



RASSEGNA STAMPA

10-05-2016

1. ECO DI BERGAMO Oncologi: sì del ministero alla «tassa» per i farmaci
2. SOLE 24 ORE SANITA' Aiom inaugura la scuola di umanizzazione e lancia l'allarme sull'abuso di markers - Markers tumorali alle stelle
3. CORRIERE DI BOLOGNA Terapia dell'osteosarcoma La svolta da un'intuizione
4. MATTINO PADOVA Melanoma in crescita del 5%
5. REPUBBLICA SALUTE E' maggio: occhio ai nei
6. QUOTIDIANOSANITÀ.IT L'endoresezione di melanomi dell'uvea può preservare la vista
7. ADNKRONOS Terapia sperimentale blocca tumori cerebrali più resistenti
8. ANSA Tumori, studio 30 anni esclude legame con telefoni cellulari
9. CORRIERE.IT La sfida più difficile di Acerbi «Ho battuto il cancro al testicolo»
10. DOCTOR33.IT I pazienti anziani operati di cancro polmonare sopravvivono più a lungo
11. LA STAMPA.IT Esercizi mentali contro i danni cognitivi della chemio
12. LA STAMPA.IT Una donna con il cancro ha anche problemi di aspetto: i progetti per aiutarla
13. QUOTIDIANOSANITÀ.IT Una maggiore partecipazione alla mammografia aumenta i benefici, ma anche la sovradiagnosi
14. QUOTIDIANOSANITÀ.IT Toscana. Al via il 'Progetto Valentina' per raccogliere fondi sotto forma di donazione alla Lilt
15. QUOTIDIANOSANITÀ.IT Successo per un altro caso di leucemia trattato con terapia cellulare
16. OK SALUTE Fai viaggiare la ricerca contro la leucemia mieloide acuta
17. QUOTIDIANOSANITÀ.IT Chirurgia spinale: interventi più precisi e con meno raggi grazie al nuovo O-ARM di Humanitas Neuro Center

18. PROVINCIA - CREMONA Il Cancer Center si farà. Ora ci sono anche i soldi
19. CENTRO PESCARA L'Asl le nega il farmaco salvavita
20. QUOTIDIANOSANITÀ.IT Roma. Scoperto falso medico che truffava i commercianti chiedendo soldi in beneficenza per la "Giornata oncologica"
21. TEMPO La Coop fa la guerra all'olio di palma
22. ITALIA OGGI A Google i dati di tre ospedali di Londra
23. REPUBBLICA BOLOGNA Allarme pesticidi nei corsi d'acqua in Emilia positivo l'84% dei prelievi
24. CORRIERE DELLA SERA Pesticidi nei fiumi quali sono i rischi?
25. REPUBBLICA Allarme pesticidi nell'acqua contaminato il 64% di fiumi e laghi
26. GAZZETTA DELLO SPORT Dobbiamo allarmarci se nelle acque italiane i veleni aumentano a causa dei pesticidi?
27. QUOTIDIANOSANITÀ.IT Acque contaminate. Rapporto ISPRA: +20% in quelle superficiali, +10% in quelle sotterranee. Pesticidi nel 64% di laghi e fiumi
28. QUOTIDIANOSANITÀ.IT Veneto. Smaltimento rifiuti sanitari, sanzioni per 20.000 euro
29. SOLE 24 ORE SANITA' Se bastano 6.133 contratti - Specializzazioni, 27 nuove scuole
30. SOLE 24 ORE SANITA' «Sanità 2.0» la rivoluzione resta sempre lontana
31. SOLE 24 ORE SANITA' Farmaci, le Regioni tagliano i prezzi - Pillole regionali solo low cost
32. CORRIERE DELLA SERA Negli ospedali di Atene che sono rimasti senza bisturi
33. CORRIERE DELLA SERA Solo l'autorità dello Stato può proteggere i cittadini
34. SOLE 24 ORE SANITA' A vele spiegate verso la laurea abilitante
35. CORRIERE DELLA SERA In sala operatoria con immagini 3D per ridurre i tempi dell'intervento
36. CORRIERE DELLA SERA Autonomia, investimenti e flessibilità - «cervelli» stranieri
37. MESSAGGERO Medici, via il vecchio test per ottenere l'abilitazione
38. SOLE 24 ORE SANITA' Priorità al capitale umano - La ricerca è il capitale umano
39. QUOTIDIANOSANITÀ.IT Appropriatelyzza. Ancora sul progetto Ermete dopo la lettera di Allineare Sanità e Salute
40. QUOTIDIANOSANITÀ.IT "Con l'H16 meno servizi ai cittadini. Non può essere la convenzione a cambiare il sistema. Se ne deve occupare il Parlamento". Intervista a Pina Onotri (Smi). L'11 maggio in piazza

Oncologi: sì del ministero alla «tassa» per i farmaci

1 cent per sigaretta

A Bergamo il presidente nazionale Aiom Carmine Pinto: consenso del governo per creare un fondo speciale

La proposta degli oncologi medici d'Italia, (proposta che ha un «marchio» d'origine decisamente bergamasco, visto che il segretario nazionale Aiom, Associazione italiana oncologi medici è Giordano Beretta, primario di Oncologia all'Humanitas Gavazzeni) di ipotizzare un «contributo» di un cent per ogni sigaretta da devolvere alla costituzione di un fondo nazionale per la sostenibilità economica dei nuovi farmaci antitumorali sta facendo passi avanti. E ha già riscosso anche il consenso del [ministero della Salute](#) e dell'Aifa: per raccontarlo è venuto a Bergamo - oltre che per una lecture su «Strategie e obiettivi dell'associazione italiana di oncologia medica» che si è tenuta all'Asst Papa Giovanni alla presenza, tra gli altri oncologi, di Roberto Labianca, già presidente Aiom e di Giordano Beretta - Carmine Pinto, presidente nazionale di Aiom. «Sia il [ministero della Salute](#) sia l'Aifa appoggiano il nostro progetto - evidenzia -. La nostra non vuole essere un'ipotesi di istituzione di una tassa di scopo, ma di una sorta di contributo per affrontare i pesanti volumi di spesa per la sanità pubblica che sono rappresentati dai nuovi farmaci antitumorali. Farmaci che stanno dando risultati inimmaginabili fino a pochi anni fa ma che come è noto hanno

altissimi costi, peraltro destinati ad aumentare: si ipotizza che con le nuove molecole prossime a essere immesse sul mercato la spesa, solo per l'Italia, in un anno o due potrebbe lievitare fino al 20%». Se solo a Bergamo, nel dettaglio all'ospedale Papa Giovanni (di fatto unico centro erogatore provinciale per alcuni farmaci, quali, per esempio quelli per il melanoma), si sono spesi quasi 40 milioni di euro per i nuovi farmaci (e tra questi costi c'è una pesante componente dei farmaci contro l'epatite, che cancellano il virus), è facile immaginare quanto salga la spesa per l'intero Paese. «L'obiettivo è quello di puntare a una sorta di «contributo» fisso, con un ritocco sul prezzo delle sigarette, per creare un fondo specifico per i nuovi farmaci antitumorali: le nostre stime si assestano su un'ipotesi di circa 750 milioni di euro in più a disposizione, con questo progetto, che potrebbero certamente essere una grande boccata d'ossigeno per tutta la sanità italiana - rimarca Carmine Pinto -. In Lombardia, che è una regione virtuosa, finora si è riusciti a far fronte ai costi di questi farmaci senza penalizzare i pazienti. Ma non è la stessa cosa per molte altre zone d'Italia. Importante, e questo va rimarcato sempre, fare rete: per razionalizzare e non razionare le risorse a disposizione dell'oncologia. Ora la parola passa alla programmazione economica dello Stato: molto dipende da quanto si vorrà investire nella sanità nel prossimo futuro».

Ca. T.



Dir. Resp.: Roberto Napoletano

**Aiom inaugura
la scuola di
umanizzazione
e lancia
l'allarme
sull'abuso
di markers**

ONCOLOGIA/ L'Aiom fa il punto sui progressi delle cure e la sopravvivenza dei pazienti

Markers tumorali alle stelle

Allarme degli oncologi sull'uso improprio dei marcatori: 13 mln l'anno

**Il 68% dei malati
vince il cancro**

«La sfida è spingere sempre più il sistema sanitario verso l'appropriatezza, un obiettivo che può essere raggiunto non solo grazie alle risorse, ma anche applicando modelli efficienti». È stato molto apprezzato l'intervento di **Mario Melazzini**, presidente Aifa (Agenzia italiana del Farmaco), che ha sintetizzato efficacemente quanto emerso nel convegno nazionale sullo Stato dell'Oncologia organizzato dall'Aiom lo scorso 28 aprile al Senato. Nel 2015 in Italia sono stati stimati circa 363.000 nuovi casi di tumore. Oggi il 68% dei cittadini a cui vengono diagnosticati tumori frequenti sconfigge la malattia. E però necessario che le strutture oncologiche siano da un lato distribuite in maniera uniforme sul territorio nazionale e dall'altro interconnesse in un sistema di rete che consenta a tutti i pazienti di accedere alle migliori terapie disponibili. Un aspetto sottolineato anche nell'intervento di **Emilia Grazia De Biasi**, presidente Commissione Igiene e Sanità del Senato. I progressi della ricerca, le campagne di prevenzione, i miglioramenti delle terapie e la disponibilità di strutture adeguate hanno consentito di ottenere un progressivo miglioramento dell'assistenza portando la sopravvivenza nel nostro Paese a livelli equivalenti, se non addirittura superiori, alla media europea.

Dal rapporto sullo "Stato dell'oncologia" è emerso l'allarme per l'utilizzo improprio dei marcatori tumorali. Questi test sono utilizzati in oncologia da più di 40 anni, ma oggi il loro uso sta diventando eccessivo rispetto al numero dei pazienti oncologici. Nel 2012 sono stati eseguiti in Italia oltre 13 milioni di marcatori tumorali a fronte di 2 milioni e 300mila italiani che vivevano dopo la diagnosi (oggi sono più di 3 milioni).

A oggi nessun marcatore tumorale si è dimostrato utile per la diagnosi precoce, quindi non devono essere utilizzati al di fuori dell'ambito strettamente clinico, ma impiegati in pazienti che hanno già avuto una diagnosi di specifiche neoplasie e solo in due situazioni: per la valutazione della risposta al trattamento e per la diagnosi di recidiva di malattia in persone già trattate. Le linee guida nazionali e internazionali definiscono ambiti ben precisi di utilizzo. Non devono quindi essere usati con intento di screening

per cancro in individui asintomatici e non possono essere considerati test diagnostici in presenza di sintomi. Dall'altro lato, l'Aiom ha costituito un tavolo di lavoro permanente con la Società italiana di Anatomia Patologica e Citopatologia (Siapec) per la caratterizzazione molecolare delle neoplasie in funzione terapeutica. Scopo principale di questo gruppo di lavoro è la creazione di una rete laboratoristica italiana diffusa sul territorio nazionale in grado di offrire con adeguata qualità test biomolecolari in oncologia. La creazione di una rete è infatti strumento indispensabile per garantire ai pazienti oncologici le analisi molecolari necessarie

per l'inquadramento diagnostico e la definizione della migliore strategia terapeutica. Analisi molecolari accurate sono indispensabili per garantire l'appropriatezza dei trattamenti, con particolare riguardo ai biomarcatori predittivi. Gli strumenti che il gruppo di lavoro utilizza per realizzare questa strategia sono rappresentati dalla stesura di raccomandazioni per i test molecolari, dalla organizzazione di eventi formativi specifici in patologia molecolare e dall'offerta di programmi di controllo di qualità per i principali biomarcatori predittivi. Negli ultimi anni, in seguito all'attenzione crescente nei confronti della componente ereditaria delle malattie tumorali, l'Aiom si è inoltre impegnata nell'implementazione di attività diagnostiche mirate alla valutazione del rischio eredo-familiare e nell'attivazione di percorsi di sorveglianza clinica e strumentale e di prevenzione, personalizzati e differenziati rispetto a quelli proposti alla popolazione generale.

Carmine Pinto

presidente nazionale Aiom
(associazione italiana di Oncologia medica)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



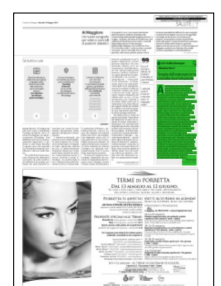


Terapia dell'osteosarcoma La svolta da un'intuizione

All'inizio del 1900 la probabilità di cura dell'osteosarcoma (il più frequente tumore dell'osso) era estremamente bassa: solo il 10% dei pazienti sopravviveva alla malattia, nonostante venissero quasi tutti amputati. Da allora le cose sono cambiate notevolmente. Oggi si riesce a guarire fino al 65-70% dei pazienti, con un numero di amputazioni estremamente basso. Questa evoluzione deriva da molti fattori, uno dei quali è stata, negli anni '70, la decisione dell'oncologo americano Gerald Rosen di occupare l'intervallo tra la diagnosi e l'intervento chirurgico (in genere circa due mesi, ovvero il tempo necessario alla produzione della protesi progettata per ogni singolo paziente) trattando i pazienti con chemioterapia. E questo fu il punto di svolta: l'introduzione della chemioterapia preoperatoria, in combinazione con la chirurgia e la chemioterapia post-operatoria, ha reso possibile la modulazione del trattamento post-chirurgico in base alla valutazione della risposta ai farmaci usati prima dell'intervento. Questo ha permesso di ridurre il numero di amputazioni ed ha portato la probabilità di guarigione fino ai livelli attuali. La più grande evoluzione della terapia dell'osteosarcoma deriva quindi dalla brillante intuizione di un oncologo che ha trasformato un tempo morto in un'opportunità di terapia efficace.

**Ricercatore*

© RIPRODUZIONE RISERVATA



OGGI AL CENTRO CULTURALE SAN GAETANO

Melanoma in crescita del 5%

Un convegno della Rete oncologica veneta sulla patologia

Il Centro Culturale S. Gaetano sarà oggi la sede di un nuovo importante appuntamento della Rov, la Rete Oncologica Veneto. Il Convegno, patrocinato dalla Regione e dal Comune di Padova, della durata di una giornata, si pone come obiettivo la valutazione delle problematiche emerse dall'introduzione della rete oncologica del Veneto per il melanoma. Presiedono il comitato scientifico il professor Carlo Riccardo Rossi, direttore della Chirurgia Oncologia e la dottoressa Vanna Chiarion Sileni, direttore Oncologia del Melanoma ed Esofago,

entrambi dello Iov Padova. Il melanoma cutaneo ha un incremento annuale del 5%, il più alto in assoluto, e colpisce entrambi i sessi. Pur essendo al dodicesimo posto per incidenza nella classifica generale dei tumori, è al primo posto per gli uomini e al secondo per le donne di età inferiore ai 50 anni; colpisce, cioè, prevalentemente l'età lavorativa. «In Veneto», dice il professor Carlo Riccardo Rossi, «l'incidenza del melanoma cutaneo è di 22 nuovi casi ogni centomila abitanti l'anno nella popolazione maschile e di 20 in quella femminile. Se dia-

gnosticato e trattato in fase precoce, nella maggioranza dei casi può guarire: finché il melanoma ha uno spessore inferiore a un millimetro, è sufficiente intervenire con un semplice intervento chirurgico di allargamento, per garantire una "quasi" guarigione. Quando, invece, il tumore viene riconosciuto in fase avanzata, le cose si fanno molto più difficili: la terapia chirurgica spesso non è risolutiva e, anche se recentemente ci sono stati importanti avanzamenti farmacologici, i trattamenti sono complessi, molto costosi e non danno le stesse garanzie».



Dir. Resp.: Mario Calabresi



È maggio: occhio ai nei

Il 67 per cento degli sportivi non utilizza la foto-protezione quando fa jogging al parco o va in bicicletta, come rivela un'indagine tra i cittadini di Roma e Milano. E se è vero che la consapevolezza dei possibili pericoli legati a un'inadeguata esposizione ai raggi solari è cresciuta del 35 per cento rispetto all'anno precedente l'indagine, la strada da fare in termini di prevenzione è ancora molto lunga. Eppure prevenire il melanoma è l'unico modo per contrastare efficacemente questo tumore causato essenzialmente dall'esposizione solare: non bisogna esporsi al sole senza una protezione adeguata ed è importante indossare indumenti protettivi, come cappellino, maglietta e occhiali da sole. Oltre alla prevenzione serve la diagnosi

precoce perché se identificato in stadio iniziale, il melanoma si può asportare chirurgicamente ed ha un tasso di guarigione molto alto. Per questo, è importante, soprattutto per chi ha la pelle chiara e/o passa molto tempo all'aria aperta, tenere sotto controllo le macchie della pelle e i nei.

Per sensibilizzare tutti alla prevenzione del melanoma torna anche quest'anno *Save Your Skin*, la campagna promossa da Euromelanoma Italia e La Roche-Posay: appuntamento il 13 e 14 maggio nei principali centri ospedalieri italiani per visite specialistiche gratuite.

Per informazioni: www.saveyourskin.it oppure chiamare il numero verde 800 161 121, attivo tutti i giorni dalle 8,30 alle ore 19,30 per prenotazioni.

marta musso

Lunedì 09 MAGGIO 2016

L'endoresezione di melanomi dell'uvea può preservare la vista

Secondo uno studio tedesco pubblicato sul British Journal of Ophthalmology , la pratica permette di conservare la visione utile nei pazienti con questa rara forma di tumore dell'occhio.

(Reuters Health) - L'endoresezione di grandi melanomi uveali permette la conservazione della vista in molti pazienti, secondo un articolo di alcuni ricercatori tedeschi pubblicato sul 'British Journal of Ophthalmology'. Fino ad oggi i trattamenti di recupero dell'occhio sono stati limitati per i grandi melanomi dell'uvea a causa di recidive locali del tumore, infiammazione intraoculare e altre complicazioni.

Eva Biewald della University Hospital di Essen ha esaminato con il suo team i risultati dell'endoresezione dopo una radioterapia neoadiuvante in una serie di 200 pazienti (età media 59,7 anni) con melanoma uveale di grandi dimensioni. Il più grande diametro del tumore al baseline è stato di 10-15 mm nella maggioranza dei casi (57%), e il 20,8% dei pazienti ha avuto tumori di dimensioni superiori a 15 mm di diametro, secondo l'articolo.

Prima dell'intervento, il 49,5% dei pazienti aveva acutezza di lettura (20/50 o migliore), il 37,1% ha avuto una corretta visione (da 20/400 a 20/50), e il 13,4% ha avuto acuità visiva peggiore di 20/400. Dopo un follow-up medio di 32,3 mesi, l'89% dei pazienti aveva conservato l'occhio interessato, con solo 22 pazienti che sono stati sottoposti all'enucleazione dopo una media di 12,55 mesi.

Dopo l'intervento, il 13,4% dei pazienti aveva una visione di lettura, il 33,6% ha mantenuto una visione utile, mentre il 53% era cieco. Solo il 5% dei pazienti ha avuto una recidiva locale (dopo una media di 12,05 mesi), e tutti tranne due sono stati trattati con enucleazione. Nel complesso, 45 pazienti (il 22,5%) sono deceduti durante il follow-up dopo una media di 40 mesi, con il 70% di tutti i decessi legati alla malattia metastatica.

"In sintesi, l'endoresezione con radioterapia preoperatoria sembra essere il trattamento da scegliere nei casi di grandi melanomi situati posteriormente, evitando l'enucleazione nella stragrande maggioranza dei casi, e preservare la visione utile a lungo termine senza aumentare l'incidenza dei rischi correlati al tumore", concludono i ricercatori.

Fonte: 'British Journal of Ophthalmology'

(Versione italiana Quotidiano Sanità/Popular Science)

<http://www.adnkronos.com>

Terapia sperimentale blocca tumori cerebrali più resistenti



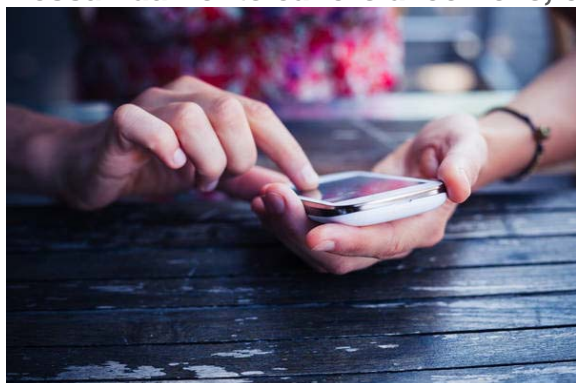
Una nuova terapia sperimentale **si è rivelata in grado - in test condotti su cellule umane e modelli animali - di bloccare tumori cerebrali aggressivi e resistenti alle cure.** Al centro dello studio multicentrico, diretto da ricercatori del Cincinnati Children's Hospital Medical Center - ci sono il glioblastoma e i gliomi. Il lavoro è pubblicato su 'Cancer Cell'. Il team ha testato un approccio multi-step, che si basa sulla terapia genica, per 'spegnere' un gene implicato nella formazione dei gliomi, chiamato Olig2. Rimuovendo il gene Olig2 si blocca la crescita tumorale, mentre l'eliminazione delle cellule che producono Olig2 interrompe la formazione del tumore.

Servono ulteriori test, spiega Qing Richard Lu, primo autore del lavoro, per verificare e raffinare la terapia sperimentale, che potrebbe rivelarsi utile "nel prevenire le ricadute di tumore al cervello in pazienti sottoposti a un'iniziale terapia che ha avuto successo".

<http://www.ansa.it>

Tumori, studio 30 anni esclude legame con telefoni cellulari

Nessun aumento cancro al cervello, campione di 34mila persone



Tumori, studio 30 anni esclude legame con telefoni cellulari

ROMA - L'utilizzo del cellulare non sembra aumentare il rischio di tumore al cervello. Lo afferma uno studio australiano basato su dati raccolti in 30 anni, pubblicato dalla rivista *Cancer Epidemiology*. I ricercatori hanno analizzato i dati di un campione di 14mila donne e 20mila uomini nel periodo compreso fra il 1987, anno dell'introduzione dei cellulari in Australia, e il 2013, contenuti nel registro tumori australiano in cui vengono obbligatoriamente iscritti tutti i pazienti che ricevono una diagnosi.

Nell'intervallo di tempo si sono registrati nel campione poco più di 1400 tumori al cervello, e l'unico aumento significativo dell'incidenza è stato visto negli over 70, probabilmente come risultato dei migliori metodi di diagnosi dato che il trend è iniziato prima dell'introduzione dei cellulari.

I numeri sono stati confrontati con quelli di un modello informatico che ha calcolato quanti casi ci sarebbero dovuti essere se le onde elettromagnetiche avessero effettivamente aumentato il rischio del 150%, ma il numero reale è risultato molto minore. "Il nostro studio - scrivono gli autori - segue quelli pubblicati negli Usa, in Inghilterra, nei Paesi nordici e in Nuova Zelanda, in cui non è stata trovata nessuna conferma del legame tra telefoni cellulari e tumori al cervello".

<http://www.corriere.it/salute/>

La sfida più difficile di Acerbi «Ho battuto il cancro al testicolo»

Il calciatore ha scoperto di avere la malattia durante una visita sportiva. L'urologo Francesco Sasso: «Si può guarire ma la diagnosi precoce è fondamentale»

di Margherita De Bac



Francesco Acerbi in campo (Getty Images)

Scoprire a 24 anni di avere un tumore è uno scossone che può avere ripercussioni importanti sul resto della vita. E se la scoperta riguarda un organo della sfera sessuale, chi ne è colpito rischia di rimettere in discussione il suo futuro. E psicologicamente ha la sensazione della fine. «Potrò mai avere un figlio?», si chiede; «Sarò in grado di riprendermi, riuscirò mai a dimenticare tutto questo?». Francesco Acerbi, difensore del Sassuolo, ha dimostrato a se stesso e agli altri che si può. Un anno e mezzo fa durante una visita sportiva gli hanno trovato un nodulo che non avrebbe dovuto esserci. Diagnosi purtroppo inclemente, operazione chirurgica per l'asportazione di un testicolo. E poi recidiva, metastasi, chemioterapia e radioterapia. Ma Acerbi non ha mollato. Dopo sei mesi, a conclusione della terapia, è tornato ad allenarsi. E ora sogna i campionati europei.

Dopo il pediatra

A un anno e mezzo dalla guarigione è tornato il calciatore di prima. Ma si può davvero usare la parola guarigione? In uno spot girato come testimonial della

campagna di prevenzione per il Congresso organizzato a Roma dal professor Francesco Sasso, lui afferma di sì. E raccomanda ai giovani di fare controlli fin dai 18 anni perché, con una diagnosi precoce, combattere la malattia è più facile. Sasso è specialista in Urologia e andrologia presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore-Fondazione Gemelli: «Lasciato il pediatra a 16 anni, i ragazzi andrebbero portati dall'urologo così come le ragazze vanno dal ginecologo. Il tumore alla prostata ha la più alta incidenza tra 20 e 40 anni, è la malattia oncologica più frequente nei giovani e nei giovani adulti. Si combatte con autopalpazione e visita dallo specialista».

Uomini a rischio

Gli uomini più a rischio sono quelli nati prematuri o con una ritardata «discesa» del testicolo. Una delle conseguenze è l'infertilità che viene evitata ricorrendo al congelamento del seme prima di avviare il trattamento. In futuro il paziente potrà avere figli utilizzando tecniche di fecondazione artificiale. Esiste anche la possibilità di una correzione estetica con la protesi che viene però rifiutata dal 25% degli uomini. «Nove casi su dieci si curano - aggiunge Sasso - e la quasi totalità dei pazienti dopo dieci anni sta bene». Acerbi è uno dei candidati agli Europei di calcio. Nel video tra l'altro ricorda che «il cancro al testicolo è il tumore più comune tra i giovani maschi, anche in chi pratica sport, ma se diagnosticato in tempo può essere battuto». E si torna a una vita normale.

<http://www.doctor33.it/>

I pazienti anziani operati di cancro polmonare sopravvivono più a lungo

I pazienti sopra i 65 anni vivono più a lungo dopo la chirurgia per cancro polmonare, e data la rapida crescita della popolazione anziana questo miglioramento della sopravvivenza è significativo. Ecco le conclusioni di uno studio pubblicato sugli *Annals of Thoracic Surgery* e coordinato da Felix Fernandez della Emory Clinic di Atlanta, che assieme ai colleghi ha incrociato i dati dei pazienti con tumore al polmone forniti dalla Society of Thoracic Surgeons (STS) con quelli dei Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS). «Il raggruppamento dei due archivi ha fornito un quadro generale di quanto avviene in termini di incidenza, prevalenza e mortalità» afferma Fernandez, precisando che i dati della Società di chirurgia toracica includevano 37.009 pazienti di 65 anni e più sottoposti a chirurgia per neoplasia polmonare tra il 2002 e il 2012, mentre quelli del Cms riguardavano altri 26.055 pazienti. «Incrociando i due archivi sono emerse informazioni vitali relative ai pazienti e ai risultati a lungo termine dell'operazione, compresi i tassi di riammissione ospedaliera, i reinterventi e la sopravvivenza a lungo termine» scrivono gli autori.

Secondo il National Cancer Institute, la sopravvivenza a 5 anni di tutti i pazienti con diagnosi di cancro polmonare negli Stati Uniti è di circa il 17%, e meno di metà dei pazienti operati è ancora viva dopo un quinquennio dall'intervento. Ma analizzando i dati STS-CMS i ricercatori hanno scoperto che la sopravvivenza mediana dopo la chirurgia per tumore al polmone in stadio iniziale era di 6,7 anni, quasi due anni in più rispetto al tasso di riferimento a 5 anni. Inoltre, lo studio ha dimostrato che la sopravvivenza a 5 anni nei pazienti anziani operati di tumore polmonare avanzato era del 29,9% in stadio III e del 26,7% in stadio IV. «Se confermati, questi risultati contribuiranno a mettere a punto strategie di trattamento mirate ai pazienti più anziani con cancro polmonare» conclude Fernandez, ricordando che il database STS, istituito a livello nazionale nel 1989, rappresenta il programma di miglioramento della qualità dei risultati in chirurgia cardiotoracica più grande del mondo.

Ann Thorac Surg. 2016. doi: 10.1016/j.athoracsur.2016.03.034

[http://www.annalsthoracicsurgery.org/article/S0003-4975\(16\)30136-9/abstract](http://www.annalsthoracicsurgery.org/article/S0003-4975(16)30136-9/abstract) .

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

Esercizi mentali contro i danni cognitivi della chemio

I disturbi riguardanti ad esempio la capacità di concentrarsi e di memorizzare, vanno sotto il nome di «chemo Brain» e sono dovuti all'effetto tossico della terapia farmacologica



NICLA PANCIERA

Un'efficace strategia per limitare gli effetti collaterali di tipo cognitivo della chemioterapia sarebbe costituita dalla **terapia cognitivo-comportamentale che, anche quando eseguita in videoconferenza**, riduce i problemi di memoria a lungo termine che i pazienti spesso lamentano. A dirlo uno [studio](#) appena apparso online sulla rivista Cancer.

I lievi disturbi cognitivi, **riguardanti ad esempio la capacità di concentrarsi e di memorizzare, vanno sotto il nome di «chemo Brain»** (o cervello chemio) e sono dovuti all'effetto neurotossico della terapia farmacologica.

Potendo perdurare anche una volta che il trattamento è cessato, influiscono negativamente sulla vita del paziente. Ma i ricercatori dell'Eastern Maine Medical Center e del Lafayette Family Cancer Center a Bangor negli Stati Uniti hanno visto che una particolare terapia cognitivo-comportamentale chiamata Maat («Memory and Attention Adaptation Training»), pensata per favorire la consapevolezza dei pazienti sui loro problemi di memoria, aiuta a prevenire o compensare questi disturbi.

Lo **studio è stato condotto su 47 persone sopravvissute al cancro al seno**: a quattro anni dal termine della chemioterapia sono stati sottoposti ad otto sedute di terapia cognitivo

comportamentale (dai 30 ai 45 minuti) o a una psicoterapia di supporto. A due mesi dalla psicoterapia, chi aveva beneficiato della Maat aveva meno ansia e meno disturbi di memoria rispetto agli altri.

Sono ormai numerose le evidenze dei cambiamenti funzionali nell'attività del cervello prodotti dalle terapie cognitivo-comportamentali. Tali modificazioni neurobiologiche determinano un miglioramento clinico nei pazienti. In ambito oncologico, inoltre, gli effetti della chemio e della radioterapia sul funzionamento cerebrale sono studiati da tempo, perché non sempre i disturbi post-trattamento scompaiono in fretta. **Una delle difficoltà risiede nel fatto che, se persistono più a lungo, variano notevolmente da persona a persona** e la loro relazione specifica con il trattamento è difficile da stabilire perché non si conosce la situazione cognitiva del paziente prima della diagnosi e del trattamento.

Pur ammettendo i limiti dello studio, come lo **scarso numero di soggetti reclutati**, il professor Robert Ferguson, lo psicologo clinico responsabile della ricerca, crede che questi incoraggianti risultati sull'efficacia della terapia cognitivo-comportamentale la indichino come una promettente soluzione da indagare ulteriormente per migliorare la qualità della vita dei pazienti. Non da ultimo perché, grazie alla diagnosi precoce e al crescente successo dei trattamenti, è in aumento la sopravvivenza oltre la diagnosi e la cura.

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

Una donna con il cancro ha anche problemi di aspetto: i progetti per aiutarla

Guidate dall'Ospedale San Raffaele di Milano iniziative per supportare le persone malate. Tre step fondamentali per affrontare la perdita dei capelli e il cambiamento fisico



Da sinistra Valentina Di Mattei (psicologa) e Giorgia Mangili (ginecologa) (Photo Guido Taroni)
FABIO DI TODARO

La priorità è rappresentata dall'individuazione delle cure più efficaci. Ma per una donna colpita da un tumore - [quello al seno](#) rimane il più frequente: 48mila le nuove diagnosi realizzate nel 2014 - anche le ricadute psicologiche sono notevoli e si riflettono soprattutto sulle **conseguenze estetiche che la malattia spesso comporta.**

È da questa presa di coscienza che negli Anni 80 è nata la **psiconcologia**, una branca della psicologia sviluppatasi con l'obiettivo di avvicinare la cura della mente a quella del corpo. Dopo anni di osservazione degli effetti, la svolta è avvenuta. Oggi **le più importanti strutture ospedaliere hanno unità specializzate di psiconcologia che aiutano le pazienti a «metabolizzare» gli effetti collaterali della malattia e a convivere con essa.** Come da

anni ripete Umberto Veronesi, il leit-motiv è cambiato: non si cura più la malattia, ma la persona. La parola d'ordine è «umanizzare» le cure.

[VIDEO: WALCE, INSIEME ALLE DONNE CONTRO I TUMORI \(CARUCCI\)](#)

DONNE ALLO SPECCHIO AL SAN RAFFAELE DI MILANO

È con questo obiettivo che nel 2013 è nato il progetto **Salute allo Specchio** (LINK: www.saluteallospecchio.it). A volerlo con decisione l'Ospedale San Raffaele di Milano (i servizi di psicologia clinica e della salute, l'unità operativa di ginecologia e ostetricia e il dipartimento di oncologia medica), la medesima università e l'[Associazione Volontari Ospedalieri di Segrate Onlus](#). La priorità dell'iniziativa - riservata alle donne in cura nella struttura che sorge alle porte del capoluogo meneghino - è quella di realizzare un intervento di supporto psicosociale alle pazienti con una malattia oncologica in corso di trattamento.

«L'intervento è indirizzato all'insegnamento di tecniche e strategie per gestire dal punto di vista estetico gli effetti collaterali delle terapie che impattano sull'aspetto fisico - afferma la psicoterapeuta Valentina Di Mattei, ricercatrice universitaria al San Raffaele e ideatrice di Salute allo Specchio -. Ciò permette **digestire meglio gli effetti collaterali dei trattamenti**, di migliorare la qualità di vita percepita, l'adattamento alla malattia e alle cure e riduce gli stati ansiosi e depressivi».

LA STRUTTURA DEL PROGETTO

Dopo un colloquio individuale, il progetto si articola in **una serie di tre incontri di gruppo nel corso dei quali vengono insegnate tecniche e strategie per gestire dal punto di vista estetico gli effetti collaterali delle terapie**.

Il primo appuntamento si apre con il fotografo che ritrae le pazienti prima dei trattamenti di bellezza. Tocca poi a una truccatrice illustrare - e mettere in pratica - le tecniche e le strategie di make-up. In questa fase entrano in scena anche i professionisti della [Clinica della Parrucca](#), chiamati a individuare il modello più appropriato per ogni paziente, e le stylist, cui è affidata la dimostrazione di come utilizzare e indossare il foulard (con o senza la parrucca).

La seconda giornata è invece dedicata alla pelle ed è gestita da specialiste **inestetica oncologica**. In primis una lezione sulle corrette modalità per prendersene cura durante le terapie oncologiche, successivamente la pratica e alcune indicazioni per valorizzare il proprio aspetto.

La terza giornata è un momento di **condivisione dell'esperienza vissuta ed è condotta dalle psicologhe presenti agli incontri**. «Si tratta della fase più importante, perché aiuta ciascuna delle partecipanti a inserire l'esperienza all'interno della propria storia di cura e personale», racconta Giorgia Mangili, responsabile dell'unità di oncologia ginecologica del San Raffaele. «Il confronto con altre donne che stanno vivendo un'esperienza simile offre un contesto in cui si condividono i vissuti e le emozioni e meglio si comprendono i sentimenti e i pensieri legati alla malattia».

UN TURBANTE PER LA SALUTE ALLO SPECCHIO

«Perderò i capelli?». «Non avrò più la forza di guardarmi allo specchio?». Sono queste le domande più ricorrenti che una donna, dopo aver ricevuto una diagnosi di tumore, rivolge spesso agli specialisti. Da qui l'idea maturata negli ultimi anni, e condivisa all'interno della comunità scientifica, di sostenere, anche in un momento difficile come quello delle cure oncologiche, l'estetica. Il tema sta oggi a cuore pure alle aziende, se Mantero Seta, eccellenza tessile comasca, ha realizzato [il turbante Vita](#) in diverse fantasie e colori. Lo stesso sarà infatti protagonista di una serie di scatti che saranno esposti martedì e mercoledì (10 e 11 maggio) negli spazi della Triennale di Milano, realizzati dal fotografo Guido Taroni. Volutamente fatti indossare a donne sane, coi turbanti si vuole valorizzare la bellezza e la femminilità di ogni donna: da qui il legame con il progetto Salute allo Specchio.

INIZIATIVE A SOSTEGNO DELLE DONNE CON TUMORE

Che l'attenzione emotiva nei confronti delle donne malate di tumore - e in generale nei confronti di tutti i pazienti oncologici - sia cresciuta negli ultimi anni lo dimostrano diverse iniziative. Dal 2013 l'[Associazione Professionale di Estetica Oncologica](#) organizza corsi mirati a diffondere le «conoscenze teoriche e pratiche necessarie per effettuare trattamenti di benessere e di bellezza su persone in terapia oncologica, a ogni stadio della malattia» e a oggi sono quasi cento le estetiste formate.

È una realtà consolidata pure [La Forza e il Sorriso](#), un programma attivo sul territorio nazionale che prevede l'organizzazione di laboratori di bellezza rivolti a donne affette da tumore. È cronaca di pochi giorni fa, invece, l'iniziativa di venti adolescenti di Altamura (Bari) - grazie alla collaborazione nata tra la scuola media «Ottavio Serena» e «Una stanza per il sorriso onlus», che nel reparto di oncologia dell'ospedale locale supporta le pazienti - che hanno tagliato i propri capelli affinché gli stessi fossero donati per la realizzazione di parrucche da riservare a un gruppo di malate oncologiche. Simile l'operazione che sempre nella provincia pugliese (a Santeramo) viene portata avanti da [Un Angelo per capello](#), attraverso cui vengono donate parrucche alle donne che non possono permettersi di acquistarne una. Sentirsi belle (anche) con un tumore oggi si può.

Twitter @fabioditodaro

Lunedì 09 MAGGIO 2016

Una maggiore partecipazione alla mammografia aumenta i benefici, ma anche la sovradiagnosi

Secondo un lavoro australiano, lo screening per il tumore al seno aumenta i vantaggi, ma tra gli effetti negativi ha anche il rischio di sovradiagnosi e di trattamenti non necessari. Per gli esperti è importante fornire alle donne un'informazione il più bilanciata e corretta possibile.

(Reuters Health) - Sia la riduzione della mortalità sia i tassi di sovradiagnosi associati alla mammografia aumentano con la crescita dell'adesione agli screening, secondo i risultati di una meta-analisi australiana condotta da **Gemma Jacklyn** della Sydney School of Public Health dell'università di Sydney. Il potenziale della mammografia nel ridurre il rischio per una donna di morire di cancro al seno deve essere bilanciato rispetto alla possibilità di danno fisico, psicologico e finanziario causato da diagnosi e trattamenti non necessari, ricordano i ricercatori. Utilizzando i dati della revisione sistematica inglese Panel 2012 su benefici e danni della mammografia, il team di Jacklyn ha presentato stime sulla riduzione della mortalità e sul rischio percentuale di sovradiagnosi per studi randomizzati e controllati di screening mammografico aggiustato in base all'aderenza. La frazione complessiva stimata di decessi per cancro al seno impediti dalla mammografia è stata dello 0,22, cresciuta allo 0,30 dopo l'aggiustamento per la non aderenza, secondo il rapporto pubblicato sul *'British Journal of Cancer'*.

Allo stesso modo, il rischio percentuale complessivo di sovradiagnosi del 19% è aumentato al 29,7% dopo l'adeguamento. C'era una significativa eterogeneità in entrambe le analisi, cosicché quando è stata utilizzata la media della partecipazione nel gruppo di screening in tutti i round, la prevented fraction di morti è aumentata a 0,34 e il rischio percentuale di sovradiagnosi al 32,1%. A causa di questa eterogeneità, i ricercatori suggeriscono di usare i dati locali per aiutare le persone a valutare rischi e benefici dello screening, in modo da rendere la scelta più informata.

"Quello che gli operatori sanitari devono fare è garantire che le donne che stanno prendendo in considerazione di effettuare una mammografia siano informate in modo accurato ed equilibrato sui vantaggi e gli svantaggi dello screening – afferma Jacklyn - Se una donna sceglie di essere sottoposta a mammografia, dovrebbe essere consapevole che sta accettando la possibilità di trarne un beneficio, non morire di cancro al seno e avere una vita più lunga, sapendo che c'è anche il rischio di sovradiagnosi e di trattamenti non necessari. Se una donna informata sceglie di non sottoporsi all'esame, dovremmo rispettare i suoi valori e le preferenze".

"Al momento c'è una mancanza di informazioni bilanciate e di indicazioni per decidere sullo screening mammografico e la necessità di sviluppare queste informazioni. – continua l'esperta - Jama ha sviluppato una pagina dedicata al paziente con una infografica utile che potrebbe essere utilizzata dai medici per facilitare la conversazione con le donne".

Shu-Ti Chiou, del ministero della Salute e del Welfare e della National Yang-Ming University di Taiwan, che ha recentemente rivisto i dati dello screening mammografico nel suo Paese, afferma che "il vantaggio della mammografia è significativo e coerente tra i trial randomizzati controllati di alta qualità, i benefici superano i danni, e molti governi hanno raccomandato alle donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni di effettuare una mammografia regolare (per esempio, ogni due anni). Tuttavia, i tassi di

screening in molti Paesi restano bassi. Perciò, non consiglio di aggiungere informazioni incerte e confuse per dissuadere le pazienti dall'intraprendere uno screening salva-vita, seppur doloroso".

"Quali sono le informazioni che possiamo dare ai pazienti sulla base di questo studio? - si chiede l'esperta - Credo che i pazienti devono essere informati che lo screening mammografico può ridurre il rischio di mortalità per cancro al seno di circa il 30% in media, ma un adeguato follow-up (e il trattamento, se indicato) dei risultati anomali è cruciale per ottenere i benefici, e uno screening regolare e periodico aiuterà a raggiungere vantaggi ancora superiori. Farlo all'interno della fascia di età ideale e con la corretta frequenza (non iniziare troppo presto o eseguirlo troppo frequentemente) contribuirà a ridurre le sovradiagnosi".

Fonte: *British Journal of Cancer*

Will Boggs

(Versione italiana Quotidiano Sanità/Popular Science)

Lunedì 09 MAGGIO 2016

Toscana. Al via il 'Progetto Valentina' per raccogliere fondi sotto forma di donazione alla Lilt

Valentina Pezzini Pallavicino, in occasione dei suoi 50 anni, ha organizzato una raccolta fondi per coprire all'80% le spese di trasporto per raggiungere il reparto di radioterapia dell'ospedale di ponte di Ponte a Niccheri da parte di pazienti in difficoltà economiche, ma non rientranti nella fascia coperta dal 'trasporto sociale'.

"Una bella collaborazione di tanti attori dove ciascuno ha messo un pezzetto a partire dall'idea solidale e generosa di una donna, Valentina Pezzini Pallavicino, che con la Lilt ha trasformato un problema individuale in un progetto a favore degli altri, e in particolare dei pazienti oncologici". Così l'assessore a sociale e diritto alla salute **Stefania Saccardi** ha presentato oggi il 'Progetto Valentina': grazie ai fondi raccolti da Valentina in occasione del suo 50esimo compleanno sotto forma di donazione alla Lilt, verranno ora coperte in misura dell'80% le spese di trasporto per raggiungere il reparto di radioterapia dell'ospedale di ponte di Ponte a Niccheri da parte di pazienti in difficoltà economiche, ma non rientranti nella fascia coperta dal "trasporto sociale".

I pazienti idonei a ottenere il rimborso **saranno segnalati peraltro dal personale medico dello stesso reparto radioterapico di Ponte a Niccheri.**

Alla presentazione sono intervenuti con Stefania Saccardi anche Sara Funaro, assessore al sociale del Comune di Firenze, Valentina Pezzini ("un'idea – ha detto - nata istintivamente quando ho compiuto 50 anni, per restituire almeno un po' di quanto ho ricevuto dopo la malattia che mi ha colpito anni fa"), e il presidente della Lilt Firenze Alexander Peirano, che ha dichiarato l'impegno dell'associazione "per trovare ulteriori fondi per rendere stabile il progetto Valentina e ampliare gli ospedali coinvolti"

"Un progetto molto bello – ha detto ancora Saccardi - che ha messo insieme la generosità di una persona e dei suoi amici, la Lilt che ha pensato il progetto, noi istituzioni che abbiamo dato mano a confezionarlo, e anche la cooperativa di tassisti So.co.ta che ha aggiunto un altro pezzetto, concedendo il 10 per cento di sconto a chi userà il taxi per andare all'ospedale Santa Maria Annunziata. Una bella dimostrazione dei risultati raggiungibili a livello di servizi di interesse collettivo, aggregando le forze dei vari soggetti, e dando come in questo caso a chi si imbatte nella malattia oncologica una risposta importante, a cui cercheremo di dare continuità"

"L'iniziativa presentata oggi dimostra ancora una volta il grande cuore e il profondo spirito di solidarietà dei fiorentini, sempre pronti a dare una mano a chi ha bisogno - ha commentato l'assessore **Sara Funaro** - La storia di Valentina e il suo bel gesto verso chi è meno fortunato, e oltre alla malattia si trova ad affrontare difficoltà economiche, è da prendere come esempio. Grazie a donazioni come la sua, la Lilt continua e amplia il suo impegno in prima linea al fianco dei malati oncologici più deboli, offrendo sostegno e servizi di qualità e contribuendo in questo caso specifico alle spese di trasporto delle persone sole e in difficoltà. La risposta importante data oggi dalla collaborazione tra Valentina, Lilt, Comune, Regione e tassisti della So.co.ta deve segnare l'inizio di un percorso più lungo e costruttivo".

Lunedì 09 MAGGIO 2016

Successo per un altro caso di leucemia trattato con terapia cellulare

Un'altra bambina, affetta da leucemia aggressiva e trattata con UCART19 di Cellectis, avrebbe risposto bene alla terapia. È il secondo caso dopo Layla. Il caso è stato presentato a Washington all'American Society of Gene & Cell Therapy annual meeting.

(Reuters Health) - Dopo il caso di Layla, la bambina di un anno affetta da leucemia e trattata con successo con una terapia cellulare sviluppata dall'azienda francese Cellectis, un'altra bimba avrebbe risposto bene allo stesso trattamento, restando in una fase di remissione dopo sei mesi dal trattamento. A renderlo noto è stata la stessa azienda. I dettagli sul caso clinico sono stati presentati all'American Society of Gene & Cell Therapy annual meeting che si è tenuto a Washington.

Entrambe le bambine sono state trattate al Britain's Great Ormond Street Hospital (GOSH) di Londra con un'iniezione di UCART19, il farmaco che 'aggiunge' nuovi geni alle cellule immunitarie di tipo T fornite da donatori sani, armandole contro la leucemia. In realtà, c'è bisogno di più tempo per capire se la terapia è una cura per la malattia o semplicemente ne rallenta la progressione. Ma il fatto che Layla stia ancora bene dopo 11 mesi dall'iniezione e che un secondo caso ha avuto successo fanno ben sperare. "Non ci sono ancora prove significative - ha dichiarato l'Amministratore Delegato di Cellectis, **Andre Choulika** -, ma ora abbiamo due casi. E questo dimostra che la terapia ha delle potenzialità".

La seconda bambina trattata al GOSH aveva avuto una diagnosi di leucemia a quattro settimane di vita ed è stata trattata con UCART 19 a dicembre, all'età di 16 mesi, dopo che altre terapie avevano fallito. Altre case farmaceutiche, inclusa Novartis, Juno Therapeutics e Kite Pharma hanno testato cellule-T geneticamente modificate, ma le cellule erano prese dallo stesso paziente. Mentre l'approccio di Cellectis utilizza le cellule di un donatore sano, in un processo che potrebbe portare a una fornitura su larga scala, per molti pazienti.

L'azienda di Biotech, che lavora con l'americana Pfizer e con la francese Servier, è convinta che il suo metodo sia più veloce ed economico rispetto a quello utilizzato da altre società, che richiede terapie specifiche per ogni paziente. In ogni caso, la sperimentazione clinica su UCART19 dovrebbero partire quest'anno.

Ben Hirschler

(Versione italiana a cura di Quotidiano Sanità/Popular Science)

<https://www.ok-salute.it/>

Fai viaggiare la ricerca contro la leucemia mieloide acuta



Un sacchetto con cioccolata e caffè negli autogrill, negli aeroporti e nelle stazioni ferroviarie per sostenere **la ricerca contro la leucemia mieloide acuta (Lam)**, una delle forme più gravi e diffuse dei tumori del sangue. È la campagna “[Fai viaggiare la ricerca](#)“, voluta da manager del settore dei trasporti per sensibilizzare chi viaggia sul valore della ricerca medica indipendente.

Al centro dell’iniziativa il sostegno a uno studio già avviato e promettente dell’[Istituto Mario Negri](#) di Milano, da realizzare in collaborazione con la [Fondazione Gimema](#), presieduta dall’ematologo **Franco Mandelli**.

La Lam colpisce dai bambini agli anziani, ma la sua incidenza è molto più frequente nell’età avanzata. **La terapia contro questa patologia si basa ancora oggi su schemi di poli-chemioterapia in uso da tempo**. Gli unici farmaci sperimentati che stanno dandobuoni risultati sono i derivati dell’acido retinoico, che studi condotti negli ultimi 20 anni dalla Fondazione Gimema hanno dimostrato svolgere un’importante azione terapeutica, in una varietà particolare di Lam, la forma promielocitica. **Recentemente l’Istituto Mario Negri ha osservato dei risultati in laboratorio che potrebbero indicare un’attività benefica anche su altre forme di Lam**. Ecco perché è fondamentale sostenere questa ricerca, che se

confermata rappresenterebbe una vera e propria rivoluzione per la vita dei pazienti e dei loro familiari.

«Si è dovuti ricorrere a questo tipo di sostegno – ha spiegato Silvio Garattini, presidente dell’Istituto Mario Negri – **perché il farmaco allo studio, derivato dalla vitamina A, ha il difetto di costare poco.** È quindi poco appetibile per l’industria. Questo studio, però, è importante perché potrebbe mettere a disposizione degli specialisti un nuovo trattamento per i pazienti con leucemia mieloide acuta. Nel nostro Istituto, infatti, abbiamo recentemente identificato una ‘impronta genetica’ costituita da una serie di geni attivi nella cellula leucemica in grado di predire la risposta all’acido retinoico, che non è un chemioterapico: **ha scarsa tossicità e limitati effetti collaterali**».

Gli fa eco Franco Mandelli che spiega che «proprio attraverso l’utilizzo dell’acido retinoico impiegato in uno studio promosso dalla Fondazione Gimema, per la prima volta al mondo, **abbiamo sconfitto una particolare forma di leucemia, la Leucemia acuta promielocitica. Speriamo che questo successo possa ripetersi**».

Francesco Bianco

Lunedì 09 MAGGIO 2016

Chirurgia spinale: interventi più precisi e con meno raggi grazie al nuovo O-ARM di Humanitas Neuro Center

Precisione millimetrica, controlli radiografici intraoperatori a dosi ridotte di raggi, tempi chirurgici dimezzati: tutto questo è possibile grazie al nuovo O-ARM installato presso Humanitas Neuro Center. Il sistema, il primo di questo tipo in Italia, si aggiunge alle altre 2 TAC di ultima generazione per la chirurgia spinale e cranica di cui è dotato l'ospedale.

Crolli vertebrali legati a traumi o tumori, spondilolistesi degenerative, scoliosi: grazie al sistema di ultima generazione O-ARM2 realizzato da Medtronic, è possibile trattare chirurgicamente queste patologie in modo più mirato, dunque meno invasivo. Con notevoli vantaggi per il paziente: minor esposizione ai raggi X, minor durata dell'intervento e, dunque, minor dolore postoperatorio e ripresa più precoce delle attività.

Il primo intervento di questo tipo in Italia è stato effettuato in questi giorni in Humanitas dall'équipe di **Maurizio Fornari**, responsabile di Neurochirurgia, in collaborazione con i chirurghi toracici guidati da **Marco Alloisio**. "Siamo intervenuti per via toracica - spiega **Fornari** - su una paziente di 78 anni affetta da ernia dorsale calcifica, che causando sofferenza del midollo spinale (mielopatia) porta progressivamente alla paralisi". Si tratta di una patologia estremamente complessa da trattare chirurgicamente. Interventi di questo tipo vengono effettuati solo in pochi centri in Italia.

"Grazie all'utilizzo di O-ARM2 - spiega **Francesco Costa**, neurochirurgo di Humanitas - abbiamo potuto individuare con precisione il disco da trattare, minimizzando l'asportazione del tessuto e riducendo il tempo operatorio di quasi un'ora. Questa nuova tecnologia, infatti, consente di acquisire in sala operatoria, durante l'intervento, un'immagine della zona da trattare simile a quella di una TAC, ricostruita in 3D, con un'altissima risoluzione ed una ridotta quantità di raggi X erogati".

"Fondendo quest'immagine con quelle diagnostiche della RMN - prosegue **Costa** - e trasferendole ad un sistema di neuronavigazione, il chirurgo può monitorare in tempo reale la procedura che sta effettuando - fondamentale essendo a contatto con strutture particolarmente delicate come quelle nervose della colonna -, verificando la traiettoria delle viti da impiantare ed utilizzando così il bisturi in modo estremamente preciso e mirato". La riduzione dei tempi chirurgici e la minor perdita di sangue, conseguenza della mininvasività dell'intervento, oltre al controllo informatizzato e preciso della correttezza della procedura durante e al termine dell'intervento, consentono di minimizzare le complicanze e aumentano la sicurezza per il paziente".

Presso Humanitas Neuro Center si trova il primo sistema di questo tipo installato in Italia e realizzato da Medtronic. Altri O-ARM2 si trovano in altri centri di primo livello in Europa. L'utilizzo di questa tecnologia è indicato nei traumi vertebrali e nell'instabilità della colonna, quando è necessario posizionare con estrema precisione le viti che sostengono le vertebre, nei tumori spinali, nelle mielopatie, nelle ernie vertebrali, nelle spondilolistesi degenerative (scivolamento di una vertebra su un'altra) e nella scoliosi.

O-ARM 2 è utilizzato anche per interventi cerebrali come la DBS (Deep Brain Stimulation) per il trattamento del Parkinson, di cui presso Humanitas Neuro Center si occupano l'équipe di **Alberto**

Albanese, responsabile di Neurologia, e di **Piero Picozzi**, responsabile Gamma Knife. O-ARM2 consente infatti sia di guidare con precisione millimetrica la mano del chirurgo nell'inserimento dell'elettrodo di stimolazione, sia di verificare la correttezza della procedura effettuata grazie al sistema di imaging intraoperatorio.

Cremona. Da Stato e Regione arrivano 7 milioni di euro, lo stanziamento approvato ieri

Il Cancer Center si farà Ora ci sono anche i soldi

CREMONA — L'annuncio era arrivato lo scorso 18 marzo: era stato il governatore Roberto Maroni, al termine della visita all'ospedale Maggiore, a garantire: «Il primo tassello del polo oncologico verrà completato entro la fine dell'anno». Impegno mantenuto: ieri pomeriggio la Regione ha approvato uno stanziamento complessivo di 7,4 milioni di euro destinato al Cancer Center.

► Cabrini e Gandolfi a pagina 12

Il Cancer Center si farà Un sogno che si realizza

I lavori propedeutici erano già partiti utilizzando i fondi raccolti dai Rotary: adesso diventa davvero possibile la complessiva riqualificazione di tutto il servizio Malvezzi: «Mantenuto l'impegno preso da Maroni a supporto di un progetto strategico anche per la ricerca»

Sanità
Polo oncologico
al Maggiore

Da Stato e Regione
oltre 7 milioni di euro
Lo stanziamento
è stato approvato ieri
per ristrutturazione
e riorganizzazione

di Mauro Cabrini

L'annuncio era arrivato, alla stregua di una promessa, lo scorso 18 marzo: era stato il governatore Roberto Maroni, al termine della visita all'ospedale Maggiore, a garantire «il primo tassello del polo oncologico verrà completato entro la fine dell'anno: sarà il nostro regalo di Natale».

Impegno mantenuto: ieri pomeriggio, nella settimanale seduta di giunta, la Regione ha approvato uno stanziamento complessivo di sette milioni e quattrocentomila euro (sette milioni e trentamila dallo Stato, 370mila dal Pirellone) destinato al Cancer Center. Che diventa così, con quei soldi a disposizio-

ne per la sua realizzazione, un sogno che si trasforma in realtà a spettando solo di essere completato. E che rispettando le attese e potenziando l'offerta della locale Asst, accoglie le istanze di una platea purtroppo vasta rispondendo in modo ancora più efficiente al collegato bisogno di cura attraverso un'area oncologica multidisciplinare.

«Sosteniamo un progetto — entra nel dettaglio il consigliere regionale del Nuovo Centro-destra Carlo Malvezzi, a conclusione della seduta di giunta — nato dall'intuizione di alcuni medici del nostro ospedale e dell'attuale direttore generale, Camillo Rossi, e che nel tempo si è perfezionata diventando obiettivo strategico per la città e per il territorio. Non si tratta solo di un consistente intervento di adeguamento

strutturale, ma anche di un diverso modo di curare la persona che Regione Lombardia ha deciso di inserire tra gli interventi che mirano ad aumentare il livello della strumentazione tecnologica delle aziende socio-sanitarie territoriali lombarde. Con orgoglio, dico che siamo di fronte all'ennesimo esempio di una Regione che guarda con particolare attenzione al nostro territorio e di una buona politica che sa riconoscere e premiare i progetti che meritano. Da questo si riconoscono autorevolezza e se-



rietà degli amministratori».

Molti, secondo il consigliere di Ncd, i meriti di questo successo. Li elenca, Malvezzi: «La competenza dei medici e dei sanitari cremonesi, la lungimiranza dell'attuale direzione generale dell'Asst che ha dato forma ad una giusta intuizione, la tenacia delle associazioni degli ammalati che svolgono un ruolo prezioso e insostituibile sia per l'accompagnamento dei pazienti, sia in termini di supporto all'attività di ricerca; e poi i tanti Rotary Club che con numerosi service hanno raccolto importanti risorse utilizzate per dare avvio alla prima fase dei lavori del progetto. Sono convinto — conclude Malvezzi — che il progetto dell'area oncologica multidisciplinare rappresenti per la sua

rilevanza una vera e propria opportunità di rilancio di Cremona come luogo di accoglienza e di cura: abbiamo competenze, conoscenze e intelligenze perché questa occasione sia colta in tutte le sue potenzialità».

La riqualificazione, che già incominciata consentirà anche di riorganizzare in modo complessivo il presidio ampliando la neurochirurgia al secondo piano, riguarderà in particolare una parte del quarto piano del Maggiore, dove un settore del reparto sarà dedicato alla 'salute della donna' (unità operative Patologia mammaria-Breast Unit) e dove saranno raggruppate le strutture mediche, chirurgiche e di laboratorio in ambito oncologico già presenti in ospedale. Progetto complessivo da sette milioni di euro, dunque interamente coperto dalla Regione. Con fondi che si aggiungono, tra l'altro, a quelli raccolti nel tempo dai Rotary e da altri benefattori, che hanno accumulato in pochi mesi 750mila euro, il 10 per cento dell'importo totale. Che adesso, da ieri, non è più un problema.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il governatore
Roberto
Maroni



Il consigliere
regionale
Carlo Malvezzi



Maroni
e Malvezzi
di fronte
alle tavole
del progetto
del Cancer
Center
durante
la visita
al Maggiore
lo scorso
marzo

L'Asl le nega il farmaco salvavita

Malata di cancro in cura a Chieti: «Abita nel Pescara, non ne ha diritto» ■ IN PESCARA

LA SANITÀ PUBBLICA IN GINOCCHIO

Farmaco salvavita negato a donna malata di cancro

L'Asl: «Stop medicine ai non residenti». Una pescarese dopo le analisi e prima della chemio ritira il farmaco al paese e va in ospedale a Chieti con la borsa frigo

di **Lalla D'Ignazio**

■ PESCARA

Quando la sanità pubblica guarda solo ai bilanci (sempre più malmessi) e perde di vista la mission su cui è fondata, ovvero la cura del cittadino, accade anche che una donna malata di cancro per sottoporsi a chemioterapia debba andare su e giù per chilometri lungo le scassate strade dell'Abruzzo solo per procurarsi il farmaco salvavita che le deve essere iniettato.

Sotto il maglio della sanità sempre più inumana e burocratizzata c'è Giovanna (nome di fantasia a tutela della privacy) casalinga di Abbatteggio che per il suo tumore ha scelto di curarsi all'ospedale clinicizzato Santa Maria Annunziata di Chieti, più vicino al suo paese di quello di Pescara. Ogni mese deve sottoporsi alla terapia, ma prima deve eseguire una serie di analisi per capire se il livello di piastrine, globuli bianchi e quant'altro sia "sufficiente" perché il farmaco necessario le possa essere iniettato senza problemi. Dallo scorso aprile però c'è una nuova circolare della direzione aziendale che prevede che i pazienti non residenti nel

territorio della Asl di Chieti-Lanciano-Vasto debbano procurarsi la medicina prescritta esclusivamente nella farmacia dell'ospedale della loro provincia. Dunque, Giovanna deve arrivare di buon mattino al day hospital, sottoporsi al prelievo del sangue, attendere l'esito dell'esame e, se il controllo è positivo, prendere l'impegnativa del medico con la prescrizione del medicinale, andare fino alla farmacia dell'ospedale civile di Pescara munita di borsa frigo per la corretta conservazione dello stesso, prenderlo e tornare al reparto di Chieti perché venga inoculato. Di questo va e viene, date le condizioni fisiche della signora, si occupa il marito, impiegato in una ditta privata di Bussi, che data la situazione gode dei permessi sul lavoro assicurati dalla legge 104. Non per i tanti malati è così, molti sono soli, anziani, con parenti e familiari impegnati in lavori precari e senza garanzie. Inoltre ce ne sono che si muovono per andare a Chieti anche dall'Aquila, Teramo, Avezzano...

Dalla direzione aziendale si apprende che questa divisione territoriale per la distribuzione dei farmaci tra residenti e non

residenti è una necessità per il contenimento della spesa farmaceutica: unica possibilità per evitare la bancarotta in buona sostanza. Ovvero, non ci sono soldi, ci sono farmaci - oncologici e non solo - che hanno costi altissimi, e dunque se, come avveniva, vengono forniti anche a chi viene da altra Asl, non ne rimarrebbero per gli iscritti a Chieti. Con il meccanismo della compensazione - rimborso dalla Asl di provenienza del paziente - le spese verranno recuperate, ma occorrono di media tre anni e nel frattempo si rischia «il fallimento». Differenziazioni tra chi ha prescrizioni per una distorsione e chi lotta contro un cancro non ne sono state fatte.

Si è proceduto col taglio indifferenziato orizzontale: questa per la Asl chietina (e non solo) è l'unica possibilità per tenere i conti in ordine e garantire le cure ai propri iscritti. «Inumano», osserva sbigottito il marito di Giovanna. È un colpo anche all'impegno di medici e infermieri per creare servizi di eccellenza che siano attrattivi per pazienti da ogni dove: un bene per chi ha bisogno di cure e anche per le casse della Asl.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Lunedì 09 MAGGIO 2016

Roma. Scoperto falso medico che truffava i commercianti chiedendo soldi in beneficenza per la "Giornata oncologica"

L'uomo, agli arresti domiciliari, era già stato indagato in passato dalla Squadra Mobile di Latina e dal commissariato di "Anzio – Nettuno" per il reato di usurpazione di titolo e deferito per esercizio abusivo della professione medica.

Si spacciava per un medico e andava in giro per gli esercizi commerciali a chiedere soldi in beneficenza a favore di una raccolta fondi per la "Giornata oncologica". A scoprire la truffa è stata la Polizia di Stato del commissariato distaccato "Albano Laziale", che durante un controllo di carattere amministrativo, avvenuto nei giorni scorsi presso un deposito di rottamazione-auto sulla via Nettunense, a Marino, è venuta a conoscenza di una raccolta fondi che si stava svolgendo in quella zona a favore, appunto, di una presunta "giornata oncologica".

"Incuriositi – riferisce una nota della Polizia -, hanno chiesto al promotore di tale iniziativa, S.C.G. 66enne romano, altri particolari. Il racconto dell'uomo però, è parso poco credibile. Ha detto infatti, di essere un medico e, che stava organizzando un raduno d'auto d'epoca per la raccolta di fondi, a scopo benefico, chiedendo a tutti gli esercizi commerciali della zona di voler aderire all'iniziativa. Di fatto, stava riscuotendo anche dal proprietario del deposito-auto, un contributo e, su richiesta degli agenti, esibiva la fattura rilasciata per lo stesso importo. I poliziotti, nel frattempo, sia con riscontri eseguiti alla camera di commercio che, presso l'albo professionale dei medici, si erano informati che non vi era in programma nessuna manifestazione del genere, indetta nella zona dei castelli romani".

Scoperta la truffa, la perquisizione veniva estesa anche presso l'abitazione del "finto" medico, dove la Polizia ha rinvenuto e sequestrato numerose altre fatture emesse sempre per lo stesso scopo "benefico", nonché quattro timbri riportanti le medesime diciture e diversa documentazione relativa ad un conto corrente bancario, dove l'uomo riscuoteva i bonifici.

Lo stesso uomo, spiega infatti la nota, "risultava indagato per simili episodi, in passato dalla Squadra Mobile di Latina e dal commissariato di 'Anzio – Nettuno', in ordine al reato di usurpazione di titolo e deferito per esercizio abusivo della professione medica".

Al termine delle indagini, gli agenti del commissariato hanno arrestato dell'uomo per il reato di truffa continua.

E l'acqua è piena di pesticidi Olio di palma pericoloso Sostituiti cento prodotti

Caleri e Zappitelli → alle pagine 10 e 11

ALLARME SALUTE

La Coop fa la guerra all'olio di palma

Il gruppo annuncia che lo eliminerà da tutti i prodotti con il suo marchio
La scelta dopo l'allarme dell'Efsa: contiene sostanze tossiche e cancerogene

Paolo Zappitelli
p.zappitelli@iltempo.it

■ Via l'olio di palma da tutti i prodotti alimentari che hanno il marchio Coop. Il colosso delle cooperative, da sempre attento alla sicurezza dei cibi venduti nei suoi supermercati, è il primo a prendere una decisione drastica dopo l'allarme lanciato la settimana scorsa dall'Efsa, l'agenzia per la sicurezza alimentare: alcune sostanze contenute nell'olio di palma possono essere tossiche o cancerogene. E ha sconsigliato il consumo di cibi che lo contengono specialmente ai bambini.

Quella dell'agenzia alimentare è l'ultima tappa di una polemica che si trascina ormai da oltre un anno sulle possibili conseguenze dannose per l'organismo di questo prodotto, il più usato dall'industria alimentare per la preparazione di merendine, biscotti, dolci e, in alcuni casi, per gli snack a base di cioccolata. Il motivo è semplice: l'olio di palma ha un prezzo inferiore rispetto ad altri olii e se ne produce una gran quantità. Ma i vari organismi mondiali della sanità da tempo lo hanno messo sotto controllo per verificarne pregi e difetti. Ora lo studio dell'Efsa sembra aver confermato i timori dei consumatori già emersi in passato. Così la Coop ha deciso drasticamente di eliminarlo dai prodotti venduti con il suo marchio, coerentemente – ha spiegato il gruppo in una nota – con il «principio di precauzione» da sempre applicato.

«Per questi prodotti – si legge ancora – Coop accelererà il processo di sostituzione dell'olio di palma, privilegiando l'impiego di olio extravergine di oliva o olii mono semi e ricorrendo a ricette e formulazioni nutrizionalmente più equilibrate». L'eliminazione avverrà comunque con gradualità. L'azienda ha annunciato di aver già sostituito l'olio di palma in oltre 100 prodotti con il suo marchio; tra questi quelli delle linee destinati ai bambini «Crescendo» e «Club 4-10», della linea «Viviverde» e la crema spalmabile Solidal Coop. Nei prossimi mesi, è l'assicurazione, l'olio di palma verrà sostituito «nei rimanenti 120 prodotti con il nostro marchio».



A Google i dati di tre ospedali di Londra

DeepMind, la filiale britannica di Google dedicata all'intelligence, ha firmato un accordo con il Royal Free Nhs Trust, che gestisce tre ospedali a Londra e che dipende dal Servizio sanitario nazionale. In virtù di tale accordo, i dati di oltre 1,6 milioni di cittadini britannici saranno analizzati da DeepMind. Infatti, l'intesa prevede l'accesso ai dati sanitari dei pazienti dei tre ospedali, oltre a quelli di coloro che hanno frequentato tali strutture negli ultimi cinque anni.

Lo scorso febbraio DeepMind aveva annunciato lo sviluppo di una applicazione dedicata al trattamento delle malattie epatiche. Tuttavia, secondo il settimanale britannico, *New Scientist* l'accordo prevede un campo d'azione molto più ampio: DeepMind starebbe infatti preparando una piattaforma che permetterebbe di analizzare altri dati: dossier medici, percorsi di cura, esiti di esami ecc. Scopo della piattaforma, aiutare il personale medico nelle diagnosi e prevenire il rischio di malattie. L'intesa prevede tuttavia alcuni limiti: Google infatti non è autorizzata a utilizzare per altre attività i dati raccolti. Inoltre tali dati dovranno essere conservati da un'impresa terza situata in Gran Bretagna. Infine, essi saranno cancellati al termine ufficiale dell'accordo, nel 2017.

Dal canto suo, il Royal Free Nhs Trust ha precisato in un comunicato che i dati utilizzati da DeepMind non permetteranno in alcun modo di identificare i pazienti e che il trasferimento di essi sarà effettuato in maniera cifrata. Tuttavia nell'accordo si fa menzione di dati che invece permettono l'identificazione, come nomi, fotografie o numeri della Sicurezza sociale. Mentre non è affatto specificato il modo in cui i pazienti possano chiedere il ritiro dei propri dati.



Allarme pesticidi nei corsi d'acqua in Emilia positivo l'84% dei prelievi

L'Ispra: la regione è terza in Italia Veleni anche nelle falde sotto terra

MARCO BETTAZZI

TROPPI pesticidi nei fiumi, nei laghi e nelle falde dell'Emilia-Romagna. Ne sono state trovate tracce nell'84% dei punti di prelievo per le acque superficiali e in più di una riserva sotterranea su cinque. E anche se sono meno i punti con risultati oltre i limiti di legge, è pur vero che nel primo caso siamo 20 punti oltre la media nazionale. Lo dice l'Ispra, l'Istituto superiore per la protezione e la ricerca ambientale, nel suo rapporto sui pesticidi pubblicato ieri.

Sono proprio i ricercatori a mettere in guardia: «La contaminazione è più ampia nella pianura padano-veneta», dove la pressione dell'agricoltura è più pesante. Le analisi del 2014 dicono che in 130 punti di prelievo su 154 per le acque superficiali, nell'84,4%, sono state trovate tracce di pesticidi, contro una media nazionale del 63,9%. Solo Toscana e Umbria fanno peggio. E residui sono poi spuntati nel 57% dei campioni, con 66 sostanze diverse trovate, soprattutto Imidacloprid, un insetticida, e gli erbicidi Terbutilazina e Metolaclor. Il risultato potrebbe peggiorare se la nostra regione cercasse (come in Italia fanno solo Lombardia e Toscana) anche il glifosato, principale responsabile dell'inquinamento delle acque al centro di una diatriba tra studiosi sul suo potere cancerogeno. Un

po' meglio va per le falde, col 22,4% che hanno rivelato residui contro il 31,7% in Italia, anche se la situazione peggiora rispetto al 2011, quando era l'11,1%. Più bassi invece i punti che presentano valori oltre i limiti di legge per l'ambiente, con 17 stazioni oltre soglia per le acque superficiali (l'11%), concentrate a Ferrara, nel Piacentino, a Ravenna, Faenza e Riccione. Mentre nelle falde i punti oltre i limiti sono 11, tra cui Imola e Sala Bolognese. A rassicurare gli emiliani, però, interviene l'Ispra stesso. «Qui si trovano più sostanze perché c'è molta agricoltura ma anche perché si fanno più analisi - spiega Pietro Paris, che ha curato il rapporto - Ogni sostanza chimica però è artificiale e indesiderata, bisogna comunque fare di più, a partire dalla ricerca del glifosato, che l'Emilia non fa. Molto pericolosa è poi la presenza di diverse sostanze combinate». «Ne troviamo di più perché lavoriamo bene, ma cercare il glifosato è molto complesso e costoso. Sul risultato delle falde incidono quelle che abbiamo incluso da poco - continua Donatella Ferri, responsabile acque dolci di Arpa - La Regione ha previsto misure di intervento in risanamento e agricoltura». Anche Hera rassicura: «Nell'acqua potabile non ci sono tracce di pesticidi, se preleviamo nelle zone a rischio interveniamo con filtri».

GRIPRODUZIONE RISERVATA



I CONTROLLI
La sede dell'Agenzia regionale per l'ambiente



Pesticidi nei fiumi quali sono i rischi



**Il dossier: glifosato e altri agenti chimici contaminano il 64% di laghi e ruscelli
Allarme anche per le falde sotterranee
Gli esperti: «Non sono acque potabili
eventuali pericoli solo a lungo termine»**

Più pesticidi in fiumi, laghi e torrenti italiani. La presenza di sostanze chimiche in acque di superficie è in crescita ed è stata riscontrata anche in quelle estratte dal sottosuolo per l'irrigazione. Sono i dati contenuti nell'ultimo rapporto pubblicato da Ispra, l'Istituto superiore per la protezione e la ricerca ambientale, che lo invia ai ministeri competenti affinché costituisca eventuale spunto di interventi. Ma gli esperti tranquil-

lizzano: «Non c'è rischio per la salute, siamo molto al di sotto della soglia di sicurezza per l'uomo». I pesticidi sono presenti nel 63,9% dei punti controllati e nel 21,3% si registrano concentrazioni superiori agli standard di qualità ambientale. Aumentati soprattutto fungicidi e insetticidi. Residui di pesticidi sono stati rinvenuti in profondità protette da strati geologici difficilmente permeabili.

M.D.B

1 Perché e come l'Ispra raccoglie i dati poi riportati nel rapporto sui pesticidi nelle acque?

Pietro Paris, responsabile sostanze pericolose dell'Istituto superiore per la protezione e ricerca ambientale: «L'obiettivo è fornire informazioni regolari sulla qualità della risorsa idrica italiana in relazione ai rischi legati alle sostanze tossiche. Le Regioni inviano i dati a Ispra che svolge un ruolo tecnico e di coordinamento. L'evoluzione della contaminazione idrica viene seguita dal 2003. Il rapporto viene inviato ai ministeri di Ambiente e Salute perché ne traggano eventuale fonte di iniziative».

2 Dove si trovano le acque di superficie (laghi, fiumi o torrenti) più contaminate dai pesticidi?

Paris: «La maggior parte delle situazioni negative ri-

guardano il nord e questo dipende da controlli più attenti e regolari, in particolare in Veneto, Lombardia, Emilia Romagna, contaminate per il 70%. Il picco è raggiunto da Toscana e Umbria (90-95%). Per quanto riguarda le acque sotterranee, usate per pozzi e fontane, la maggiore concentrazione è stata riscontrata in Lombardia, Friuli e Sicilia. Abbiamo trovato 224 sostanze diverse e questo aumento rispetto al rapporto precedente denota anche la maggiore efficacia delle indagini».

3 Quali sono gli effetti dei pesticidi sulla salute?

Emanuela Testai, tossicologa dell'Istituto superiore di sanità: «Sono sostanze molto diverse chimicamente. Ogni classe ha bersagli e meccanismi differenti e parliamo di centinaia di agenti chimici. In agricoltura si usano tutti per

eradicare malerbe, proteggere alberi e radici e combattere le malattie delle specie vegetali. In teoria tutti i pesticidi sono potenzialmente pericolosi per l'uomo ma dipende dalle dosi di assorbimento. I limiti posti a livello internazionale sono ad altissima sicurezza, inferiori alle dosi ritenute accettabili per la salute».

4 E i pesticidi dissolti in acqua?

Testai: «I dati dell'Ispra riguardano solo le acque superficiali, dunque fiumi, laghi o torrenti, e quelle sotterranee. Sono acque che arrivano all'uomo in modo estremamente limitato, per cui il rischio per la salute è vicinissimo allo zero. Il rischio zero in natura non esiste. Chiarisco, non si tratta di acque potabili che ricadono sotto altri tipi di controlli e certo non contengono pesticidi».



Dir. Resp.: Luciano Fontana

5 Tra i pesticidi c'è anche il glifosato, agente potenzialmente cancerogeno secondo l'Oms?

Testai: «Sì, c'è. Ci sono state molte polemiche sul glifosato, l'erbicida più diffuso al mondo, ma l'Agenzia europea per la sicurezza alimentare ritiene che la sua presenza potrebbe avere effetti a lungo termine sulla salute umana solo con un consumo imponente e continuativo, ad esempio bisognerebbe bere ogni giorno mille litri di birra contenenti microgrammi di glifosato inferiori allo zero».

In altre parole, non bisogna preoccuparsi di passeggiare sulla riva di un fiume. E bene però che certi fenomeni vengano monitorati».

7 Sono stati trovati nelle acque solo pesticidi?

Paris: «I pesticidi sono le presenze più comuni perché vengono distribuiti direttamente sul suolo nelle stagioni piovose e dunque è più facile che finiscano nelle acque. Fungicidi e insetticidi sono i più segnalati anche perché abbiamo ampliato l'elenco delle sostanze da ricercare».

6 Quale messaggio deve arrivare al consumatore?

«Il rapporto dell'Ispra non indica un pericolo immediato per l'uomo, ma è bene che l'Agenzia per l'ambiente esegua controlli affinché vengano rispettati i limiti di sicurezza.

8 Il fenomeno è tipico dell'Italia?

Paris: «No, gli altri Paesi hanno lo stesso problema ma non tutti hanno come noi la capacità di monitorarlo in quanto non prevedono controlli altrettanto attenti».

Margherita De Bac

© RIPRODUZIONE RISERVATA

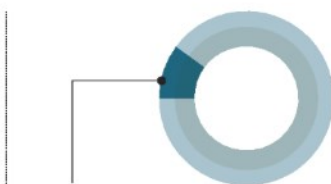
L'istituto

● L'Ispra (Istituto superiore per la protezione e la ricerca ambientale) è un ente di ricerca vigilato dal ministro dell'Ambiente

Il rapporto



+20%
l'aumento dei pesticidi nelle acque superficiali (fiumi, laghi, torrenti)



+10%
l'aumento dei pesticidi nelle acque sotterranee

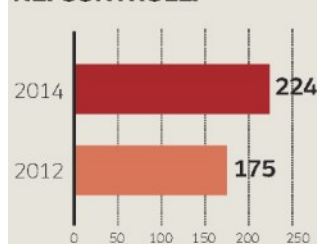


63,9%
le acque superficiali contaminate



31,7%
le acque sotterranee contaminate

LE SOSTANZE TROVATE NEI CONTROLLI



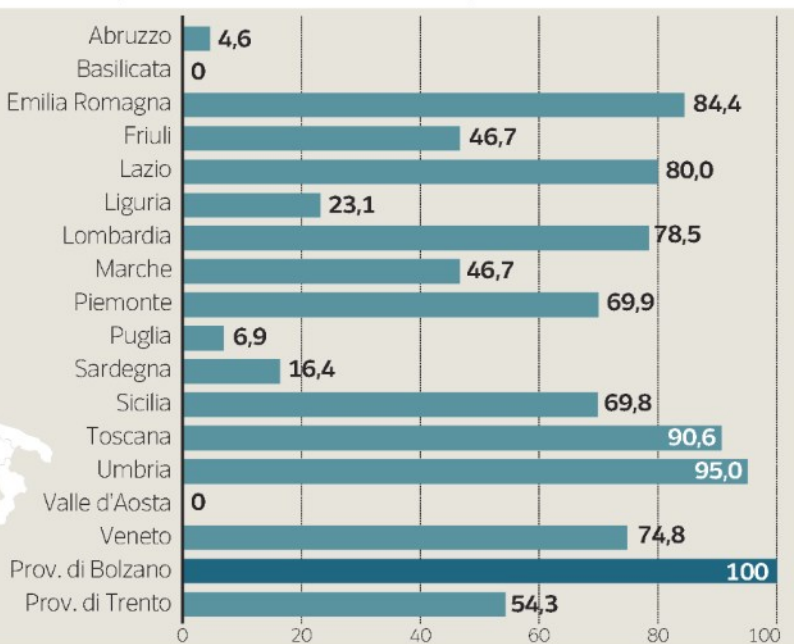
48
il record di sostanze trovate in un singolo campione

NELLE REGIONI

La percentuale di pesticidi rilevata nelle acque superficiali nelle singole regioni nel 2014



(escluse Calabria, Campania e Molise)



Fonte: Ispra - Rapporto nazionale pesticidi nelle acque 2016

d'Arco

Allarme pesticidi nell'acqua contaminato il 64% di fiumi e laghi

Il glifosato la sostanza più diffusa
Toscana e Umbria le regioni peggiori

Le relazioni dell'Ispra:
"Ma le analisi arrivano
soprattutto dal Nord,
mancano i dati del Sud"

ANTONIO CIANCULLO

ROMA. L'overdose chimica dei campi contagia il territorio. Due campioni su tre di acqua prelevata da fiumi e laghi risultano contaminati da pesticidi. E in un caso su cinque si superano i limiti di qualità ambientale. È il responso del *Rapporto nazionale pesticidi nelle acque* dell'Ispra, l'Istituto superiore per la protezione e la ricerca ambientale. La morsa delle sostanze che non desideriamo (le chiamano "indesiderate") ma che utilizziamo con abbondanza non solo non si allenta ma aumenta la presa: tra il 2003 e il 2014 si è registrata una crescita dei campioni contaminati del 20 per cento nelle acque superficiali e del 10 per cento in quelle sotterranee.

«Sono state trovate 224 sostanze diverse, un numero sensibilmente più elevato degli anni precedenti (erano 175 nel 2012)», si legge nel rapporto Ispra che mette in relazione questo dato con una maggiore efficacia delle indagini condotte. Nelle acque superficiali è stata rintracciata la presenza di pesticidi nel 63,9 per cento dei 1.284 punti di

monitoraggio controllati (nel 2012 era il 56,9 per cento); nelle acque sotterranee sono risultati contaminati il 31,7 per cento dei 2.463 punti (31 per cento nel 2012). Dunque i pesticidi sono presenti anche nelle falde profonde protette da strati geologici poco permeabili, mentre nelle acque superficiali hanno registrato concentrazioni superiori ai limiti di qualità ambientale nel 21,3 per cento dei casi. La Coldiretti sottolinea la diminuzione delle vendite di prodotti fitosanitari, scesi nel 2014 a 130 mila tonnellate (meno 12 per cento rispetto al 2001), ma l'analisi dei dati del monitoraggio non evidenzia una riduzione della contaminazione. Inoltre, aggiunge l'Ispra, «più che in passato sono state trovate miscele di sostanze nelle acque, contenenti anche decine di componenti diversi, fino a 48 sostanze in un singolo campione. E la tossicità di una miscela è sempre più alta di quella dei singoli componenti. Si deve, pertanto, tenere conto che l'uomo e gli altri organismi sono spesso esposti a cocktail di sostanze chimiche di cui a priori non si conosce la composizione».

In particolare è diffusa la presenza dei neonicotinoidi, tra i principali responsabili della moria di api, e del glifosato, una sostanza al centro delle polemiche perché considerata probabilmen-

te cancerogena dallo Iarc (l'Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro dell'Organizzazione mondiale della sanità) mentre l'Efsa (l'Agenzia europea per la sicurezza alimentare) ha dato un parere diverso. Il glifosato e l'ampa (una sostanza che deriva dal degrado dell'insetticida), sono presenti rispettivamente nel 39,7% e nel 70,9% dei punti di monitoraggio delle acque superficiali di Lombardia e Toscana, le due regioni che hanno compiuto gli accertamenti. Nel complesso Toscana e Umbria risultano le peggiori, ma la carenza di dati provenienti da molte regioni meridionali è uno dei punti critici sottolineati dalla ricerca.

«Sono numeri che segnalano una vera e propria emergenza», osserva Maria Grazia Mammuccini, responsabile ricerca e innovazione di Federbio. «Tra l'altro per lo stesso periodo di riferimento dell'indagine Ispra ci sono due ricerche di istituti che fanno riferimento al ministero delle Politiche agricole che mostrano una riduzione del 4% sia del reddito che dell'occupazione agricola a fronte di un aumento delle spese per pesticidi del 3%. C'è qualcosa che non va. Anche perché il reddito di un agricoltore biologico nel 2013 era di 51.478 euro, quello di un agricoltore convenzionale di 34.294».

ELABORAZIONE RISERVATA



Dir. Resp.: Mario Calabresi

Acque e pesticidi



ACQUE SUPERFICIALI

- fiumi
- laghi
- torrenti



la percentuale dei punti monitorati (su 1.284 totali) che **presentano tracce di pesticidi**

+20%

l'aumento tra il 2003 e il 2014

1 su 5



1 su 5 i campioni contaminati che superano la soglia di pericolo



ACQUE SOTTERRANEE

- falde acquifere



la percentuale dei punti monitorati (su 2.463 totali) che **presentano tracce di pesticidi**

+10%

l'aumento tra il 2003 e il 2014

1 su 14



1 su 14 i campioni contaminati che superano la soglia di pericolo

Sostanze rilevate



224 diverse sostanze rilevate nell'acqua (nel 2012 furono 175)

Gli **erbicidi** (tra cui il glifosato) sono le sostanze più rinvenute, mentre è aumentata la presenza di **fungicidi** e **insetticidi**

Le regioni più contaminate

acque superficiali

95%

Umbria

90%

Toscana

>70%

Veneto,
Lombardia,
Emilia R.

acque sotterranee

76%

Sicilia

68%

Friuli V.G.

50%

Lombardia

FONTE ISPRA

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Dobbiamo allarmarci se nelle acque italiane i veleni aumentano a causa dei pesticidi?

● Cresce l'inquinamento: risulta contaminato il 64% di laghi e fiumi. Il glisofato è il principale responsabile. Ma restano dubbi sui rischi

**IL FATTO
DEL GIORNO**
IL RAPPORTO
AMBIENTALE

di **GIORGIO DELL'ARTI**
gda@vespina.com

Ci sono dati nuovi sui pesticidi nelle acque italiane secondo i quali queste sostanze sono aumentate. Il 64% dei 1.284 punti monitorati contiene pesticidi, una volta su dieci in misura maggiore del consentito, contro il 57% del 2012. Lo sostiene il Rapporto Nazionale Pesticidi nelle Acque curato dall'Istituto Superiore per la Protezione e la Ricerca Ambientale (Ispra). L'aumento riguarda sia le acque superficiali (+20% tra il 2003 e il 2014) sia quelle sotterranee (+10%).

1 Come mai non siamo ancora tutti morti avvelenati?

Non si tratta dell'acqua che beviamo, ma di quella che si adopera in agricoltura. La tossicità dei cosiddetti pesticidi, che sarebbe più corretto chiamare «agrofarmaci», è ormai bassissima. L'atrazina, che si adoperava subito dopo la guerra, era parecchio velenosa, la chimica ha poi fatto grandi progressi e i pesticidi o agrofarmaci che si adoperano adesso non presentano in pratica rischi. A parte il caso del glisofato, su cui le dirò subito. I dati a cui si riferisce la ricerca sono quelli del biennio 2013-2014. Sono stati analizzati 29.220 campioni per un totale

di 1.351.718 determinazioni analitiche. Nelle acque superficiali sono stati trovati pesticidi in 820 punti di monitoraggio (63,9% media del totale) e in 3.226 campioni (34% del totale). Nelle acque sotterranee invece sono risultati contaminati 780 punti (31,7% del totale) e 1.334 campioni (25,5% del totale). In Italia, solo in agricoltura, si utilizzano circa 130.000 tonnellate all'anno di prodotti fitosanitari, che contengono circa 400 sostanze diverse. Un limite della ricerca è che non sono state monitorate tutte le sostanze. Neanche il territorio è stato testato omogeneamente, perché non in tutte le regioni si praticano i controlli previsti: mancano del tutto dati relativi a Calabria, Molise, Basilicata, Campania e Puglia. La contaminazione interessa oltre il 70% dei punti presi in esame in Veneto, Lombardia, Emilia Romagna, con punte del 90% in Toscana e del 95% in Umbria. Nelle acque sotterranee la diffusione della contaminazione è particolarmente elevata in Lombardia (50% dei punti), in Friuli (68,6%), in Sicilia (76%).

2 Non si potrebbe porre un limite all'uso di questi pesticidi?

I dati dell'Ispra danno da pensare anche per il fatto che, secondo l'Istat, le vendite dei prodotti fitosanitari nel periodo 2001-2014 sono diminuite del 12% (da 147.771 a 129.977) e l'uso di prodotti tossici o molto tossici è stato ridotto del 30%. Ma credo che le ricerche dell'Ispra non siano comparabili con quelle del passato, si sono usati criteri diversi.

3 Qual è il problema del glisofato?

L'anno scorso il glisofato (che tecnicamente si definisce «analogo aminofosforico della glicina») è stato dichiarato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità «probabilmente cancerogeno per l'uomo». Per valutare l'impatto di questo giudizio bisogna sapere che si tratta dell'erbicida più usato al mondo, in circolazione dagli anni Settanta, presente in 750 prodotti e notissimo agli agricoltori italiani col nome di Roundup. Nel mondo se ne adoperano 750 milioni di chili l'anno. Lo produce e lo commercializza la Monsanto, che ne ricava più o meno 5 miliardi di dollari l'anno.

4 Se l'Oms lo giudica «probabilmente cancerogeno» perché non viene proibito?

Per l'Efsa - l'Autorità europea per la sicurezza alimentare - la cancerogenicità del glisofato non è affatto verificata. Lo studio dell'Oms è fortemente criticato. Sulla questione l'Europa deve decidere entro giugno: l'autorizzazione all'uso del glisofato è scaduta lo scorso dicembre, è stata prolungata di sei mesi, ed entro la fine di giugno si dovrà decidere se rinnovarla o no per altri 15 anni. I governi italiano, francese e olandese sono contrari, e stanno con loro la Coldiretti e le associazioni ambientaliste. Gli industriali della chimica sono schierati invece a favore: «I giudizi dell'Oms si rifanno a valutazioni di laboratorio che non tengono conto dell'esposizione reale dell'uomo alle sostanze attive». Se il gli-



fosato fosse proibito cambierebbe la geografia economica della produzione e del commercio degli erbicidi in Europa.

5 Non si potrebbe, una volta per tutte, rinunciare a questi pesticidi?

E come si fa? Insieme al grano, al mais, alla soia crescono nei campi le erbacce. O le si strappa a mano, come facevano i nostri nonni, bisnonni e trisavoli, oppure si ricorre alla chimica. Si ricorda i canti delle mondine e la maledizione che incombeva sul loro lavoro? Facevano soprattutto quello: mondare il riso dalle erbe infestanti che lo avvelenavano.

Lunedì 09 MAGGIO 2016

Acque contaminate. Rapporto ISPRA: +20% in quelle superficiali, +10% in quelle sotterranee. Pesticidi nel 64% di laghi e fiumi

Publicati i risultati del monitoraggio di queste sostanze sono contenuti nell'edizione 2016 del Rapporto Nazionale Pesticidi nelle Acque dell'ISPRA. In alcune Regioni la contaminazione è molto più diffusa del dato nazionale, arrivando a interessare oltre il 70% dei punti delle acque superficiali in Veneto, Lombardia, Emilia Romagna, con punte del 90% in Toscana e del 95% in Umbria

Sono circa 130.000 le tonnellate di prodotti fitosanitari utilizzate ogni anno in Italia. Ad essi, si aggiungono i biocidi, impiegati in tanti settori di attività, di cui non si hanno informazioni sulle quantità e sulla distribuzione geografica delle sorgenti di rilascio. I risultati del monitoraggio di queste sostanze sono contenuti nell'edizione 2016 del Rapporto Nazionale Pesticidi nelle Acque dell'ISPRA. La contaminazione da pesticidi è un fenomeno complesso e difficile da prevedere, sia per il grande numero di sostanze impiegate, sia per la molteplicità dei percorsi che possono seguire nell'ambiente.

Il rapporto viene costruito sulla base dei dati forniti dalle Regioni e dalle Agenzie regionali per la protezione dell'ambiente, ma la copertura del territorio non è completa né omogenea soprattutto per quanto riguarda le regioni centro – meridionali: non si dispone di informazioni relative a Molise e Calabria e mancano i dati relativi a cinque Regioni per quanto riguarda le acque sotterranee.

Nel biennio 2013-2014 sono stati analizzati 29.220 campioni per un totale di 1.351.718 misure analitiche, con un sensibile aumento rispetto al biennio precedente. Nel 2014, in particolare, le indagini hanno riguardato 3.747 punti di campionamento e 14.718 campioni e sono state cercate complessivamente 365 sostanze (nel 2012 erano 335).

Sono state trovate 224 sostanze diverse, un numero sensibilmente più elevato degli anni precedenti (erano 175 nel 2012): questo dato indica una maggiore efficacia delle indagini condotte. Gli erbicidi sono ancora le sostanze più rinvenute, soprattutto a causa dell'utilizzo diretto sul suolo, spesso concomitante con i periodi di maggiore piovosità di inizio primavera, che ne determinano un trasporto più rapido nei corpi idrici superficiali e sotterranei. Rispetto al passato, è aumentata notevolmente la presenza di fungicidi e insetticidi, soprattutto perché è aumentato il numero di sostanze cercate e la loro scelta è più mirata agli usi su territorio.

Le acque superficiali "ospitano" pesticidi nel 63,9% dei 1.284 punti di monitoraggio controllati (nel 2012 la percentuale era 56,9); nelle acque sotterranee, sono risultati contaminati il 31,7% dei 2.463 punti (31% nel 2012). Il risultato complessivo indica un'ampia diffusione della contaminazione, maggiore nelle acque di superficie, ma elevata anche in quelle sotterranee, con pesticidi presenti anche nelle falde profonde naturalmente protette da strati geologici poco permeabili.

Nelle acque sotterranee, 170 punti (6,9% del totale) hanno concentrazioni superiori ai limiti di qualità ambientale. Le sostanze più frequentemente rinvenute sopra il limite sono: bentazone, metalaxil, terbutilazina e desetil-terbutilazina, atrazina e atrazina-desetil, oxadixil, imidacloprid, oxadiazon, bromacile, 2,6-diclorobenzammide, metolaclor.

Nel complesso la contaminazione è più ampia nella pianura padano-veneta dove, come già segnalato in passato, le indagini sono generalmente più efficaci. Nelle cinque regioni dell'area, infatti, si concentra poco meno del 60% dei punti di monitoraggio dell'intera rete nazionale.

In alcune Regioni la contaminazione è molto più diffusa del dato nazionale, arrivando a interessare oltre il 70% dei punti delle acque superficiali in Veneto, Lombardia, Emilia Romagna, con punte del 90% in Toscana e del 95% in Umbria. Nelle acque sotterranee la diffusione della contaminazione è particolarmente elevata in Lombardia 50% dei punti, in Friuli 68,6%, in Sicilia 76%.

Lunedì 09 MAGGIO 2016

Veneto. Smaltimento rifiuti sanitari, sanzioni per 20.000 euro a tre ditte

L'attività di verifica dei carabinieri è partita da 3 plessi ospedalieri delle provincie di Vicenza, Belluno e Treviso. Segnalati all'Autorità tre rappresentanti di aziende autorizzate allo smaltimento ma che effettuavano il trasporto di rifiuti con mezzi non registrati all'Albo Gestori Ambientali.

Ammontano in totale a 19.500 euro le sanzioni che tre aziende autorizzate allo smaltimento dei rifiuti sanitari dovranno pagare per avere permesso il trasporto del materiale con mezzi non registrati all'Albo Gestori Ambientali. È questo l'esito dell'attività coordinata dei Carabinieri dal Gruppo Tutela Ambiente di Milano, i militari del Nucleo Operativo Ecologico di Treviso sul rispetto della normativa ambientale sulla gestione, trattamento e smaltimento dei rifiuti sanitari.

“L'attività di verifica – spiega una nota dei carabinieri -, ha interessato tutta la filiera di tale particolare tipologia di rifiuti speciali pericolosi partendo dal produttore - tre plessi ospedalieri delle provincie di Vicenza, Belluno e Treviso - proseguendo con gestori/trasportatori, per terminare in un grande impianto di smaltimento nel vicentino. A conclusione degli accertamenti sono stati segnalati in stato di libertà, alla Procura della Repubblica di Treviso, tre persone in qualità di legali rappresentanti di altrettante aziende autorizzate, che hanno effettuato il trasporto di rifiuti con mezzi non registrati all'Albo Gestori Ambientali. Tali ditte, una volta regolarizzata la loro posizione, dovranno pagare sanzioni per complessivi 19.500 euro”.

SPECIALIZZAZIONI**Se bastano 6.133 contratti***I 10 decreti firmati da Lorenzin: 27 scuole nella rete Ssn*

Prende forma la nuova rete formativa Ssn dei medici con 27 nuove scuole accreditate da nove decreti firmati dalla ministra Lorenzin. E la stessa ministra ha firmato anche il decreto che fissa a 6.133 i contratti di specializzazione a carico dello Stato per l'a.a. 2015-16.

MAGNANO A PAG. 16*Lorenzin accredita le strutture della rete formativa Ssn e firma il decreto con 6.133 contratti per il 2015-16***Specializzazioni, 27 nuove scuole****Anaa giovani: «Ancora lontani dai fabbisogni reali, serve il contributo delle Regioni»**

Prende forma la nuova rete formativa Ssn dei camici bianchi con 27 nuove scuole accreditate da nove decreti firmati dalla ministra della Salute **Beatrice Lorenzin**. E la stessa ministra ha firmato anche il decreto che fissa il numero di contratti di formazione specialistica a carico dello Stato per l'a.a. 2015-16 pari a 6.133, 133 in più, sulle tre aree funzionali di chirurgia, dei servizi e di medicina. Il decreto - atteso per legge entro il 30 aprile - è stato trasmesso al Miur e al Mef. Tra i teaching hospital, tre riguardano l'oncologia medica, due le malattie dell'apparato digerente e due l'endocrinologia e le malattie del metabolismo. Le nuove scuole saranno istituite nelle Università degli Studi di Brescia, Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano, Humanitas University di Milano, Libera Università «Vita Salute S. Raffaele» di Milano, Università degli Studi di Salerno, Università degli Studi di Siena, Università degli Studi di Trieste, Università degli Studi di Udine e Università degli Studi di Ferrara. Anche questi provvedimenti sono stati trasmessi al Miur.

Per i giovani di Anaa le mosse del ministero vanno viste in controluce. «Sicuramente c'è

una crescita dei contratti di formazione specialistica a carico di Salute-Miur - spiega **Domenico Montemurro**, responsabile di Anaa giovani - tuttavia bisogna ricordare che nello scorso anno accademico 2014-15 si era assistito a un decremento dei contratti a carico delle Regioni, passati da circa 500 a poco meno di 300. Di fronte a questi dati, la considerazione nasce spontanea: ci si aspetta un importante contributo delle regioni. Siamo infatti molto lontani dai numeri che più volte come Anaa abbiamo ribadito, ossia almeno 8mila contratti "reali" in più. Come abbiamo sempre sostenuto, è necessario che le Regioni si facciano carico di una parte del finanziamento delle specializzazioni, con un unico percorso formativo». E sulle nuove 27 scuole, i giovani di Anaa restano perplessi. «Bene i teaching hospital - continua Montemurro - ma si spera che esista una rete formativa anche per il Sud. Da questo elenco inoltre balza agli occhi che si tratta di strutture grosse, anche private. Eppure non si dovrebbero pesare solo le prestazioni totali ma quelle per la singola specialità per la quale la struttura è accreditata a formare il giovane medico. Solo questo criterio consentirebbe di inclu-

dere nella rete anche quelle piccole e medie strutture che però sono modelli di efficienza».

Per il Sigm, si tratta di passi avanti per recuperare i ritardi ma i giovani camici sollecitano le Regioni a fare la propria parte. «Con la firma dei decreti sullo stanziamento dei contratti statali e sull'apertura delle nuove scuole - spiega **Andrea Silenzi**, presidente Sigm - dovrebbe essere stato superato uno degli ostacoli che sta ritardando l'uscita del bando di concorso per l'accesso alle scuole di specializzazione. Analizzare se i 6.133 contratti ministeriali sono proporzionati o meno alle esigenze è prematuro in quanto mancano nel conteggio i posti aggiuntivi non statali tra cui spiccano quelli a finanziamento "regionale". Gli aspiranti specializzandi si aspettano un atto di responsabilità da parte delle Regioni».

Rosanna Magnano

© RIPRODUZIONE RISERVATA



CONNESSIONI E MIRAGGI

«Sanità 2.0» la rivoluzione resta sempre lontana

Solo 19 mln per i
servizi ai cittadini

DI LUCILLA VAZZA

Per realizzare la rivoluzione digitale in sanità lo Stato italiano ha speso l'anno scorso 22 euro per ogni cittadino. Che, calcolatrice alla mano, fanno 1,34 mld, pari all'1,2% della spesa sanitaria pubblica. Anche quest'anno il report del Politecnico di Milano, contribuisce a fare chiarezza e a definire i contorni di una svolta annunciata da ormai troppo tempo e da tanto rinviata. Perché è evidente che la cultura digitale sia sempre più patrimonio di tanti, anche se non di tutti, ma ha bisogno di gambe per camminare. Anche nella sanità, soprattutto nella sanità.

Tanto che sebbene un italiano su tre abbia sentito parlare del Fascicolo sanitario elettronico, appena il 5% del campione esaminato ha avuto concretamente a che fare con lo strumento. E ci vuole tanta buona volontà, al netto dei numeri, per far arrivare ai cittadini almeno un po' dell'impegno che alcune Asl, laboratori e strutture di ogni ordine e grado ci mettono per realizzare il cambiamento. Per passare dalle parole ai fatti. Perché sono proprio le aziende sanitarie il motore dell'innovazione, con i fiori all'occhiello di quelle esperienze premiate dall'Osservatorio (v. box nella pagina accanto). Si fa e si deve fare con quello che c'è. E in alcune situazioni lo si fa alla grande. Perché del miliardo e 34 milioni spesi lo scorso anno per la digitalizzazione, 930 milioni sono stati spesi dalle strutture sanitarie, 320 milioni dalle Regioni, 70 milioni dai 47 mila medici di medicina generale e 18 milioni direttamente dal [ministero della Salute](#).

La fetta d'investimento più consistente è stata quella della cartella clinica elettronica, con una spesa di 64 mln. Una bella fetta, però scorrendo i dati, si legge che gli investimenti in servizi digitali al cittadino sono stati appena 19 milioni nel 2015. Forse per questo l'italiano medio si accorge poco o nulla del cambiamento in direzione 2.0 del nostro Ssn.

Il già citato Fascicolo sanitario elettronico è stato attivato in sei regioni (le solite virtuose per antonomasia): Emilia-Romagna, Lombardia, Toscana, Sardegna, Valle d'Aosta e Provincia autonoma di Trento. In altre 11 è da tempo in implementazione, mentre Campania, Calabria e Sicilia e Provincia autonoma di Bolzano se ne guardano bene dal cominciare.

Altra nota dolente emersa dallo studio è la carenza di investimenti in un'area strategica già oggi, figuriamoci domani: la telemedicina (20 milioni col contagocce). Anche questa un'area che potrebbe impattare eccome nella vita quotidiana del cronico, di chi vive in aree remote e di tante persone di ogni età ma soprattutto per gli over. Al momento le soluzioni di telemedicina più diffuse nelle strutture sanitarie sono il teleconsulto, presente nel 34% delle aziende, e la tele salute (14%). Gocce nel mare del niente.

Mariano Corso, responsabile scientifico dell'Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità, nella presentazione del Report è stato chiarissimo: «la velocità dell'innovazione è ancora modesta e disomogenea, inadeguata rispetto alla portata e all'urgenza delle sfide in gioco». Inadeguati rispetto a come si dovrebbe, ma anche a come si potrebbe. Da questo settimanale sono anni che scriviamo dei vantaggi dell'e-health, dei potenziali risparmi, dello scatto in avanti in termini di efficienza e di riduzione di attese. Lo scriviamo da anni e continueremo a scriverlo che la sanità del futuro è già qua. Abbiamo illustrato nei minimi dettagli il Patto digitale del 2014, ormai disatteso. L'impressione è che nella sanità il futuro sia passato e non ce ne siamo accorti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Le proposte dei Governatori verso il tavolo di palazzo Chigi - Farmindustria: «Le solite vecchie ricette»

Farmaci, le Regioni tagliano i prezzi

Obiettivo: pillole low cost - Tetti, pay by result e volumi, concorrenza e biosimilari

Prezzi dei farmaci legati ai volumi di vendita e al numero di pazienti, ma anche ai risultati della cura. Un'asticella sui ticket occulti pagati dai cittadini per le differenze di listino rispetto ai generici. Nuovi criteri per definire la reale innovatività delle medicine e più concorrenza. Due tetti di spesa, sensibilmente diversi dagli attuali. Sostituibilità immediata dei medicinali biosimilari con i farmaci originali in scadenza di

brevetto. Le Regioni si preparano al tavolo col Governo con una proposta sulla farmaceutica che metterebbe letteralmente sottosopra le attuali regole. Obiettivo dichiarato: riportare la spesa sotto controllo. Scaccabarozzi (Farmindustria): «Le solite vecchie ricette. Tra l'altro neanche sanno che payment by result e i volumi-prezzo già esistono. Altro che innovazione».

MAGNANO E TURNO PAG. 8

GOVERNANCE/ Il pharma sottosopra dei Governatori in vista del tavolo a Palazzo Chigi

Pillole regionali solo low cost

Tetti, prezzo/volume, pay by result - Scaccabarozzi: «Ricetta vecchia»

Stop alla discrezionalità sul requisito di innovatività

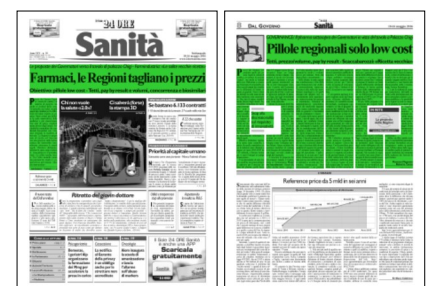
Prezzi dei farmaci, soprattutto quelli più costosi, legati ai volumi di vendita e al numero di pazienti "trattati", ma anche ai risultati della cura. Riduzione e comunque fissazione di un'asticella sui ticket occulti pagati dai cittadini per le differenze di listino rispetto ai generici. Nuovi criteri per definire la reale innovatività delle medicine e più concorrenza. Due tetti di spesa, sensibilmente diversi dagli attuali. Sostituibilità immediata dei medicinali biosimilari con i farmaci originali in scadenza di brevetto. Le regioni si preparano al tavolo col Governo con una proposta sulla farmaceutica che metterebbe letteralmente sottosopra le attuali regole.

Obiettivo dichiarato: riportare la spesa sotto controllo, a partire da quella ospedaliera su cui le industrie sono chiamate a pagare un rosso 2013-2015 da

1,65 miliardi, e liberare risorse per «i nuovi bisogni in campo farmaceutico».

È un documento di sole cinque cartelline ma potenzialmente esplosivo per il mercato italiano del pharma, quello licenziato il 5 maggio scorso dai governatori dopo un lungo confronto tecnico interno. Approderà al tavolo col Governo, nel quale è destinato a trovare pochi sponsor ministeriali, anche se sarà interessante conoscere il parere dell'Economia che tiene i cordoni della borsa e che però dovrà fare i conti con le intenzioni politiche di palazzo Chigi, che sugli investimenti in Italia di Big Pharma, ma non solo, conta parecchio.

Intanto la proposta delle Regioni è pronta, e non mancherà di suscitare parecchie fibrillazioni. Con le immane mediazioni del caso. Tra le altre, l'ipotesi di concedere alle imprese uno sconto del 10-20% come transazione sui vecchi ripiani miliardari di cui le regioni hanno bisogno come l'ossigeno per i loro bilanci. Senza scordare che qualsiasi modifica di sistema



avrà bisogno del paracadute di una legge, con tutti i dubbi sui tempi per incassarla.

A bocciare la proposta dei Governatori, intanto, è il presidente di Faminindustria **Massimo Scaccabarozzi**: «Siamo alle solite vecchie ricette - spiega -. Tra l'altro neanche sanno che il payment by result e i volumi-prezzo già esistono. Altro che innovazione e investimenti».

Sullo sfondo, le tante ragioni che contribuiscono a fare della spesa farmaceutica una variabile potenzialmente impazzita. Tra prezzi alle stelle dei nuovi farmaci oncologici e di quelli destinati alle malattie rare, invecchiamento della popolazione, cronicizzazione dei pazienti in trattamento, fenomeni di inappropriata prescrizione, prezzi dei medicinali ingessati dalla scarsa concorrenza, una sfida su generici e biosimilari tutta da combattere e vincere.

Al centro della nuova governance, i tetti di spesa, che si ribaltano per cambiare forma. L'attuale distinzione in due soglie, sostengono le regioni, «anche in considerazione dell'incremento e della "strutturazione" della erogazione diretta e della Dpc è concettualmente superata». I due tetti proposti dalle regioni si strutturano quindi non più in base ai processi distributivi ma in funzione delle diverse modalità di acquisto dei prodotti. «È pertanto ipotizzabile - si legge nel documento - l'individuazione di un tetto per l'assistenza farmaceutica convenzionata (prezzo non stabilito da gare regionali) e un tetto per l'assistenza farmaceutica "non convenzionata" i cui prodotti sono acquistati dalle regioni attraverso procedure pubbliche di acquisto». E nella non convenzionata sarebbero ricompresi anche i farmaci acquistati dalle strutture private per l'attività svolta, in regime di convenzione, per il Ssn e i farmaci di fa-

scia C di esclusivo uso ospedaliero.

E sul capitolo payback le regioni vogliono uscire dall'incertezza. «Occorre ridefinire le procedure di contabilizzazione del payback - sostengono i governatori - al fine di garantire la certezza dei rimborsi. Devono essere modificate le fonti di dati che costituiscono la base per il calcolo del payback e introdotti sistemi più efficienti che consentano una verifica tempestiva degli scostamenti tra i dati forniti dalle aziende farmaceutiche e i dati forniti dalle Regioni e una altrettanto tempestiva rettifica di eventuali errori di trasmissione».

Ma l'obiettivo principe di questa manovra regionale è quello di tagliare i prezzi dei farmaci. Con la procedura prezzo/volume, i listini verrebbero ridotti o scontati in modo progressivo in rapporto all'aumento dei pazienti trattati, al crescere delle indicazioni, delle terapie combinate e della loro durezza. Con il prezzo legato all'esito della terapia (pay by result) verrebbe dato un altro scossone ai prezzi. Mentre per arginare i costi per i pazienti per il pagamento della differenza di prezzo tra generici e originator, che in sei anni è costato ben 5 miliardi, si propone di mettere un limite a questo differenziale, altrimenti il farmaco di marca sarebbe escluso dalla rimborsabilità: si calcola che per 150 farmaci esiste un differenziale di prezzo superiore al 100% e per 30 specialità oltre il 200%.

Di più. Nella proposta c'è la rivisitazione dei «registri Aifa» per i farmaci ad alto costo e di forte impatto sanitario. E sulla valutazione dell'innovatività dei prodotti, viene

proposto il modello tedesco per stabilire criteri sicuri e verificati. Oggi i vantaggi legati al riconoscimento di questo requisito sono molteplici: dalla riduzione degli sconti obbligatori alle facilitazioni in termini di payback o accesso facilitato ai Prontuari regionali. Ma secondo le regioni i confini non sono chiari e i margini di discrezionalità eccessivi. «Poiché ottenere il requisito di innovativo - sottolineano - si traduce in un beneficio per l'azienda farmaceutica e un maggior costo per il Ssn, è necessario che le fasce di innovatività, i criteri di attribuzione e i benefici che ne derivano per le aziende vengano stabiliti a livello normativo e non lasciati alla discrezionalità della Commissione Tecnico Scientifica».

C'è poi la richiesta di creare più concorrenza, attivando tra l'altro nella determinazione dei prezzi procedure selettive a evidenza pubblica e la possibilità per le regioni su tutte le categorie di prodotti di svolgere gare in «equivalenza terapeutica»: a premiare dovrebbe essere il criterio del minor costo a «parità di dosaggio, forma farmaceutica e unità posologiche per confezione».

Infine, un altro capitolo scottante: la sostituibilità automatica dei farmaci biosimilari con gli «originator»: anche in questo caso l'effetto atteso dalle regioni sarebbe quello di ottenere risparmi immediati dal momento della scadenza dei brevetti di quei farmaci.

**Rosanna Magnano
Roberto Turno**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

IL CASO GRECIA

Negli ospedali che sono rimasti senza bisturi

di **Federico Fubini**

Mancano i letti in terapia intensiva. E il personale, medici e infermieri, non basta. La crisi greca è anche questa. Quella dei malati che devono aspettare mesi per trovare un posto in ospedale. Lo scorso febbraio una donna è morta d'influenza perché la lista d'attesa era troppo lunga. E dove anche quando sono già ricoverati non ricevono cure adeguate.

alle pagine 2 e 3
Caizzi, Taino

REPORTAGE **DENTRO LA CRISI**

Negli ospedali di Atene che sono rimasti senza bisturi

**Non abbiamo i soldi per i letti della
terapia intensiva. La spesa sanitaria
è scesa di oltre il 60%. Carenze così
marcate hanno un costo in vite umane**

di **Federico Fubini**

DAL NOSTRO INVIATO

ATENE La dichiarazione sul carbone e l'acciaio. I popoli da riconciliare. Un'unione sempre più stretta. Panagiotis Papanikolaou ieri non ha trovato cinque minuti per riflettere che altrove il 9 maggio significa tutto questo. Per lui l'Europa equivale a liste d'attesa di quaranta giorni per operare di tumore cerebrale e un ascensore in cui i piani sono stati marcati a pennarello blu per risparmiare pochi euro. Si sale così per arrivare al suo decrepito, minuscolo ufficio di neurochirurgo. È nell'ospedale nazionale di Nicea, a occidente della capitale di un club di Paesi che ha realizzato uno degli esperimenti più visionari della storia: l'Unione europea.

Vista da qui, suona come un'utopia distante. Sessantasei anni fa esatti il ministro degli

esteri francese Robert Schuman gettava il seme della comunità che avrebbe portato a generazioni di pace, crescita e frontiere aperte. Oggi nel suo piccolo ufficio, il dottor Papanikolaou pensa all'Europa e si lascia sfuggire i segni di un esaurimento nervoso. Cerca di guardare i suoi ospiti ma tiene gli occhi fissi sul pavimento; credendo di parlare, urla. A lui la parola «Bruxelles» fa pensare ai cantieri stradali del suo quartiere di Atene, Pateli, e l'idea lo manda in bestia. «Spendiamo decine di milioni dei fondi europei per ricostruire i marciapiedi a prezzi criminali – dice – ma non abbiamo soldi per tenere aperti i letti di terapia intensiva».

All'ospedale di Nicea al Pireo, come in tutta la Grecia, la contabilità è controversa quanto tragica. Per tenere aperti i quindici letti di terapia intensiva di questo ospedale servirebbero almeno venti infermieri e dieci medici, ma oggi l'ospedale ne

ha rispettivamente dieci e tre. Da anni non è più stato sostituito il personale andato in pensione e questa è solo una parte di una catastrofe più vasta: preferendo salvare altre clientele, i vari governi di Atene hanno tagliato il bilancio del **ministero della Salute** ben oltre gli obiettivi già durissimi indicati dai governi creditori a Bruxelles. Durante una caduta dell'economia del 29,6% dal 2008, la spesa sanitaria per abitante è crollata il doppio.

A Nicea, questo significa qualcosa di preciso: i letti in te-



rapia intensiva sono rimasti solo undici e si spiegano così alcune delle esperienze recenti del dottor Papanikolaou. Una malata di tumore al cervello ha dovuto aspettare tre mesi per curarsi. Un paziente già operato con successo resta ricoverato da due mesi perché ha preso a sanguinare dal cervello, dopo aver contratto in terapia intensiva un raro batterio: lo trasmettono le infermiere, a quanto pare, troppo poche e dunque costrette a curare e toccare più ricoverati in ogni turno. Da anni lavorano sette giorni la settimana. Servirebbe un paramedico per ogni postazione, in Grecia oggi ce ne sono uno ogni tre e resta chiuso oltre un quarto dei letti disponibili in terapia intensiva.

Una carenza di queste dimensioni sta sicuramente costando vite umane. Il 4 febbraio scorso una donna di 55 anni è morta d'influenza nell'ospedale Sotiria («Salvezza») aspettando invano un letto: quel giorno la lista d'attesa per la terapia intensiva ad Atene era di 75 persone. L'associazione dei medici di Atene sostiene - su basi imprecise - che riaprire duecento letti chiusi salverebbe duemila vite l'anno e la procura proprio ieri ha annunciato «inchiesta di massima urgenza» dal sapore e clamore decisamente italiani.

Non che le radici del problema siano un mistero: per riaprire duecento letti in terapia intensiva in Grecia lo Stato deve

assumere cento medici e quattrocento paramedici, al costo di quindici milioni l'anno. Non può. I creditori, i governi europei guidati dalla Germania e il Fondo monetario internazionale, non autorizzano il governo greco ad assumere un solo statale: temono il ritorno del clientelismo, oltre a quello della spesa.

Proprio ieri a Bruxelles gli europei hanno preso atto che il governo di Alexis Tsipras imporrà, su loro richiesta, nuovi tagli e un altro aumento delle tasse. Sulla scala dell'Italia, equivarrebbe a un pacchetto di sacrifici da 48 miliardi di euro. La sola differenza è che l'economia ellenica è già crollata di quasi un terzo rispetto in otto anni, nel frattempo ha ridotto il deficit pubblico dell'11% del Pil e - secondo il sito PubMed - è salita al primo posto in Europa per frequenza delle infezioni in terapia intensiva.

Papanikolaou, il neurochirurgo, sa già che le misure porteranno nuove tasse per lui, dopo un taglio di oltre metà dello stipendio dal 2011. Da domani opererà il cervello per meno di duemila euro al mese, mentre la migrazione dei nuovi laureati verso la Germania e la Gran Bretagna non potrà che accelerare: già oggi l'ospedale di Nicea fatica a trovare praticanti da formare, perché tutti si precipitano all'estero. «Abbiamo perso una generazione di medici», dice

Papanikolaou.

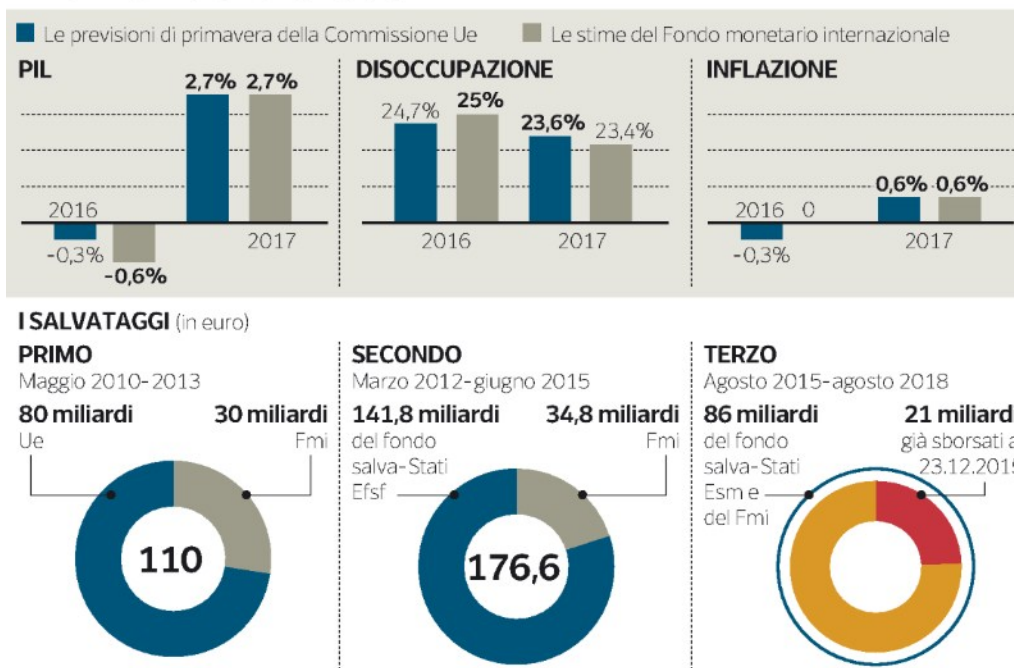
In una lettera ai governi europei, la direttrice dell'Fmi Christine Lagarde ha definito tutto questo insensato. Gli obiettivi di bilancio imposti alla Grecia, un attivo del 3,5% del Pil sul futuro prevedibile, secondo lei non hanno più senso: «Più di quanto economicamente e socialmente sostenibile», ha scritto Lagarde. «Controproducente». Il governo di Atene finge di adeguarsi tagliando e tassando là dove è meno difficile, non dove servirebbe. Ma Wolfgang Schäuble, il ministro delle Finanze tedesco all'origine di queste richieste, non deflette: il suo partito conservatore a Berlino non intende scoprire il fianco destro all'ascesa dei nazionalisti di Alternative für Deutschland. Così, sessantasei anni dopo la dichiarazione di Schuman, le scelte vitali di una nazione vengono determinate dall'agenda di partito di un altro governo in Europa e non da un minimo di logica o di umanità. Il bilancio della Grecia al 2018 prevede già nuovi tagli sui farmaci.

In ufficio a Nicea, Papanikolaou continua a guardare per terra. I suoi strumenti di microchirurgia sono obsoleti, le macchine mobili dei raggi X bloccate. Come fate? Il dottore alza gli occhi e si capisce che il vecchio bisturi vorrebbe finirlo sull'ospite.

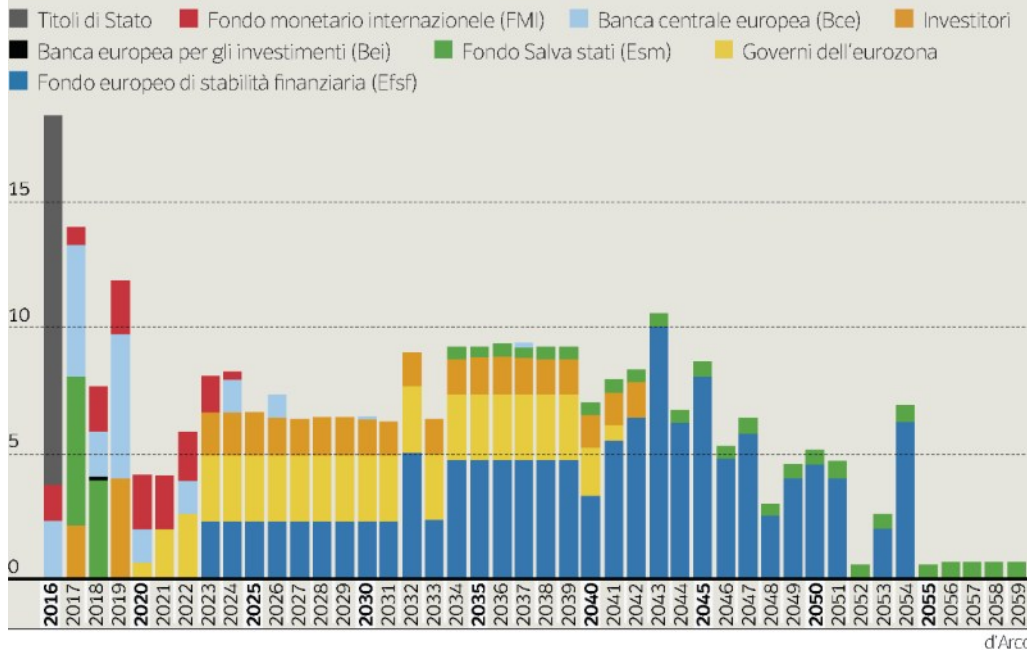
(Ha collaborato Nikolas Leontopoulos)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I numeri della Grecia



IL DEBITO GRECO, CREDITORI E SCADENZE



Austerità

● Il Parlamento greco ha approvato nella notte tra domenica e lunedì la riforma pensionistica e fiscale con cui il governo ellenico sperava di adempiere agli impegni con i creditori internazionali in vista dell'Eurogruppo di ieri

● Domenica circa 10 mila manifestanti si sono raccolti a piazza Syntagma per chiedere il ritiro delle due riforme. Il malcontento sociale nel Paese era già sfociato nello sciopero generale di 48 ore di venerdì e sabato scorsi, con il blocco totale dei trasporti pubblici

I GUASTI DEL SISTEMA SANITARIO LOCALE

SOLO L'AUTORITÀ DELLO STATO PUÒ PROTEGGERE I CITTADINI

di **Adolfo Scotto di Luzio**

Quello che è accaduto a Reggio Calabria, nel reparto maternità degli Ospedali riuniti della città, è un aspetto fondamentale della discussione sullo Stato e quindi della riforma della Costituzione e come tale dovrebbe essere meditato. Non dunque soltanto una vicenda di malasanità, ma il modo concreto di funzionare di un sistema politico locale abbandonato all'arbitrio e alla tracotanza di un notabilato indifferente a qualsiasi nozione di bene pubblico e di diritti delle persone. Gli orrori della «clinica Menghele», come l'ha definita il Procuratore della Repubblica di Reggio Calabria, dicono di cosa è successo a questo Paese, e in modo particolare al Mezzogiorno, in seguito all'indebolimento dello Stato per effetto del cosiddetto federalismo, e della sua traduzione nella sciagurata riforma del Titolo V della Costituzione che ha trasferito alle regioni prerogative e poteri un tempo esercitati dall'amministrazione centrale, in maniera particolare sul terreno della Sanità pubblica e privata. Questo trasferimento invece di risolversi, come ci si era illusi, in un avvicinamento delle decisioni ai luoghi e alle persone che ne avrebbero dovuto beneficiare ha nutrito la proliferazione, nelle società locali, di gruppi di potere, di caste variamente legate ai ceti politici cittadini e regionali, svincolate da qualsiasi controllo e dunque da qualsiasi sentimento di responsabilità nei con-

fronti di persone inermi e indifese.

I fatti di Reggio Calabria si lasciano così riassumere nella totale sproporzione tra la vita esposta dei pazienti e il potere pieno di disprezzo di una «élite» medica locale che si sente tra i padroni della città, ne controlla i meccanismi del consenso politico e della selezione professionale, spesso collusa con la mafia. In questo modo, un miscuglio di incompetenza, arroganza feudale, senso di impunità, ha potuto produrre lo scempio sul corpo delle madri di cui abbiamo potuto leggere sui giornali, gli aborti praticati a loro insaputa, la morte dei neonati o la loro riduzione in stato vegetativo e in più la concorde, unanime e pressoché indisturbata opera di occultamento delle prove a «tutela» della propria immagine da parte di ginecologi, anestesisti, ostetrici. Tutte figure, queste, molto in vista in città, in un sistema di intrecci, alleanze e interessi che definiscono il perimetro di quello che un tempo sarebbe stato definito come «notabilato meridionale».

Perché questo è il punto molto importante messo in evidenza dai fatti di Reggio Calabria. Il fallimento e la permanente inadeguatezza storica del potere locale italiano, di quell'istituto regionale rafforzato oltre il dovuto dalla riforma del Titolo V, non si misurano soltanto nell'assalto al bilancio pubblico che ne è derivato, con una spesa che nella sanità, ad esempio, è finita totalmente fuori controllo. L'indebolimento dello Stato ha fatto sì, per restare sul terreno de-

cisivo della salute dei cittadini, che metà della popolazione di questo Paese, gli Italiani dell'Italia del Sud, quando va in ospedale affronti il rischio molto concreto e frequente di trovarsi davanti un'assistenza di gran lunga inferiore agli standard garantiti mediamente all'altra metà.

I medici di Reggio Calabria finiti sotto inchiesta e arrestati sono parte integrante del meccanismo politico del consenso locale. Sono legati da fili innumerevoli al potere cittadino e regionale. L'incompetenza professionale, la trascuratezza, l'inefficienza fino all'occultamento criminale dei propri errori sono sorti dagli ingranaggi di questo meccanismo. Ne sono un'espressione certamente abnorme, eppure gettano luce sulla condizione di una parte consistente della popolazione italiana che vede quotidianamente negargli diritti fondamentali della cittadinanza democratica come sono appunto quelli ad un'assistenza sanitaria di qualità.

Rompere gli ingranaggi di questo meccanismo, spezzare il rapporto politico tra sistema sanitario locale e governo regionale, restaurare insomma l'autorità dello Stato è l'unico modo per mettere i cittadini al riparo da orrori come quelli di Reggio Calabria.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



VERTICE AL MIUR CON FNMCEO, CUN E SALUTE

A vele spiegate verso la laurea abilitante

Inglobare i 3 mesi di tirocinio professionalizzante nel 6° anno di corso in Medicina e Chirurgia, prevedendo anche 3 sessioni di esame pratico durante l'anno e a seguire, a ruota, l'esame di laurea. Il primo incontro del tavolo tecnico tra Miur, Consiglio nazionale universitario, Fnomceo e ministero della Salute sulla "laurea abilitante" ha già dato buoni frutti. Tanto che il decreto ministeriale che dovrebbe rimediare alla stortura dei lunghi tempi morti tra laurea, abilitazione alla professione e iscrizione alla scuola di specializzazione - iter che per un giovane medico può significare "perdere" quasi un anno - dovrebbe presto vedere la luce. Complice la sostanziale convergenza di tutti i protagonisti del "tavolo", che ha delegato il presidente del Cun **Andrea Lenzi** a sintetizzare in una bozza di documento quanto concordato. Le novità in arrivo non saranno retroattive ma probabilmente il decreto consentirà di beneficiarne, in prospettiva, già agli iscritti al quarto anno di corso: una volta arrivati al 6°, gli studenti svolgeranno il tirocinio ottimizzando i percorsi.

La soluzione che si prospetta è molto vicina alla proposta Fnomceo, rilanciata al tavolo dal segretario nazionale **Luigi Conte** e perorata dal coordinatore dell'Osservatorio giovani professionisti della Fnomceo, **Alessandro Bonsignore**.

Per la prova abilitante la Fnomceo aveva proposto a suo tempo «l'adozione di nuovi strumenti di valutazione aggiuntivi e determinanti». Come il progress test per la prova scritta e la presentazione e discussione di casi clinici seguiti durante il tirocinio. Il tutto accompagnato da «una modifica della Commissione d'esame», con un organismo terzo di valutazione in cui ai quattro professionisti designati dall'Ordine e ai quattro nominati dalla facoltà di Medicina se ne affianchino uno indicato dal ministero della Salute e due scelti dall'assessorato alla Salute tra professionisti esperti presenti sul territorio di competenza della singola università.

B.Gob.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



 **All'Humanitas**

In sala operatoria con immagini 3D per ridurre i tempi dell'intervento

Si chiama O-ARM2 e permette di trattare crolli vertebrali legati a traumi o tumori, spondilolistesi degenerative, scoliosi in modo mirato, poco invasivo, esponendo meno il paziente ai raggi X e per un tempo meno lungo. Il dispositivo, il primo in Italia, in uso all'Humanitas Neuro Center a Milano, è stato utilizzato nei giorni scorsi dall'équipe di Maurizio Fornari, responsabile di Neurochirurgia. «Siamo intervenuti per via toracica su una paziente di 78 anni affetta da ernia dorsale calcifica, che causando sofferenza del midollo spinale porta progressivamente alla paralisi», ha detto Fornari. Grazie all'utilizzo di O-ARM2 i medici hanno potuto individuare con precisione il disco da trattare, minimizzando l'asportazione del tessuto e riducendo il tempo operatorio di quasi un'ora. La tecnologia, infatti, permette di acquisire in sala operatoria un'immagine della zona da trattare simile a quella di una Tac, ricostruita in 3D. © RIPRODUZIONE RISERVATA



La ricerca Siamo in coda nella classifica dei Paesi capaci di richiamare studiosi di altre nazioni. Eppure in centri come l'Iit di Genova la metà viene dall'estero. Come agiscono le aree di eccellenza? Con stipendi adeguati, autonomia di budget, meritocrazia. Aspettando il piano nazionale

Scienza

Autonomia, investimenti e flessibilità C'è chi sa attrarre i «cervelli» stranieri

Microsoft ha scelto Trento, Napoli vanta un primato europeo nella biologia marina «I capitali arrivano se ci sono criteri chiari»

di **Giovanni Caprara**



proprio vero che il «Bel Paese» non attrae ricercatori stranieri? Forse oggi si possono dare risposte diverse capaci di superare lo stereotipo che «qui tutto va male e che è meglio fuggire». Certo, le indagini talvolta non incoraggiano quando misurano una realtà che spesso offre esempi contraddittori, ostacoli assurdi.

Nelle scorse settimane una ricerca pubblicata sulla rivista britannica *Nature* ha analizzato quali sono oggi i paesi europei più bravi e capaci nel richiamare e trattenere scienziati da altre nazioni. L'indagine è di due ricercatori del Dipartimento di Computer Engineering and Mathematics dell'Università spagnola di Tarragona, vicino a Barcellona: Alex Arenas e Manlio de Domenico, fisico italiano arrivato nella cittadina patrimonio Unesco quattro anni fa. Esaminando i dati dell'Unione Europea tra il 2007 e il 2014 riguardanti la mobilità e legati ai fondi messi a disposizione dal Settimo Programma Quadro, è emerso che il punteggio più alto era conquistato dalla Svizzera e dalla Gran Bretagna. Nel gruppo di coda della classifica si colloca l'Italia; una posizione segnalata come un caso perché — si fa notare — nei sette anni del piano il nostro Paese ha contempo-

aneamente perso scienziati e non è stato in grado di attrarne in modo significativo. L'analisi dimostra che il livello di fondi dedicati alla ricerca in una nazione è tanto importante quanto l'abilità del governo a creare meccanismi di richiamo (ad esempio, salari competitivi), oppure, per evitare la fuga, varare provvedimenti per assicurare un futuro alla loro ricerca.

Le eccezioni virtuose

Se le difficoltà nella Penisola esistono è anche vero che negli ultimi anni si sono manifestate realtà e iniziative in grado di funzionare da attrattori. Lo dimostra il campione di alcuni centri ricerca uscito da una ricognizione nelle varie Regioni tra il Nord e il Sud. Con dei record significativi, come l'Istituto Italiano di tecnologia (Iit) dove quasi la metà dei sui 1.100 ricercatori arrivano da una cinquantina di nazioni. Pure altri centri possono vantare percentuali ragguardevoli (in media da un quarto ad un terzo del numero complessivo). Proprio le cifre e la produttività scientifica di questi gruppi rivelano che, nonostante tutto, c'è qualcosa che cambia e che esiste una spinta a modificare la situazione in meglio ben governata da coloro che sono alla guida dei centri considerati.

«Dobbiamo essere attrattivi — afferma deciso Alberto Mantovani docente alla Humanitas University e direttore del Centro di ricerca Humanitas —. La corsa all'oro grigio, ai cervelli, è in atto



tra tutti i Paesi e l'Italia non è ancora molto partecipe a causa dei problemi del nostro sistema: dalle difficoltà dei visti alle regole non adatte al reclutamento degli stranieri. In tale contesto noi e pochi altri rappresentiamo un'eccezione che comunque esiste. Ci salvano in particolare le Charities come Airc perché sono uno sportello affidabile nei finanziamenti adottando un criterio meritocratico. Io sono ottimista anche perché vivo in un'area del Paese che attrae cervelli, trovandone qui altri in grado di battersi alla pari in contesti di intelligenza spesso fuori dal comune».

«Abbiamo co-finanziato al 60% due programmi per borse di studio dell'Unione Europea per 2,5 milioni di euro — nota Pier Giuseppe Torrani, presidente Airc — destinati a favorire la mobilità dei ricercatori in Europa. Ciò ha permesso di far giungere diversi scienziati che giudicano la ricerca oncologica nel nostro Paese di alto livello e dotata di strumentazioni d'avanguardia. All'Istituto Firc di oncologia molecolare Ifom di Milano ci sono studiosi provenienti dall'India al Giappone e noi stessi abbiamo creato da loro dei nostri laboratori. Ora siamo in trattative con altre Charities americane e britanniche per realizzare delle joint venture finalizzate ad accrescere proprio gli scambi».

Allentare la burocrazia

A Trento è sbarcato persino il colosso americano Microsoft creando in collaborazione con l'Università il centro Cosbi (Centre for Computational and Systems Biology) dove la ricerca informatica è rivolta alle scienze della vita. «La partecipazione tra i fondatori è paritaria — nota il presidente Corrado Priami —. Gli obiettivi rivolti ai risultati applicabili e le regole private nella gestione favoriscono sia l'arrivo dei ricercatori stranieri sia quello dei capitali con i quali finanziamo il 90% delle nostre attività. Ciò che serve è flessibilità e niente burocrazia. L'esperienza dimostra che se si vuole si possono fare cose buone».

Un altro caso particolare è rappresentato dall'International Centre for Genetic Engineering and Biotechnology dell'Unido, a Trieste, organismo delle Nazioni Unite nato per aiutare i Paesi in via di sviluppo nello sviluppo dell'ingegneria genetica e delle biotecnologie nel quale si incontrano anche cinesi, russi, americani ed europei. «Riceviamo centinaia di richieste all'anno — nota il direttore generale Mauro Giacca — a dimostrazione che i laboratori dove si lavora con efficacia suscitano l'interesse degli stranieri. Anzi il fatto di essere in Italia diventa un bonus ulteriore per venirci. Anche da noi esistono realtà nella ricerca che nulla hanno da invidiare ai centri di altri Paesi».

È interessante notare come le competenze si manifestino in un panorama molto ampio e d'avanguardia attraendo cervelli che qui trovano terreno favorevole per il lavoro e la loro crescita. A Napoli la Stazione zoologica «Anton Dohrn» affacciata sul lungomare del golfo è uno dei luoghi-riferimento internazionale per lo studio della biologia marina. La sua tradizione è di lunga data tanto che il fondatore e primo direttore Anton Dohrn nella seconda metà dell'Ottocento arrivava da Stettino e nei suoi studi si confrontava con Charles Darwin. «Abbiamo decine di scien-

ziati da dodici nazioni — precisa il presidente Roberto Danovaro —. Bisogna far capire che la loro presenza è importante per il nostro Paese anche perché, oltre a portare modelli di lavoro preziosi, aumentano le opportunità di avere fondi dall'Unione Europea. Per favorire l'afflusso è necessario creare cattedre speciali con stipendi altrettanto speciali necessari a sostenere la concorrenza. Aspettiamo con ansia l'approvazione della legge delega del ministro Madia che rende più flessibili i meccanismi di ingresso nei centri di ricerca pubblici togliendo alcuni aspetti paradossali: come la conoscenza della lingua italiana».

Negli anni Novanta a Firenze il fisico Massimo Inguscio e il chimico Salvatore Califano dell'Università di Firenze fondavano il laboratorio interdisciplinare Lens (European Laboratory for Non Linear Spectroscopy) diventato un'istituzione europea di primo piano nel campo della fotonica e delle neuroscienze. Qui il simbolo dell'attrattività è rappresentato da Diederik Wiersma. «Mi occupavo di Laser all'Università di Amsterdam — racconta — ma cercavo un centro di eccellenza internazionale. Scoprii il Lens riuscendo ad entrarci grazie al Cnr». E da ricercatore poi è diventato il direttore. «Ho ricevuto una buona offerta dall'Università di Utrecht ma ho rifiutato — dice —: il laboratorio fiorentino è una bellissima realtà di ricerca».

Adesso che prospettive si aprono per il futuro? Sarà possibile passare da sparse realtà a centri dove gli stranieri sono numerosi e di casa come in altri Paesi? «Il nuovo piano nazionale della ricerca appena varato rende questa prospettiva più praticabile creando delle condizioni prima inesistenti — afferma Massimo Inguscio, presidente del Consiglio Nazionale delle Ricerche —. E nella stessa direzione si muove il piano triennale del Cnr ormai definito nel quale si prevede la chiamata diretta degli stranieri. Si attueranno soprattutto dei provvedimenti capaci di fornire un aiuto adeguato a chi arriva garantendo possibilità di sviluppo».

Le caratteristiche da sviluppare

Ma, tornando al record di stranieri segnato dall'Iit di Genova, quali possono essere le ragioni di un flusso tanto elevato? «Ci sono tre motivi — spiega il direttore scientifico Roberto Cingolani —. Il primo è che trovano una grande struttura analoga ad altre internazionali; il secondo è un meccanismo di reclutamento di tipo omogeneo a quello esistente in altre nazioni nel quale si riconoscono facilmente; il terzo è l'autonomia di budget e di ricerca poi rigorosamente valutata. Siamo una Fondazione di diritto privato di proprietà dello Stato e quindi i controlli e la trasparenza sono eguali agli altri enti statali. Per gli stranieri venire da noi è un buon investimento e con i metodi adottati l'Istituto diventa attrattore perché credibile. Siamo il Paese più bello del mondo, tutto sta nell'offrire buone condizioni. I problemi esistono anche altrove ma noi abbiamo la tendenza a ingannarli. Gli stranieri vanno dove sanno di trovare buoni cervelli e in Italia ce ne sono in abbondanza».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

50
50
40

50

per cento
la quota
dei ricercatori
stranieri
presente all'lit
di Genova, la
metà di 1.100

12

nazioni: quelle
da cui proviene
la quota di
stranieri che
lavora al centro
«Humanitas»
di Milano

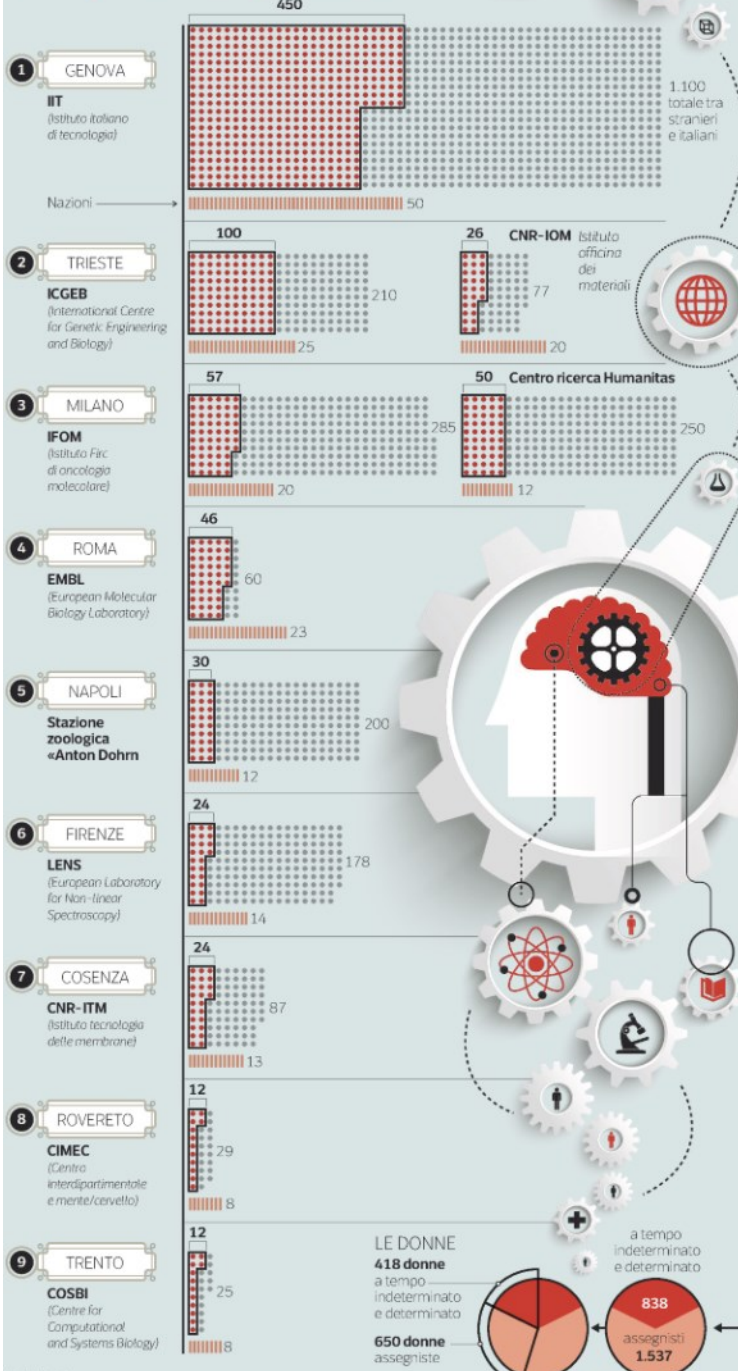
Gli studiosi

Tanti sono i ricercatori italiani e stranieri che lavorano negli atenei statali e non statali in Italia. Il numero più alto di persone si riscontra nell'area scientifico-disciplinare dell'Ingegneria industriale e dell'informazione, dove studiano 5.266 ricercatori, mentre quello più basso si trova a Scienze della Terra, dove l'oro grigio, cioè i «cervelli», sono appena 819

I ricercatori in Italia

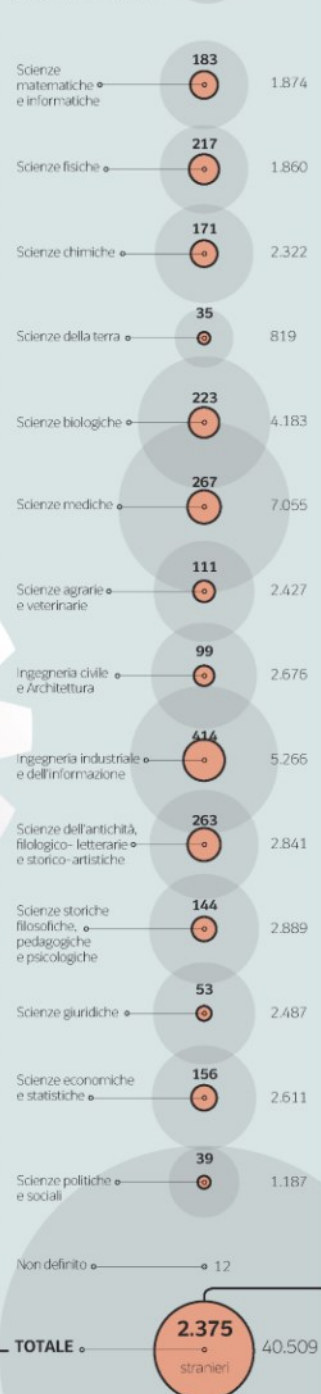
CENTRI ITALIANI CON UNA SIGNIFICATIVA PRESENZA STRANIERA

LEGENDA ● = stranieri ● = italiani | = nazioni di provenienza



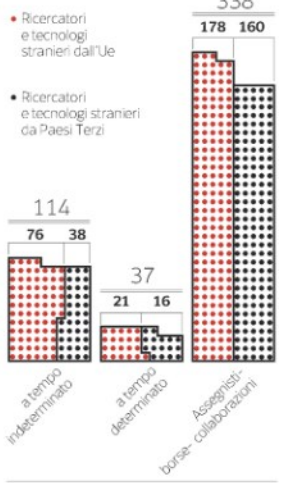
NEGLI ATENEI

Ricercatori italiani e stranieri negli atenei statali e non statali per area scientifico disciplinare, anno 2014



NEGLI ENTI VIGILATI DAL MIUR

(Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca)



IL CONFRONTO



PER CLASSI D'ETÀ



Fonti: Miur, Cnr

Medici, via il vecchio test per ottenere l'abilitazione

► Università, rivoluzione in vista: Ministero al lavoro per far partire presto la riforma

► Il corso di laurea dovrebbe comprendere il tirocinio formativo e il successivo esame

TEMPI PIÙ CORTI FINO A UN ANNO PER GLI ASPIRANTI CAMICI BIANCHI. UN PRIMO TAVOLO TECNICO CON GLI ORDINI

I SINDACATI: «SIAMO TUTTI D'ACCORDO» INTANTO LA LORENZIN INVIA I NAS NELLE MENSE SCOLASTICHE PER CIBO E DIETE

IL PIANO

ROMA Una rivoluzione che potrebbe tagliare, non poco, il corso di studi per diventare medico: i tecnici del ministero dell'Istruzione stanno valutando la laurea abilitante che, ogni anno, potrebbe ridurre la carriera universitaria degli aspiranti camici bianchi dai 6 ai 12 mesi. E ora si punta ad accelerare i tempi e arrivare così con la riforma in vigore già a partire dal 2018. Un primo tavolo tecnico, convocato dal Miur, ha fatto incontrare le proposte del Consiglio nazionale universitario e dalla Federazione degli ordini dei medici e degli odontoiatri. Sostanzialmente in linea con le richieste avanzate anche dai sindacati e dalle associazioni del settore al [ministero della salute](#), che puntano dritto a far rientrare nel corso di laurea il tirocinio formativo e il relativo esame abilitante. Con cui poi si accede alla specializzazione o alla scuola di medicina generale.

SERIE LUNGHISSIMA DI PROVE

Il tirocinio rischia di far trascorrere troppi mesi dalla laurea all'accesso del corso di studi successivo. Si tratta infatti di tre mesi da trascorrere rispettivamente in una clinica medica, in una clinica chirurgica e presso un medico di base. A quel punto arriva il test per ottenere l'abilitazione. La prova ha cadenza semestrale, orientativamente a febbraio e a luglio. Poi ci si iscrive all'ordine dei medici e si tenta l'ingresso alla specializzazione. Una serie lunghissima di test, che inizia con il contestato numero programmato per

medicina, che dalla laurea in poi rischia di impantanare il percorso di studi. I tempi, per circa 7 mila medici ogni anno, si allungano e l'età media dei camici bianchi alla prima esperienza si alza inevitabilmente. «Siamo tutti d'accordo - assicura Massimo Cozza, responsabile di Cgil sanità - che sia necessario quanto prima accorciare i tempi tra la formazione e il lavoro. Se lavoriamo tutti, possiamo mettere in atto la riforma già dal 2018».

LANCIATA UN PETIZIONE

La discussione ora è aperta su come far svolgere il tirocinio, inglobandolo nel quinto o sesto anno di laurea: la Fnomceo pensa a nuovi strumenti di valutazione, anche tramite la discussione di casi clinici seguiti durante il tirocinio, con un presidente della commissione per gli esami di Stato che entrerebbe a far parte della commissione per gli esami di laurea. Sulla necessità del tirocinio, sono tutti d'accordo: «Resta assolutamente indispensabile - spiega Maja Fedeli, portavoce del Coordinamento Mondo Medico - ma sarebbe un'enorme conquista farlo svolgere durante il corso di laurea, durante il quinto o sesto anno. Si riuscirebbe infatti a snellire la procedura di almeno 6 mesi, se non di più. Chiediamo anche di abolire il test a crocette: non ha senso valutare un tirocinio con un test simile. Al riguardo stiamo lanciando una petizione per la laurea abilitante».

AL PASSO CON L'EUROPA

E allora la discussione in corso, avviata dal tavolo tecnico e da incontri precedenti nei due ministe-

ri interessati, potrebbe coinvolgere l'intero corso di laurea: «Per far sì che questa riforma sia pienamente compiuta - spiega l'Unione degli Universitari - riteniamo che la laurea abilitante debba essere solo un primo passo, nella direzione di una revisione complessiva dell'intero percorso di studi. Gli aspiranti medici fino a questo momento affrontano 6 anni quasi esclusivamente di didattica frontale, con pochissimo spazio dedicato all'esperienza pratica sul campo. Solo agendo in questa direzione si andrà veramente verso una riforma al passo con il resto dell'Europa». Intanto parte una indagine dei Nas nelle mense scolastiche: l'obiettivo è quello di capire se quanto i bambini consumano a scuola sia di qualità e adatto ai loro bisogni nutrizionali. L'avvio dell'indagine è stato ordinato dal ministro della salute [Beatrice Lorenzin](#): «L'alimentazione nelle scuole è importantissima, ho mandato i Nas per fare controlli a campione nelle scuole italiane per verificare se la qualità dei cibi richiamati nelle diete sia consona con la qualità garantita ai nostri bambini».

Lorena Loiacono

© RIPRODUZIONE RISERVATA



PIANO RICERCA AI RAGGI X

Priorità al capitale umano

Scienziato come asse portante - Manca l'attività di base

Nel nuovo Pnr (Programma nazionale per la ricerca 2015-2020) presentato dalla ministra **Stefania Giannini**, con un investimento di quasi 2,5 miliardi di euro per i primi 3 anni, coesistono novità interessanti e punti molto discutibili. Nuova e promettente è la decisione di focalizzare le risorse su alcuni ambiti prioritari, come gli strumenti per

l'arruolamento di nuovi ricercatori e i meccanismi premiali per le eccellenze. Del tutto deludente, invece, l'aver fortemente privilegiato la ricerca applicata, in linea con la filosofia dei programmi Ue, a scapito della ricerca di base, a cui le 93 pagine del Pnr dedicano solo un omaggio retorico.

A PAG. 6-7

PIANO NAZIONALE 2015-2020/ Gli scienziati il vero fulcro di innovazione e sviluppo

La ricerca è il capitale umano

Tra luci e ombre: attività di base grande sconosciuta - Ecco la a mappa

Nel nuovo Pnr (Programma nazionale per la ricerca 2015-2020) presentato dalla ministra **Stefania Giannini** al Miur, con un investimento di quasi 2,5 miliardi di euro per i primi 3 anni, coesistono novità interessanti e punti molto discutibili.

Nuova e promettente è la decisione di focalizzare le risorse su alcuni ambiti prioritari, come la messa in campo di strumenti per l'arruolamento di nuovi ricercatori e di meccanismi premiali per le eccellenze della ricerca. Del tutto deludente, invece, l'aver fortemente privilegiato la ricerca applicata, in linea con la nuova filosofia dei programmi di finanziamento europeo, a scapito della ricerca di base, a cui le 93 pagine del Pnr dedicano solo un omaggio retorico ma privo di sostanza.

Luci e ombre della ricerca italiana. Ma andiamo con ordine. Il documento si apre con uno sforzo di analisi della situazione non certo ideale della ricerca nel nostro paese nel contesto globale di un'Europa che cambia. Va preso atto dell'atteggiamento propositivo nel riconoscere le gravi pecche che ancora caratterizzano il sistema del finanziamento della ricerca in Italia, quali, ad esempio, il basso rapporto fra spesa per R&S (ricerca e sviluppo) e Pil, nel 2013 pari a 1,31% (ancora lontano dall'obiettivo italiano dell'1,53% e lontanissimo da quello dell'Ue del 3% entro il 2020); oppure la limitata presenza dei ricercatori nel settore privato, e la bassa attrattività internazionale di studenti, scienziati e investimenti privati in R&S: solo il 2% degli studenti stranieri viene a studiare nelle nostre università e solo il 24,2% della spesa italiana in R&S proviene da multinazionali straniere

(con un calo preoccupante del 3,8% dal 2007 al 2012).

Accanto a questi elementi negativi vengono ricordati anche i dati globali, apparentemente positivi, sull'accesso dell'Italia ai fondi europei, che posizionano il Paese, in termini di finanziamenti ricevuti, al quarto posto, dopo Regno Unito, Germania e Francia, e che riconoscono ai nostri scienziati un alto tasso di successo e di competitività, nonostante le difficoltà e l'immobilismo che la nostra ricerca vive da anni.

Preoccupano però gli aspetti negativi che emergono dall'analisi più approfondita riportata nel Pnr dei dati relativi alla partecipazione italiana ai Programmi Quadro della Commissione europea (in particolare, il V, il VI e il VII concluso nel 2013), dove il differenziale tra il contributo italiano al budget europeo e i finanziamenti ottenuti mette in luce un saldo nettamente negativo, rispetto a una situazione vicina al pareggio per la Germania e un ritorno nettamente positivo per il Regno Unito. I ricercatori italiani applicano molto per i progetti europei, affamati da risorse sempre più scarse nel nostro Paese, ma con risultati non sempre ottimali.

L'analisi dello stato della ricerca italiana nel paese e nel quadro europeo porta il Pnr a privilegiare alcune linee di intervento, prima fra tutte il sostegno da dare ai ricercatori dei settori pubblico e privato per affrontare al meglio la competizione dei bandi europei del Programma Horizon 2020.

Priorità chiare. Tra le novità positive del Piano nazionale della ricerca c'è sicuramente la chiara focalizzazione su sei macro-obiettivi prioritari, individuati sulla base delle vocazioni più promettenti della ricerca

italiana e sui suoi punti di forza, a cui corrispondono altrettanti programmi, come riportato in dettaglio nella tabella in alto.

Una seconda novità sta nelle modalità con cui il Pnr si propone di raggiungere questi obiettivi. Oltre a strumenti già ben noti agli operatori del settore, quali First, l'Ffo, il Foe e il Fisir (per dettagli si veda: http://www.istruzione.it/allegati/2016/PNR_2015-2020.pdf), il Pnr ne userà alcuni completamente nuovi, fra i quali le Cattedre Natta e i Bandi Montalcini per il reclutamento degli scienziati italiani più eccellenti, o il programma Top Talents per il potenziamento e la semplificazione delle "chiamate dirette" di ricercatori e professori all'estero, favorendone l'ingresso (o il rientro) nei ruoli delle Università e degli Enti di ricerca.

Al centro il capitale umano. Di questo nuovo Pnr, infatti, ciò che convince maggiormente è senz'altro il notevole investimento nel capitale umano (più di un miliardo di euro), in linea con quanto già in atto in tutti i paesi anglosassoni e in altri paesi europei, che riconosce allo scienziato il ruolo di asse portante dell'innovazione e lo status sociale di operatore e interlocutore esperto e autorevole nelle strategie di sviluppo del Paese.



Oltre ai Top Talents già menzionati, il Capitale Umano sarà sostenuto con l'introduzione di corsi di Dottorati innovativi, dei nuovi programmi di Doctor Startupper e Contamination Lab e di PhD placement, tutti finalizzati a migliorare la qualità della formazione dei nuovi ricercatori e un adeguato ricambio generazionale. Agli strumenti previsti dal nuovo Pnr per il potenziamento del Capitale Umano, si aggiungeranno i nuovi posti da ricercatore (fra gli 8.000 e i 20.000), menzionati dalla ministra **Beatrice Lorenzin** nei giorni scorsi a Roma durante gli Stati generali della ricerca sanitaria, e ricordati anche ieri dalla ministra Stefania Giannini.

Da accogliere con attenzione anche i finanziamenti assegnati al programma Fare (Framework per l'attrazione e il rafforzamento delle eccellenze per la ricerca in Italia, 293 milioni) e al programma Ride (Ricerca italiana di eccellenza, 150 milioni). Il primo per l'accompagnamento dei ricercatori ai più prestigiosi bandi europei per la ricerca (i bandi Erc); il secondo per docenti e ricercatori di università ed Enti pubblici di Ricerca, con documentata e solida esperienza nella conduzione di programmi di ricerca nazionale, europea e internazionale classificati nei profili di eccellenza del framework europeo delle carriere della ricerca.

Distratti sulla ricerca di base. Ma, a nostro avviso, il vero punto di debolezza del Pnr 2015-2020 riguarda la mancanza di chiarezza sul finanziamento alla ricerca di base, quella che nel nuovo Pnr viene defi-

nita "ricerca fondamentale" (diretta cioè a sostenere l'avanzamento della conoscenza). Nominata più volte nel documento, in realtà essa viene poi ricondotta sempre ad aree di priorità per la ricerca applicata, generando non poca confusione nel lettore.

Se individuiamo nei programmi Miur noti come "Prin" (Programmi di Interesse Nazionale) e "Firb" (Fondi per gli investimenti della ricerca di base) gli strumenti usati nel passato per finanziare la ricerca di base, constatiamo che questi fondi sono diminuiti da 292 milioni nel 2004 (137 per Prin e 155 per Firb) ai soli 92 milioni banditi per i Prin nel 2015. Non c'è traccia di questi tipi di bandi nel nuovo Pnr. Questo sorprende molto, dato che questi fondi sono essenziali per permettere agli scienziati italiani di rimanere competitivi a livello internazionale e condurre le ricerche necessarie per poter applicare ai bandi europei.

Forse vale la pena di ricordare che i trattati europei prevedono che la ricerca di base venga finanziata direttamente dagli Stati membri (come peraltro anche dimostrato dalla progressiva riduzione negli anni dei fondi che la Commissione europea ha assegnato alla ricerca di base rispetto a quella applicata). Mentre negli altri Paesi (anche europei) in questi anni i governi hanno infatti aumentato costantemente gli stanziamenti per la ricerca di base, in Italia questi fondi si sono progressivamente ridotti e questa tendenza sembra confermata dal nuovo Pnr.

A chi spetta allora assicurare un

flusso costante e affidabile per il finanziamento della ricerca fondamentale, quella che nasce dalle nuove idee, quella che genera l'innovazione; chi assicurerà la sopravvivenza di quel tipo di ricerca che sposta un po' più in là il confine dell'ignoto, e che nella filiera dovrebbe venire prima della ricerca applicata?

Certamente nelle prossime settimane molti aspetti del nuovo Pnr verranno chiariti. E speriamo che un'analisi più approfondita ci riveli con quali fondi di ricerca i ricercatori assunti con il nuovo Pnr condurranno i loro studi. Speriamo di capire con quale strumento potranno rafforzare i loro risultati i gruppi italiani che fanno ricerca di altissimo livello, ma che comunque non riescono a rientrare nella piccolissima quota (2-5%) dei progetti finanziati dagli Erc o dai nuovi bandi europei. Riusciranno a farlo con i pochi fondi del nuovo Pnr, che sembrano assegnabili solo alle eccellenze?

Se non è il Pnr a doversi occupare di sostenere la ricerca di base, allora gli scienziati italiani chiedono che il Miur e il governo stabiliscano a chi spetta questo importantissimo compito.

Maria Pia Abbraccio

Università Statale di Milano

Maria Cristina Facchini

Cnr, Istituto di scienze

dell'atmosfera e del clima

Luca Carra

direttore Scienza in rete

Gruppo 2003 per la ricerca

(www.gruppo2003.org)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I sei macro-obiettivi e i programmi corrispondenti con relativo budget

Obiettivo	Programma	Budget (mln €)
Internazionalizzazione e coordinamento con iniziative della Commissione europea	Horizon 2020 e la Ricerca Internazionale	107,4
Centralità investimento nel capitale umano	Capitale umano	1.020,4
Sostegno selettivo delle infrastrutture di ricerca	Infrastrutture di ricerca	342,9
Aumentare la collaborazione pubblico-privato	Cooperazione pubblico-privato e ricerca industriale	487,1
Azioni prioritarie Mezzogiorno	Mezzogiorno	436,0
Migliorare efficienza e qualità della spesa	Efficienza e qualità della spesa	34,8
Totale		2.428,6

quotidianosanita.it

Lunedì 09 MAGGIO 2016

Appropriatezza. Ancora sul progetto *Ermete* dopo la lettera di *Allineare Sanità e Salute*

Gentile direttore,

tutti i medici appropriati si assomigliano, ogni medico inappropriato è inappropriato a modo suo. La frase è familiare. E' modellata sul celebre incipit del capolavoro di *Tolstoj*, *Anna Karenina*. "Tutti i matrimoni felici si assomigliano, ogni matrimonio infelice è infelice a modo suo". Il senso dell'affermazione è chiaro. Affinché il matrimonio riesca, devono funzionare molte cose: conoscenza reciproca dei caratteri, attrazione fisica, condivisione di valori, principi ed etica (denaro, educazione dei figli, religione, rispetto reciproco, osservanza delle regole condivise e via di seguito). Basta che un aspetto venga a mancare e un'unione solida può naufragare, anche se tutto il resto sembra funzionare.

E' un principio valido anche per l'appropriatezza. I medici appropriati hanno in comune diversi aspetti: adeguato livello di aggiornamento, buone letture scientifiche, robusta base di fisiopatologia, sicurezza nella pratica clinica, rispetto per l'etica e per il bene comune, assenza di conflitti di interesse e via dicendo. Se una sola di queste caratteristiche viene meno, si scivola, in modo più o meno rilevante, nell'inappropriatezza.

Il Sistema *Ermete*, cerca, sussurrando all'orecchio ([QS 08 Aprile 2016](#)), di aiutare i medici ad essere appropriati (felici), riducendo alcuni degli aspetti che li rendono inappropriati (infelici).

Come?

Con una comunicazione strategica che, per mezzo di un Decision Support System (DSS), fornisce in tempo reale la conoscenza utile nella fase prescrittiva dei LEA. La fase interpretativa dei risultati è invece deliberatamente non gestita dal sistema: quindi, quanto scritto dagli amici di *Allineare Salute e Sanità* ([QS 27 Aprile 2016](#)) sugli intervalli di riferimento della Vitamina D in *Ermete*, non è contestuale, perché aspetto non oggetto del Sistema.

Ermete è stato infatti progettato, usando la terminologia di Popper, come un modello a razionalità limitata, al fine di fornire al medico, data la vastità delle variabili e delle opzioni, il numero minimo di elementi utili nella prescrizione degli esami. In altre parole abbiamo circoscritto le informazioni a quelle necessarie per una corretta scelta dei test erigendo un vallo tra fase prescrittiva e fase interpretativa che spesso, nei testi accademici e in letteratura, sono embricate.

A nostro avviso, è proprio l'interconnessione tra prescrizione e interpretazione uno dei maggiori bias cognitivi alla base degli errori di inappropriatezza.

Esempi: le malattie croniche intestinali e la sarcoidosi.

Nell'*Harrison's Principles of Internal Medicine*, testo di riferimento universalmente riconosciuto, è riportato che nel Crohn e nella Rettocolite Ulcerosa aumentano gli indici di fase acuta. Essi sono in realtà molti: PCR, fibrinogeno, aptoglobina, C3, C4, VES, alfa1 antitripsina, leucociti, calprotectina fino ad arrivare alle interleuchine 1 e 6.

Questa informazione è opportuno sia conosciuta nella fase interpretativa dei risultati - ottenuti, a volte, per motivi clinici estranei alla patologia intestinale - perché permette di sospettare (se aumentati), insieme a sintomi, anamnesi ed esame obiettivo, una malattia cronica intestinale.

Di certo però non deve mai essere presa in considerazione la possibilità di avvalorare il sospetto diagnostico di malattia di Crohn prescrivendo l'aptoglobina.

Questo perché, nella flogosi, essa aumenta solo di 3-5 volte rispetto al valore basale, mentre la PCR fino a 1000 volte. E la calprotectina è più specifica e quindi più appropriata. La PCR è più sensibile e la calprotectina più specifica dell'aptoglobina, la cui prescrizione ha come unico rationale l'anemia emolitica.

Per questi motivi la sintesi che Ermete offre sull'aptoglobina è "Test utile nell'anemia emolitica acuta. Non consigliato nella valutazione dell'infiammazione".

Allo stesso modo in letteratura sono dimostrati casi di aumento del test ACE (Angiotensin Converting Enzyme) nel diabete e l'ipertiroidismo. Questa informazione, utile nell'interpretazione di un risultato ACE alterato, non deve mai indurre un medico a prescrivere il test nella diagnosi o monitoraggio del diabete mellito, perché il rationale dell'esame è solo la sarcoidosi.

Per queste ragioni il suggerimento sull'ACE di Ermete, nella logica a razionalità limitata, è "Utile nella diagnosi e monitoraggio della sarcoidosi". Questo tipo di formulazione e comunicazione della conoscenza può essere in qualche modo vanificato da contrastanti interessi?

E' questa l'ombra che incombe sul sistema Ermete, secondo la Fondazione Allineare Sanità e Salute (QS 27 Aprile 2016)? La possibilità esiste sempre e non può essere azzerata, come in qualsiasi altro luogo della comunità umana. Si può però tendere a ridurla al minimo, come ci insegnano gli studiosi del problema, attraverso la trasparenza degli atti e dei processi e allargando la partecipazione ai tavoli decisionali a tutti gli stakeholders.

Ermete (QS 24 marzo 2016) è fondato su quattro pilastri:

- Fiducia che i suggerimenti dati siano veramente supportati da riscontri scientifici e siano screevi da conflitto di interessi (questo viene traslato dalla credibilità professionale dei partecipanti al board e dalla riconosciuta loro onestà personale ed intellettuale).
- Condivisione pubblica del percorso decisionale.
- Partecipazione di tutti gli stakeholders all'atto decisionale e alla sua continua revisione.
- Trasparenza degli atti e dei processi partendo dalla pubblicazione ufficiale della composizione del board.

L'aspetto economico evidenziato da Allineare Sanità e Salute è importante come riconoscimento alla professionalità degli operatori in Sanità e alla qualità di essa. Non è però risolutivo del conflitto di interessi, in quanto qualsiasi cifra si possa pensare adatta alla riduzione del conflitto di interessi, potrà sempre essere scavalcata da un'offerta superiore. Condividiamo invece la loro proposta che gli obiettivi in Sanità – declinati nei budget delle ASL - non siano parametrati alle prestazioni più o meno erogate ma debbano essere agganciati agli indici di salute prodotti (outcome). E' questo il salto di paradigma per un SSN proiettato nel futuro con una valutazione di efficienza ed efficacia del sistema complessiva e non parcellizzata come ora avviene.

L' indicatore principe non deve essere solo il controllo della spesa. E' necessario agganciare questo al miglioramento della salute della popolazione nell'ambito di influenza delle varie aziende sanitarie territoriali.

In questi anni (e i dati in diminuzione dell'aspettativa di vita lo confermano) la riduzione della spesa tout court con tagli lineari, ticket, tasse, prenotazioni, limitazioni nel numero di test per ricetta, etc. hanno prodotto pochi risparmi effettivi. Hanno ridotto però certamente la qualità della salute dei cittadini violando quello che era l'intento dei padri costituenti quando hanno redatto l'articolo 32 della Costituzione.

A nostro avviso, l'appropriatezza in tutte le sue declinazioni cliniche e organizzative è pietra d'angolo per un SSN adempiente i principi costituzionali e sostenibile economicamente.

Essa potrà migliorare se gli attori del SSN (siano essi operatori sanitari, amministratori o politici) accetteranno una maggiore accountability assumendosi la responsabilità di scelte e risultati. Il conseguente empowerment delle persone, governance dei processi (esempio semplice ma esplicativo di corretta governance dei processi: chi, come, quanto e quando si possono richiedere guanti sterili in un ospedale), TRI (tempo di risposta all'innovazione), condurranno "naturalmente" alla riduzione degli sprechi e del conflitto di interesse.

Belle parole? Se restano parole sì, sono solo belle parole. Spetta a noi tutti operatori in sanità riempirle di significato con i nostri comportamenti e con soluzioni concrete e operative.

In conclusione Ermete è stato progettato per rendere possibile un pieno e reale empowerment nella scelta degli esami di laboratorio, ossia una governance nella prescrizione senza ricorrere a provvedimenti politico-amministrativi, che comportano limiti e sperequazioni insite in un razionamento non ispirato a criteri scientifici e alla libertà di scelta del curante.

Ridurre l'inappropriatezza delle prestazioni rappresenta, oltre una necessità clinica, anche un obiettivo etico, di giustizia sociale ed economico, il cui raggiungimento è sempre più urgente in ragione della crisi economico/finanziaria in corso.

L'etica, nel contesto specifico del knowledge management, va considerata anche nella sua accezione di legame e fiducia. Legame e fiducia come substrato della naturale empatia tra gli uomini, senza la quale non può esservi comunità o società. Insieme ad esse ci deve essere la condivisione delle regole ed il loro rispetto: il principio di Anna Karenina.

Tutti questi elementi riconoscono nelle singole persone l'elemento centrale e strategico: coinvolgerle per costruire una rete condivisa e aperta è fonte di un processo virtuoso ed economicamente conveniente nella gestione della cosa pubblica. Una partecipazione attiva e consapevole in sanità passa necessariamente attraverso la conoscenza.

D'altro canto l'atto principe e distintivo dell'arte medica è la diagnosi (δία-γνωση) dal greco "δία - attraverso" e "γνωση - conoscenza": conoscenza dei sintomi/segni per conoscere (scoprire) la malattia e giungere alla terapia nell'accezione di "procedura verso la guarigione".

Lo sforzo insito nel sistema Ermete va, appunto, in queste direzioni.

Si licet parva, passando dalla letteratura alla canzone d'autore, rubando la parola a Gaber, ci pare ragionevole pensare che il migliore antidoto agli interessi contrastanti non possa che essere la partecipazione.

Dott. Alessandro Camerotto

Responsabile Scientifico Progetto Ermete, Regione Veneto

Dott.ssa Vincenza Truppo

Ricercatrice Progetto Ermete, Regione Veneto

Dott. Roberto Mencarelli

Ricercatore Progetto Ermete, Regione Veneto

Lunedì 09 MAGGIO 2016

“Con l’H16 meno servizi ai cittadini. Non può essere la convenzione a cambiare il sistema. Se ne deve occupare il Parlamento”. Intervista a Pina Onotri (Smi). L’11 maggio in piazza

Il Sindacato medici italiani insieme a Cgil, Cisl, Uil e Simet prepara la protesta di mercoledì e chiede a Renzi di fermare la riforma delle cure primarie basata sull’H16. Ma è scoppiata anche una polemica con la Fnomceo che lo stesso giorno della protesta ha convocato una conferenza stampa per presentare la convention di Rimini. Per lo Smi “questa sovrapposizione rischia di vanificare il senso di una protesta”

Il prossimo 11 maggio lo Smi insieme a Cgil, Cisl, Uil e Simet sarà in piazza Montecitorio per protestare contro il nuovo modello di assistenza territoriale basato sulle 16 ore, con la notte affidata al 118 ([Video](#)). “Crediamo che una riforma così importante che riguarda l’assistenza territoriale dei cittadini non possa essere fatta con uno strumento asfittico come un accordo collettivo nazionale”, afferma la segretaria Smi **Pina Onotri** che in quest’intervista sottolinea anche la frattura creatasi con la Federazione che nello stesso giorno ha convocato una conferenza stampa per presentare la Conferenza nazionale della Professione che si terrà a Rimini la prossima settimana.

“Ho scritto alla presidente Chersevani chiedendole di posticipare o anticipare la conferenza della Federazione (a cui avremmo partecipato volentieri) ma non abbiamo avuto nessuna risposta”. E per questo motivo lo Smi “Ha deciso di ritirare la sua delegazione” dall’evento di Rimini.

Dottoressa Onotri, l’11 maggio sarete in piazza Montecitorio contro il nuovo modello H16 per le cure territoriali previste dal nuovo Atto d’indirizzo. Perché vi rivolgete direttamente al presidente Renzi?

Crediamo che una riforma così importante che riguarda l’assistenza territoriale dei cittadini non possa essere fatta con uno strumento asfittico come un accordo collettivo nazionale. Ci dev’essere un dibattito parlamentare. Non è una cosa che si può demandare alle Regioni perché si tratta di Lea.

Cosa vi preoccupa del modello H16?

Oltre ad essere preoccupati per il futuro professionale dei colleghi, ciò che ci preoccupa di più sono i servizi che forniscono i colleghi della continuità assistenziale alla cittadinanza.

Non sembrate essere però soli in questa protesta...

Sì sono moltissimi i sindaci e anche le associazioni consumatori che hanno accolto il nostro appello. Oltre a noi, anche i sindacati Cgil, Cisl, Uil e Simet che hanno aderito alla protesta. E negli ultimi giorni anche i medici ospedalieri dell’Anao (che non scenderanno in piazza con noi) hanno rilasciato dichiarazioni preoccupate rispetto a questo nuovo modello di cure primarie.

Non vi è quindi piaciuto che la Fnomceo nello stesso giorno e alla stessa ora della vostra protesta ha programmato una conferenza stampa per lanciare la Conferenza nazionale sulla professione medica che si terrà a Rimini la prossima settimana?

Siamo preoccupati sì. La Fnomceo è stata invitata ufficialmente alla manifestazione dell’11 maggio ma

ha scelto proprio lo stesso giorno per annunciare in una conferenza stampa gli Stati generali della professione a Rimini. Importanti, per carità, ma è un evento che si fa ogni tre anni e si poteva posticipare o anticipare l'annuncio visto che noi è più di un mese che abbiamo calendarizzato la manifestazione a Montecitorio. Inutile negare che queste sovrapposizioni rischiano di vanificare il senso di una protesta. La Fnomceo viene meno alla sua terzietà nei confronti della professione.

Insomma, si rischia l'ennesimo autogol della categoria. Ma avete parlato con la Fnomceo di questa sovrapposizione?

Ho scritto alla presidente Chersevani chiedendole di posticipare o anticipare la conferenza della Federazione (a cui avremmo partecipato volentieri) ma non abbiamo avuto nessuna risposta.

E quindi?

Per protesta e per rispondere soprattutto ai colleghi che scenderanno in piazza abbiamo deciso di ritirare la delegazione dello Smi dagli Stati generali di Rimini. E questo segna inequivocabilmente una spaccatura del fronte sindacale.

Dottoressa, il vostro dissenso all'H16 non è nuovo. Ma in questo periodo avete avuto rassicurazioni o contatti con la controparte?

No, c'è stato un silenzio assoluto. E mi faccia dire che tutto ciò è assurdo. Come si può pensare di togliere un servizio come quello notturno della Guardia medica senza aver studiato prima l'impatto e cosa produce. Le faccio un esempio: tre anni fa è partito dalla Toscana un modello h16 che ha soppresso 180 incarichi di continuità assistenziale che costavano 2 mln ma sono stati nominati 108 coordinatori di AFT. Insomma si tolgono i servizi veri. Sarei curiosa di vedere poi queste performance delle AFT toscane rispetto al modello attuale. Tutto può essere migliorabile ma questo H16 è un salto nel buio.

Dopo la protesta di mercoledì cosa farete?

Inizieremo col lanciare delle assemblee per informare i cittadini e i colleghi sui rischi e siamo pronti a fare ostruzionismo ad oltranza e ad attivare ogni forma di protesta, perché se andrà in vigore questa riforma ci saranno ancora più sperequazioni tra regioni e regioni perché tutto sarà subordinato alla disponibilità economica.

Luciano Fassari