, ma, anche, delle disparità e delle battaglie sociali senza fine sull'assistenza sanitaria; si resta basiti se si paragonano i sorprendenti risultati negativi di tale Potenza, che cura poco e male i soggetti che accedono alla sanità, rispetto alla minuscola e litigiosa Italia, che cura tutti (ma proprio tutti) e bene, sia pur con i limiti indotti dalla fallibilità umana.

Confesso di essere stupito dai numeri (col segno "meno") americani, proprio perché provengono da un contesto che si declina, usualmente, secondo la categoria dell'eccellenza.

In Occidente, per il "British Medical Journal", se gli errori medici fossero una malattia occuperebbero il terzo posto, dopo il cancro e le patologie cardiovascolari, ma precedendo - e di parecchio - i decessi per affezioni respiratorie, suicidi, armi da fuoco ed incidenti.

Venendo al tema in oggetto, per la "John Hopkins", negli U.S.A. gli errori medici causerebbero più di duecentocinquantamila morti l'anno su un totale di oltre due milioni e mezzo di decessi.

6/6/2018

Responsabilità medica. Mettiamo fine a questo tormento medievale

terapeutico non intenzionale (azione o omissione) che non raggiunga il risultato proposto, un errore di esecuzione o di pianificazione della terapia o una deviazione dal programma di cura che possa causare o meno un danno al paziente".

L'errore medico si distingue dal rischio di complicanze che si associa inevitabilmente a qualsiasi procedura o terapia medica.

Alcuni errori sono incontrovertibili (la somministrazione di una terapia sbagliata, una trasfusione con gruppo sanguigno incompatibile, una diagnosi mancata a fronte di certe evidenze).

Talora, però, è difficile estrapolare il singolo errore umano dall'universalità degli eventi che connota una malattia.

Gli strumenti attualmente in uso per catalogare le cause di morte non permettono un'identificazione univoca degli errori medici e quindi i dati a disposizione sono poco accurati e, probabilmente, arrotondati "per difetto".

Insomma, il panorama prospetta un sistema sanitario che, in Italia, è da ritenersi, in larga parte, eccellente ed efficiente, garantendo un adeguato accesso pubblico.

Esistono invece almeno due ordini di ragioni in nome delle quali affrontare il tema degli errori medici.

In primo luogo, l'inevitabilità dell'errore umano: in un'attività complessa come la medicina è insito il rischio, peraltro ineliminabile, dello sbaglio; colpire il responsabile non ne eviterà, però, il ripetersi.

In secondo luogo, più del cinquanta per cento delle morti causate dagli eventi surriferiti sarebbero potenzialmente evitabili.

L'imperativo categorico di natura morale è rappresentato dalla spasmodica tensione finalizzata dalla ricerca del raggiungimento della massima riduzione della possibilità dell'errore umano all'interno di un percorso di cura.

Dunque, l'ineluttabilità dell'errore e la prevenzione dallo stesso, in un circuito che richiede la trasformazione della cultura della colpa individuale (o del "capro espiatorio") in quella della sicurezza, del tutto decontestualizzata dall'archetipo più evoluto del Pianeta, il Cern, l'acceleratore di particelle di Ginevra, la macchina più complessa mai costruita dall'uomo, nella quale però il concetto di errore (non irreparabile) viene addirittura premiato in quanto sostanziale contributo al perfezionamento dell'apparato.

Ad ogni errore si sottende la colpa di una persona, ma, anche, il fallimento di un processo che non ha attuato le adeguate contromisure per avversarlo; ad esempio, se, per somministrare una terapia, fosse necessaria una doppia identificazione con un collega o l'utilizzo di un sistema elettronico che si con codice a barre, diventerebbe più difficile fallire.

Similmente, se un caso venisse discusso all'interno di un consulto multidisciplinare di specialisti, sarebbe più probabile l'identificazione degli errori diagnostici o delle terapie inadeguate.

Una consuetudine per i nosocomi anglosassoni, quella del "morbidity ad mortality meeting", dove si disserta di complicanze e decessi nel proprio dipartimento e, con trasparenza, si analizza la storia del paziente andando alla ricerca del malfunzionamento.

L'esperienza insegna come nessuno sia esente dal rischio di sbagliare e che tutti sono responsabili del progetto di miglioramento della cura dei pazienti, pur nelle difficoltà segnate dall'aggressività del sistema legale e delle cause risarcitorie, dei ragionamenti del "management" ospedaliero, del "training" dello "staff" medico e paramedico e dell'accesso alle cure.

Il raggiungimento di un sempre più ottimale livello di comprensione della genesi e delle dinamiche degli errori medici potrebbe rappresentare la preziosa occasione per promuovere la cultura positiva della trasparenza e per combattere attivamente quella, negativa, del responsabile "ad ogni costo".

Scavra dalla retorica, la constatazione che esistano eroi silenziosi che lottano quotidianamente come operatori all'interno del SSN, conforta quanto, del pari, sconvolge la scoperta che la loro serenità nella prevenzione degli

6/6/2018

Responsabilità medica. Mettiamo fine a questo tormento medievale

Giuseppe Maria Gallo
Avvocato
Patrocinante in Cassazione
Penalista del Foro di Genova

quotidianosanita.it

Martedì 05 GIUGNO 2018

Prevenire le malattie non trasmissibili risparmiando 910 milioni di euro l'anno ogni 10 milioni di persone. L'Oms lancia un piano di azione globale per promuovere l'attività fisica

Un'attività fisica regolare è fondamentale per prevenire e curare le malattie non trasmissibili (NCD) come malattie cardiache, ictus, diabete e cancro al seno e al colon. Il piano d'azione mostra come i paesi possono ridurre l'inattività fisica negli adulti e negli adolescenti del 15% entro il 2030. L'Oms stima che l'inattività sia causa di un milione di morti (circa il 10% del totale) all'anno nella sola Regione europea. [PIANO DI AZIONE GLOBALE OMS 2018-2030 - ATTIVITÀ FISICA STRATEGIA PER LA REGIONE EUROPEA 2016-2025 - BROCHURE OMS "A COLPO D'OCCHIO"](#).

Il primo passo per la prevenzione delle NCD (malattie non trasmissibili) è l'attività fisica e il direttore generale dell'Oms, **Tedros Adhanom Ghebreyesus**, ha lanciato il 4 giugno assieme al primo ministro **António Costa** del Portogallo il nuovo "Piano di azione globale dell'Oms sull'attività fisica e la salute 2018-2030: persone più attive per un mondo più sano".

"Essere attivi è fondamentale per la salute, ma nel nostro mondo moderno sta diventando sempre più una sfida, soprattutto perché le nostre città e comunità non sono progettate nel modo giusto", ha affermato **Tedros**. "Abbiamo bisogno di leader a tutti i livelli per aiutare le persone a fare il passo più sano, che funziona meglio a livello di città, dove la maggior parte delle responsabilità risiede nella creazione di spazi più sani".

In tutto il mondo, un adulto su cinque e quattro adolescenti su cinque (11-17 anni) non fanno abbastanza attività fisica. Le ragazze, le donne, gli adulti più anziani, le persone più povere, le persone con disabilità e le malattie croniche, le popolazioni emarginate e le popolazioni indigene hanno meno opportunità di essere attive.

Un'attività fisica regolare è fondamentale per prevenire e curare le malattie non trasmissibili (NCD) come malattie cardiache, ictus, diabete e cancro al seno e al colon. Le malattie non trasmissibili sono responsabili del 71% di tutti i decessi a livello globale, compresi i decessi di 15 milioni di persone all'anno tra i 30 ei 70 anni.

Il piano d'azione mostra come i paesi possono ridurre l'inattività fisica negli adulti e negli adolescenti del 15% entro il 2030. Raccomanda quattro obiettivi e una serie di 20 azioni politiche, che combinate mirano a creare società più attive migliorando gli ambienti e le opportunità per le persone di tutte le età e capacità di fare più passeggiate, ciclismo, sport, ricreazione attiva, danza e gioco.

Secondo i dati forniti dall'Oms l'inattività fisica è uno dei principali fattori di rischio per la salute e si stima sia causa di un milione di morti (circa il 10% del totale) all'anno nella sola Regione europea. L'inattività fisica rappresenta un'aggiunta di 8,3 milioni di anni di vita con disabilità (DALYs - circa il 5% del totale) nella Regione.

Più della metà della popolazione della Regione europea non è abbastanza attiva per soddisfare le raccomandazioni sulla salute: dati recenti degli Stati membri dell'Ue indicano che 6 persone su 10 al di sopra dei 15 anni non praticano mai o raramente sport e più della metà non praticano mai o raramente altri tipi di attività fisica, come ciclismo, ballo o giardinaggio.

La tendenza nella Regione è verso una minore attività e solo un terzo dei giovani europei di 11, 13 e 15 anni ha riportato un'attività fisica sufficiente a soddisfare le attuali linee guida. Nella maggior parte dei

6/6/2018 Prevenire le malattie non trasmissibili risparmiando 910 milioni di euro l'anno ogni 10 milioni di persone. L'Oms lancia un piano di azio...

paesi, i ragazzi erano più attivi rispetto alle ragazze e l'attività è diminuita con l'età in entrambi i sessi. **Diversi gruppi socioeconomici mostrano anche disuguaglianze:** le persone più povere hanno meno tempo libero e un accesso più scarso alle strutture ricreative, o vivono in ambienti che non supportano l'attività fisica.

Stime emergenti dei costi diretti (assistenza sanitaria) e indiretti dell'inattività fisica (perdita di produzione economica dovuta a malattia, disabilità lavorative legate alla malattia o morte prematura) sono allarmanti: per una popolazione di 10 milioni di persone, dove metà della popolazione è insufficientemente attiva, il costo complessivo è stimato in 910 milioni di euro all'anno.

La campagna Oms invita inoltre a sostenere, ad esempio, la formazione di operatori sanitari e altri professionisti e l'uso delle tecnologie digitali.

Tedros ha aggiunto: "Non è necessario essere un atleta professionista per scegliere di essere attivi: prendere le scale anziché l'ascensore fa la differenza, oppure camminare o usare la bicicletta invece di guidare verso la panetteria più vicina mette ogni giorno in grado di mantenerci sani. I leader devono aiutare a rendere queste scelte facili".

L'attività fisica non deve essere confusa con l'esercizio. L'esercizio fisico è una sottocategoria dell'attività fisica pianificata, strutturata, ripetitiva e finalizzata nel senso che il miglioramento o il mantenimento di uno o più componenti della forma fisica è l'obiettivo. L'attività fisica include l'esercizio fisico e altre attività che implicano movimenti corporei e sono svolte nell'ambito del gioco, del lavoro, del trasporto attivo, delle faccende domestiche e delle attività ricreative.

Gli adulti hanno bisogno di almeno 150 minuti di attività fisica aerobica di intensità moderata per tutta la settimana o almeno 75 minuti di attività vigorosa o una combinazione equivalente di attività moderata e vigorosa. Potrebbe essere necessaria più attività per il controllo del peso. I bambini hanno bisogno di almeno 60 minuti di attività fisica di intensità da moderata a intensa ogni giorno. Le attività di intensità intensa dovrebbero essere incorporate, comprese quelle che rafforzano muscolo e ossa, almeno 3 volte a settimana.

Forti evidenze mostrano che l'attività fisica ha una vasta gamma di effetti benefici per il benessere sia fisico che mentale: riduzione di circa il 25% del rischio di molti disturbi legati all'inattività (come malattie cardiovascolari e diabete di tipo 2), riducendo sostanzialmente il rischio di ipertensione e alcune forme di cancro e riduzione dello stress, ansia, depressione e possibilmente ritardare gli effetti del morbo di Alzheimer e altre forme di demenza.

L'attività fisica regolare aiuta anche a mantenere un peso corporeo sano. In combinazione con una dieta appropriata, può aiutare a ridurre il peso.

E in tutto il mondo, l'inattività fisica è stimata essere la causa principale di circa il 21-25% dei tumori del seno e del colon, il 27% del diabete e circa il 30% delle cardiopatie ischemiche.

Per sostenere gli sforzi nazionali per attuare il piano, l'Oms sta lanciando una campagna di sensibilizzazione per promuovere l'attività fisica, *Let's Be Active: Tutti, Ovunque, Tutti i giorni*. Questa nuova unità, lanciata dall'iconica Cidade do Futebol (Città del calcio) della Portuguese Football Association, mira a incoraggiare i governi e le autorità cittadine a rendere più facile per le persone essere più fisicamente attive e più sane.

La campagna segue il primo evento dell'Oms *Walk the Talk: La salute per tutti* che ha attirato più di 4000 persone per promuovere il movimento e le attività per la salute il 20 maggio a Ginevra, alla vigilia dell'assemblea mondiale della sanità.

In linea con la spinta dell'Oms a promuovere l'attività fisica per sconfiggere le malattie non trasmissibili, il Portogallo ha lanciato la propria campagna mediatica nazionale per promuovere l'attività fisica tra la popolazione.

"Questa campagna nazionale nasce dalla nostra volontà di informare i portoghesi dei benefici di avere uno stile di vita più sano per combattere le malattie non trasmissibili", ha affermato Costa. "Il governo portoghese è fortemente impegnato nell'attuazione di un approccio sistemico per promuovere l'attività fisica ed è onorato di ospitare il lancio del piano d'azione globale sull'attività fisica".

L'inattività fisica è più di una sfida per la salute: anche i costi finanziari sono enormi. Globalmente, si stima che l'inattività fisica abbia un costo di 54 miliardi di dollari in assistenza sanitaria diretta, di cui il

57% è sostenuto dal settore pubblico e altri 14 miliardi di dollari Usa sono attribuibili alla perdita di produttività.

I leader mondiali si incontreranno alla fine di quest'anno per intervenire sull'inattività fisica e altre cause delle malattie non trasmissibili e dei disturbi mentali, quando parteciperanno alla terza riunione ad alto livello dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite sulle NCD, che si terrà il 27 settembre a New York.

I quattro obiettivi indicati dal piano sono:

- Creare un cambio di paradigma in tutta la società, aumentando la conoscenza e la comprensione e l'apprezzamento per i molteplici benefici della regolare attività fisica, in base alle capacità ea tutte le età.
- Creare e mantenere ambienti che promuovano e tutelino i diritti di tutte le persone, di tutte le età, di avere un accesso equo a luoghi e spazi sicuri, nelle loro città e comunità, in cui intraprendere un'attività fisica regolare, in base alle capacità.
- Creare e promuovere l'accesso a opportunità e programmi, attraverso molteplici impostazioni, per aiutare persone di tutte le età e abilità a impegnarsi in attività fisiche regolari come individui, famiglie e comunità.
- Creare e rafforzare leadership, governance, partnership multisettoriali, capacità della forza lavoro, sistemi di advocacy e di informazione in tutti i settori, per raggiungere l'eccellenza nella mobilitazione delle risorse e l'attuazione di un'azione coordinata internazionale, nazionale e subnazionale per aumentare l'attività fisica e ridurre il comportamento sedentario.

Tra le azioni politiche, il piano d'azione globale propone soluzioni per rafforzare la leadership, la governance, le capacità della forza lavoro e l'advocacy. Riconosce la necessità di un più forte coordinamento globale, regionale e nazionale e la necessità di un movimento sociale e di un cambio di paradigma per affrontare il complesso problema dell'inattività fisica.

La promozione dell'attività fisica richiede la collaborazione con tutti i settori; aziende private, Ong, organizzazioni di comunità e individui devono collaborare per impegnarsi in soluzioni locali. Le soluzioni a livello nazionale, sub-nazionale e cittadino sono dettagliate nella figura sopra, che mostra la natura interrelata di una risposta globale all'inattività.

Le risposte politiche devono essere selezionate e attuate in base alle priorità e al contesto nazionali e tenere conto di una gamma diversificata di capacità. L'Oms collaborerà con i partner per identificare e attuare le prime vittorie, condividere le migliori pratiche all'interno e tra i paesi e promuovere partnership strategiche tra i vari settori.

Il video Oms

["Siamo attivi: tutti, ovunque, ogni giorno"](#)

Make physical activity a part of daily life during all stages of life



6 OUT OF 10



people in the European Union over the age of 15 never or seldom exercise or play sports

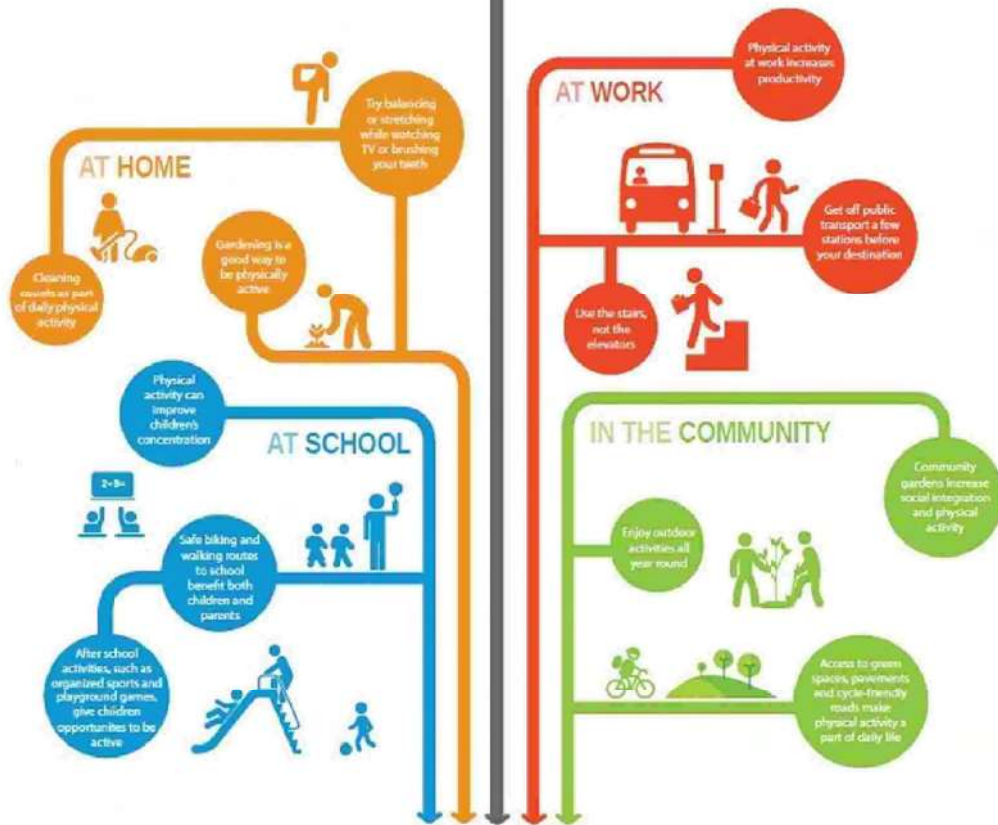
Every year in the WHO European Region, physical inactivity causes an estimated

1 MILLION DEATHS

WHO recommendations for moderate- to vigorous-intensity physical activity:

150 minutes per week (adults)

60 minutes per day (children)



REGULAR PHYSICAL ACTIVITY THROUGHOUT THE LIFE-COURSE ENABLES PEOPLE TO LIVE BETTER AND LONGER LIVES

www.euro.who.int/physicalactivity

09/2015



World Health Organization

REGIONAL OFFICE FOR Europe

quotidianosanita.it

Martedì 05 GIUGNO 2018

Cassazione. Non è omissione di atti d'ufficio il comportamento del medico che interrompe un intervento (non urgente, ma su un paziente problematico) perché manca il secondo chirurgo

La Corte di Cassazione (sentenza 24952/2018) ha assolto un medico accusato in primo grado del reato previsto dall'articolo 328 del codice penale (omissione d'atti di ufficio) "perché il fatto non sussiste", ritenendo legittimo il rifiuto del medico a proseguire un'operazione in assenza del secondo chirurgo su una paziente con problemi di obesità e cuore e col rischio che svanissero prima della conclusione dell'intervento gli effetti necessari dell'anestesia. [LA SENTENZA.](#)

Se un medico rifiuta di proseguire e terminare un intervento chirurgico perché manca il secondo chirurgo ad assisterlo, non è omissione di atti d'ufficio, ma un comportamento che tutela la sicurezza del paziente. Specie se questo ha caratteristiche di rischio elevate (obesità).

Con questo principio la Corte di Cassazione ha assolto medico accusato in primo grado del reato previsto dall'articolo 328 del codice penale (omissione d'atti di ufficio) "perché il fatto non sussiste", ritenendo legittimo il rifiuto del medico a proseguire un'operazione in assenza del secondo chirurgo e col rischio che svanissero prima della conclusione dell'intervento gli effetti necessari dell'anestesia.

Il fatto

Un dirigente medico ospedaliero rifiutava di portare a termine l'intervento chirurgico di safenectomia destra su una paziente dopo averla già sottoposta all'anestesia ed averle praticato l'incisione cutanea e sottocutanea propedeutica all'asportazione della vena grande safena. La decisione di non proseguire l'intervento in quanto si poteva essere al limite della copertura anestetica e un dolore così intenso quale è quello che si prova intervenendo su una vena può provocare in un soggetto cardiopatico anche il decesso.

Non è stato verificato dai giudici della Corte di Appello, sottolinea la Cassazione, se si potesse, considerando le possibili complicanze di una operazione su una persona ipertesa, obesa e cardiopatica, ritenere a priori sufficiente una copertura anestesiológica di circa 2/3 ore. Inoltre la sentenza ha omissis di motivare "in ordine alla consapevole volontà dell'imputato di violare i doveri impostigli rispetto a un intervento non urgente e sicuramente differibile".

Secondo la ricostruzione dei giudici di merito il ricorrente si è rifiutato di proseguire l'intervento - da lui iniziato in assenza del secondo chirurgo - che pacificamente richiedeva, in considerazione anche delle concrete indiscusse condizioni fisiche della paziente ("paziente a rischio per obesità"), tale partecipazione, non intervenuta tempestivamente neanche dopo l'inizio dell'intervento.

La sentenza

Secondo la Cassazione quanto alla natura indebita del rifiuto, i giudici di merito omettono del tutto di considerare che tra queste ragioni vi è quella primaria e assolutamente cogente per la paziente di essere operata in condizioni di sicurezza. "E' arbitrario - prosegue la Cassazione - è l'addebito formulato a riguardo

6/6/2018 Cassazione. Non è omissione di atti d'ufficio il comportamento del medico che interrompe un intervento (non urgente, ma su un pazie...

“Inoltre – prosegue la Corte - gli stessi giudici affermano la ‘comprensibilità’ delle doglianze del ricorrente e la non immotivatezza del suo comportamento, a loro stesso dire, per essere stato ‘abbandonato’ in sala operatoria dai colleghi, ma relegano inopinatamente siffatto accertamento sinteticamente ribadito indicando il ‘quadro poco edificante del reparto’ all’eccentrico tema delle circostanze generiche, laddove - invece - si tratta della causa che ha determinato la condotta del ricorrente, rilevante ai fini della valutazione circa la sua natura indebita”.

Secondo la Cassazione, la Corte di Appello non fa nessuna considerazione in ordine all’indifferibilità dell’atto rifiutato, della quale non c’è traccia alcuna perfino nella stessa contestazione e “rispetto alla incontestata natura elettiva dell’intervento chirurgico in ordine al quale nessuna urgenza è stata neanche prospettata e che, certamente, non si giustifica con il disagio della paziente per il successivo intervento”.

L’assenza di giustificazione per entrambi gli elementi “la cui sussistenza è necessaria alla integrazione dell’elemento oggettivo del reato in contestazione - non essendo necessario alcun ulteriore accertamento di merito né versandosi in un emendabile vizio della motivazione - impone l’annullamento senza rinvio della sentenza impugnata perché il fatto non sussiste”.

In sostanza la Corte di cassazione ha ritenuto che quella del chirurgo accusato fosse una posizione di “valore” e non deprecabile, proprio a favore della salute della paziente, per cui ha deciso per il rinvio dell’intervento.

La Cassazione dà quindi rilievo al diritto del paziente di essere operato in condizioni di sicurezza e sposta l’analisi dal diniego (solo apparentemente illegittimo) del medico alla circostanza che - come lui stesso ha lamentato - era stato abbandonato da solo in sala operatoria per un intervento che va condotto per scienza medica da due chirurghi.

4 Il Nobel si racconta Incontro con Aaron Ciechanover, lo scienziato israeliano che nel 2004 ha vinto il premio Nobel per la chimica. La sua scoperta: il sistema che ripulisce le cellule dalle proteine inutili e dannose.

Il personaggio

“Dio, proteine e Nobel”

Premiato per aver scoperto la pulizia cellulare l'israeliano Aaron Ciechanover si racconta

di **SILVIA BENCIVELLI**

Ha ricevuto il Premio Nobel per la scoperta del servizio di nettezza urbana più efficiente al mondo: quello che ripulisce le cellule dalle proteine inutili e dannose. Era il 2004, la sua ricerca datava circa vent'anni e col tempo è diventata uno dei fondamentali della biomedicina che ha permesso lo sviluppo di tanta nuova scienza e di molte nuove terapie. Ma il biochimico Aaron Ciechanover ha anche altro da raccontare perché, insieme al suo maestro Avram Hershko (premiato con lui e con l'americano Irwin Rosc), è stato il primo scienziato israeliano a essere chiamato a Stoccolma.

Oggi continua con l'attività di ricerca al Technion di Haifa, città dove è nato nel 1947. E ha un legame particolare con Roma, dove viene spesso in quanto presidente dell'Advisory Board dell'Università Tor Vergata. Lo ha fatto anche la settimana scorsa e in quell'occasione ha raccontato a colleghi, studenti e amici un po' della sua storia intrecciandola a quella del suo Paese, al cui governo ha indirizzato critiche molto esplicite.

Gli inizi della vicenda scientifica di Ciechanover risalgono al 1957: «Haifa allora era una città molto piccola e povera, e appena uscivo di casa trovavo prati, fiori e animaletti. Così quando mio fratello grande andò all'estero per la prima volta, e mi chiese che cosa volessi in regalo, risposi: un microscopio! Quel microscopio ce l'ho ancora».

Crescendo però lo ha dovuto mettere da parte: «Tutte le mamme ebreo vogliono che i figli diventino medici o violinisti e la

mia non faceva eccezione». Da medico, tre anni di servizio militare («L'esperienza più formativa della mia vita: hai in mano la responsabilità concreta della tua vita e di quella degli altri»), qualche anno da chirurgo e infine un passaggio alla biologia, che avrebbe dovuto essere temporaneo e che invece è diventata la sua vita: «È vero, mi sono perduto in un angolo della biochimica».

La scoperta da Nobel è arrivata molto presto nella carriera di Ciechanover, praticamente subito, in un angolo della scienza che allora ai più sembrava poco interessante. La proteina a cui ha legato il nome è talmente diffusa in natura, e talmente simile in forme di vita anche molto diverse tra loro (come lieviti e mammiferi), che è stata chiamata “ubiquitina”. Identificata a metà degli anni Settanta, fu soltanto con i lavori dei tre Nobel che cominciò a svelare le sue funzioni: «Vi siete mai chiesti perché una bistecca fuori dal frigo vada a male in poche ore, mentre i nostri muscoli, alla stessa temperatura, non facciano la stessa fine? Perché il muscolo è vivo, e nelle cellule vive c'è un sistema che serve a tenere pulito. Quando non funziona, sono tumori, malattie neurodegenerative e così via».

Su quella scoperta se ne sono costruite altre da parte di altri ricercatori di tutto il mondo, e sono stati sviluppati farmaci e salvate vite. Per Ciechanover è arrivato il Nobel e il momento dell'impegno: «È nostro dovere di scienziati raccontare la scienza. Per questo ogni settimana vado nelle scuole, anche elementari e materne. Parlo con gli arabi, colpevolmente abbandonati dal nostro governo, e con gli ortodossi. E quando questi

mi dicono “io credo in Dio, non nella scienza” rispondo: fai bene. Perché la scienza non è qualcosa a cui si deve credere: è un sistema sperimentale verificabile, non una fede».

Ed è la scienza che è chiamata ad affrontare le sfide di un mondo sempre più affollato e inquinato: «I suoi risultati vanno a beneficio di tutti, e non importa che tu sia ebreo, arabo, europeo, cinese, indiano... Per questo sono convinto che la scienza sia un linguaggio di pace».

Quella stessa scienza che per Israele è diventata strategica per la vita del Paese, dall'agricoltura alla difesa: «Sono nato in una nazione povera, ricordo la guerra e mia madre coi voucher per il latte. Se le cose sono cambiate è perché si è investito nella scienza. Oggi siamo un Paese grande come un terzo di una città cinese, eppure Big China ci insegue per il successo che abbiamo nella scienza e nella tecnologia». E così si deve continuare a fare, investendo sui giovani: «La scienza è vita, e l'ossigeno sono i nuovi ricercatori. Come i miei collaboratori: giovani di enorme talento a cui chiedo il massimo. Ma chiedo anche di sapermi dire di no quando sbaglio, perché i migliori allievi sono quelli capaci di criticare il maestro». Quanto a lui, continua a divertirsi: «Non sento di avere un lavoro: la scienza per me assomiglia piuttosto a un hobby» ammette Ciechanover. «Per fortuna ho trovato una stupida università che non lo ha capito, e ogni mese mi paga uno stipendio per divertirmi».

© RIPRODUZIONE RISERVATA