



RASSEGNA STAMPA

06-07-2016

1. CORRIERE SALUTE Il ruolo dei media nella lotta ai tumori
2. CORRIERE SALUTE Il melanoma fa meno paura grazie a nuove cure e un mix «fast&furious»
3. STAMPA TUTTOSCIENZE Salvare il cuore per vincere il tumore
4. MESSAGGERO Cancro, stop con un chip e una cellula
5. GAZZETTA DI MODENA Linfoma di Hodgkin, come evitare effetti della chemio
6. GAZZETTINO Malati pendolari da un anno 220 km per la radioterapia
7. GAZZETTINO PADOVA Iov, i posti non bastano: 200 chilometri per curarsi
8. REPUBBLICA GENOVA Amianto nella ex Boero La società: "La bonifica fu certificata dagli enti"
9. QUOTIDIANO SANITÀ Abruzzo. Screening oncologici, più che raddoppiate
10. QUOTIDIANO SANITÀ Terapia del dolore e cure palliative, non sono un diritto per tutti?
11. REPUBBLICA BARI Erbe per curare il cancro sui terreni della mafia
12. QUOTIDIANO SANITÀ Fine vita. Scienza & Vita: "Sì a cure adeguate"
13. OGGI Eutanasia: regole strette per una scelta volontaria
14. STAMPA TUTTOSCIENZE Brexit fa male anche alla salute
15. REPUBBLICA MILANO Intervista a Vincenzo Salvatore - "Milano ha tutto quello che serve all'Ema"
16. AVVENIRE La sanità digitale cura meglio ma l'Italia è fanalino di coda
17. REPUBBLICA TORINO Candiolo vuole raddoppiare i posti del centro tumori
18. QUOTIDIANO DEL MOLISE Sindacati a Roma dalla Lorenzin
19. QUOTIDIANO SANITÀ Le Assicurazioni propongono un patto sulla sanità.
20. QUOTIDIANO SANITÀ Lavoro. Italia punta su profili qualificati
21. QUOTIDIANO SANITÀ Sanità digitale. Censis: "Italia indietro. Spesa dimezzata rispetto a media europea"

LA RIFLESSIONE

Il ruolo dei media nella lotta ai tumori

Più del 70% degli italiani ritiene di essere informato sulla salute ma cresce la quota di coloro che temono la confusione causata dalle troppe notizie

di Carmine Pinto (Presidente nazionale Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM))



La sete di informazioni in ambito medico-scientifico da parte dei cittadini è molto alta, soprattutto quando si trattano temi delicati come i tumori. Ed è elevato anche il rischio di distorsioni e di incorrere in fonti non certificate, in particolare se il mezzo utilizzato è Internet: è “vero” e fa “notizia” solo quello che si conosce e si diffonde. Più del 70% degli italiani ritiene di essere informato sulla salute, ma cresce la quota di coloro che temono la confusione causata dalle troppe notizie (il 54,5% nel 2014 contro il 41% del 2012, CENSIS). È compito di una moderna società scientifica saper “governare” il flusso costante di informazioni.

Il corso per giornalisti scientifici e oncologi

Per questo l'AIOM (Associazione Italiana di Oncologia Medica) ha organizzato il secondo Corso Nazionale per Giornalisti Medico-Scientifici e Oncologi che si è svolto recentemente a Reggio Emilia. I due mondi devono imparare a conoscere le reciproche esigenze: il giornalista si aspetta dalla medicina risposte chiare, in tempo reale e continue certezze, mentre la medicina spesso produce domande a cui tenta di rispondere. È però possibile trovare una mediazione tra il rigore del linguaggio scientifico e il carattere divulgativo di quello giornalistico. Un medico non deve temere di essere considerato poco professionale se parla con un linguaggio chiaro, semplificando le informazioni perché siano comprese meglio dal pubblico. In medicina la parola “cancro” non ha più il significato di “spettro” e il suo volto è

cambiato.

Le guarigioni

Oggi il 70% dei cittadini colpiti da tumori frequenti guarisce e le terapie sono rispettose della qualità di vita. Ed è responsabilità dei media, non solo dei clinici, far conoscere gli importanti risultati ottenuti dalle ricerche scientifiche. Accanto agli strumenti di informazione tradizionali, negli ultimi anni è inoltre aumentato il ruolo dei social network, soprattutto quando la parola chiave da cercare è “cancro”, con ricadute spesso positive per i malati. In letteratura è stato evidenziato che le pazienti colpite da tumore del seno seguite tramite social network hanno aderito meglio alla terapia rispetto alle donne per cui sono stati adottati i percorsi tradizionali. È Twitter la piattaforma più diffusa nella comunità internazionale di oncologi, senza dimenticare Facebook e Youtube. La “rete” quindi è strumento di comunicazione e fonte di informazione ma è indispensabile, ed è la nostra sfida, formare e diffondere conoscenze perché il web da elemento positivo di apertura e di progresso non sia in alcune circostanze un megafono di mistificazioni e di un opinionismo privo di basi scientifiche.

CONGRESSO AMERICANO DI ONCOLOGIA

Il melanoma fa meno paura grazie a nuove cure e un mix «fast&furious»

È il tumore che ha aperto la strada all'immunoterapia e oggi dimostra che combinare i farmaci è la strategia vincente. E quando l'immunoncologia funziona, lo fa per anni
di Vera Martinella



Oltre undicimila italiani nel 2015 si sono ammalati di melanoma, il più pericoloso tumore della pelle, che fa però sempre meno paura grazie ai molti progressi fatti nelle terapie negli ultimi anni. In particolare questa forma di cancro ha rappresentato l'apripista delle sperimentazioni sull'immunoterapia, che oggi è considerata la nuova frontiera dell'oncologia e alla quale ampio spazio è stato dedicato durante l'ultimo convegno della Società Americana di Oncologia Clinica (Asco), tenutosi nelle scorse settimane a Chicago.

Combinare i farmaci è la strategia vincente

Nel 2010 erano stati presentati a Chicago i dati relativi alle sperimentazioni con ipilimumab, allora salutato dagli esperti come «il primo passo avanti contro il melanoma dopo trent'anni». Oggi questa neoplasia si conferma la miglior “palestra” d'allenamento dell'immunoterapia (la quarta arma oggi disponibile nella lotta al cancro accanto a chirurgia, chemioterapia e radioterapia), il cui obiettivo non è

distruggere le cellule tumorali (come fanno la chemioterapia o i farmaci a bersaglio molecolare) bensì riattivare le difese immunitarie dell'organismo contro i tumori. «In particolare appare chiaro che le combinazioni di diversi farmaci funzionano meglio che gli stessi medicinali presi singolarmente - spiega Paolo Ascierto, direttore dell'Oncologia all'Istituto Tumori Pascale di Napoli e coordinatore della sessione sul melanoma durante il lavoro del convegno americano -. E se anche in questo modo cresce la tossicità, abbiamo imparato a maneggiarla, in modo tale che i pazienti riescano a trarre il maggior beneficio possibile».

Un mix di cure veloce e impetuoso

Nello specifico, secondo i dati di una sperimentazione presentata all'Asco, l'associazione di nivolumab e ipilimumab ha permesso di ottenere una riduzione notevole del volume del tumore, una sopravvivenza libera da progressione di malattia significativamente più lunga e un numero complessivo maggiore di risposte fra i malati. Lo studio (di fase III) ha coinvolto 945 pazienti e «la combinazione dei due immunoterapici si è rivelata "fast&furious" - continua Ascierto, che è anche presidente della Fondazione Melanoma -. Ovvero, per citare il titolo della nota saga di film sulle corse automobilistiche, questa strategia agisce contro la malattia in modo veloce e impetuoso. È questa la strada da seguire per rendere il melanoma una malattia cronica, con cui il paziente può convivere tutta la vita. E sebbene raddoppiare i medicinali significhi spesso avere pure maggiori effetti collaterali anche importanti (problemi cutanei, colite, diarrea, epatite autoimmune, polmonite, per esempio), abbiamo imparato a conoscerli e gestirli, rendendo la cura ben tollerabile per i malati».

Immunoterapia di «lunga durata»

Con circa 11.300 nuove diagnosi ogni anno in Italia, il melanoma è in costante aumento. Quasi un terzo dei pazienti ha meno di 50 anni quando scopre la malattia e in poco più del dieci per cento dei casi la malattia viene scoperta quando è già in uno stadio avanzato e sono presenti metastasi in uno o più organi. «La situazione di questi pazienti è complicata - aggiunge Michele Maio, direttore dell'Unità di Immunoterapia Oncologica dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Senese e presidente della Fondazione NIBIT, Network Italiano per la Bioterapia dei Tumori -. Ma se fino a pochi anni fa potevamo dare loro ben poche speranze, oggi la situazione si è completamente ribaltata e abbiamo diversi nuovi farmaci che ci permettono di prolungare la sopravvivenza dei pazienti anche di anni». A tal proposito, uno studio presentato all'Asco ha messo in luce come il 55 per cento dei pazienti colpiti da melanoma metastatico o non operabile trattati con un'altra molecola immunoterapica (pembrolizumab) sia vivo a 24 mesi dall'inizio del trattamento e il 40 per cento resti in vita a distanza di tre anni. «Oltre all'efficacia dei "mix" di farmaci, questo è un altro tratto che appare ormai certo dell'immunoterapia - spiega Maio -: quando funziona lo fa per tempi lunghi. È quindi molto probabile che i pazienti che sopravvivono a 2 o 3 anni saranno vivi pure a 5 o 10 e che riusciremo quindi ad allungare significativamente la vita anche dei malati che non guariscono».

Dir. Resp.: Maurizio Molinari

MEDICINA

Salvare il cuore per vincere il tumore

RICOTTA VOZA PAGINA 28

Chi salva il cuore con i biomarcatori ha più possibilità di vincere il tumore

Il protocollo dell'Ieo consacra i successi della cardioncologia

**Roberto
Orecchia**
Oncologo

RUOLO: È DIRETTORE SCIENTIFICO
DELL'IEO, L'ISTITUTO EUROPEO
DI ONCOLOGIA DI MILANO
IL SITO: WWW.IEO.IT/



SARA RICOTTA VOZA

Si parla di cuore e tumore e si pensa ai progressi raggiunti dalla medicina. Eppure, quando le strade si incrociano, quei malati rischiano di essere doppiamente sfortunati.

Se c'è un problema al cuore e insorge il tumore, può accadere che il cardiologo «disinvesta» sul paziente e dall'altra parte che l'oncologo non si arrischi a iniziare trattamenti aggressivi. È nota e frequente, poi, l'insorgenza di patologie e scompensi cardiaci dopo cicli di radio e chemioterapia. «E il rischio supera a volte quello di recidiva della malattia», spiega Roberto Orecchia, direttore scientifico dell'Istituto Europeo di Oncologia. Per questo l'Ieo, già 20 anni fa, ha iniziato a interrogarsi e ha trovato la risposta nel costringere due discipline iper-specialistiche come cardiologia e oncologia a trovare una sintesi nella «car-

dioncologia», neologismo coniato proprio nell'Istituto e che oggi vanta un'unità ad hoc in vari centri americani.

Ora è arrivata la consacrazione del nuovo approccio, con la pubblicazione di un articolo sul «Cancer Journal for Clinicians», la rivista con il maggiore «impact factor» al mondo. «Cardiotoxicity of Anticancer Treatments: Epidemiology, Detection and Management» è il titolo del lavoro, che dà conto del successo: su 3800 pazienti seguiti per 10 anni si registrano zero episodi e zero decessi per malattie cardiovascolari.

«Abbiamo incontrato almeno 1500 pazienti rifiutati, perché i cardiologi non si prendevano la responsabilità di far proseguire le cure oncologiche - racconta Carlo Cipolla, direttore della divisione di Cardiologia dell'Ieo -. Eppure il 35% dei pazienti oncologici sviluppa problemi cardiovascolari a causa dei trattamenti antitumorali, con un impatto significativo su mortalità e qualità della vita: le malattie del cuore sono la principale causa di morte nelle pazienti con cancro al seno in età superiore ai 50 anni». Insomma, visti questi dati e aggiunti alla stima, nel 2024, di 50 milioni di «survivors» (pazienti oncologici che sopravvivono grazie alle terapie ma che possono incorrere in problemi di tossicità di quelle stesse cure), è il caso di

guardare alla cardioncologia con attenzione, anche da parte dei futuri medici.

In che cosa consiste il metodo Ieo? «Non fermiamo la chemioterapia, ma proteggiamo il cuore - spiega Daniela Cardinale, direttore dell'unità di Cardioncologia dell'Ieo -. Abbiamo cercato biomarcatori cardiaci, una proteina, la Troponina I e un ormone, NT-proBNP, che assieme all'ecocardiogramma e a una terapia preventiva con Ace-inibitori e betabloccanti costituisce un protocollo efficace e già sperimentato in altri 21 centri».

«Pubblicare questo articolo significa fare "dissemination"», spiega Giuseppe Curiigliano, direttore della divisione sviluppo di nuovi farmaci dell'Ieo: «Diciamo come diagnosticare, come identificare la dimensione del problema, come prevenire e curare. Ora ci vogliono cardioncologi per garantire la migliore qualità delle cure». E conclude: «Tanti sono morti per "undertreatment", perché, quando curi per far guarire, devi fare il massimo possibile e non il minimo indispensabile».

© BY NC ND ALI CUI DIRITTI RISERVATI



Cancro, stop con un chip e una cellula

Gli identikit genetici per scoprire i tipi di uno stesso tumore: sono anche 500

**MESSA A PUNTO
DALL'AZIENDA
ITALIANA MENARINI
UNA TECNOLOGIA
PER BERSAGLIARE
SOLO LE ZONE MALATE
LA TECNOLOGIA**

Un chip di silicio e un gruppo di cellule. E' il micro inizio di una macro rivoluzione che porta a vincere il cancro con colpi diversificati e mirati. Nessun colpo a vuoto né pericolo di distruggere le parti sane circostanti la neoplasia. Il chip di silicio fatto come una scacchiera permette di muovere le singole cellule prelevate una ad una dal paziente fino a dare scacco matto a quelle tumorali. Prima isolandole e poi sottoponendole ad analisi supplementari. Permettendo, così, di scegliere il farmaco a bersaglio molecolare più adatto.

Grazie alle migliaia di identikit che ritraggono la malattia nei suoi infiniti travestimenti e le sue infinite identità. Si chiama DepArray questo sistema sviluppato dai ricercatori di Menarini Silicon Biosystems: il suo obiettivo è quello di "incastrare" le singole cellule malate. Spesso differenti tra loro anche in uno stesso paziente, anche in uno stesso tu-

more. Di questo tipo di strategia si è discusso a Verona dove esperti di tutto il mondo si sono riuniti per il convegno "Resolving cancer heterogeneity: a way to personalised medicine".

IL PANCREAS

«La chiave per combattere il cancro è decifrare la loro eterogeneità - spiega Aldo Scarpa, direttore dell'unità di Diagnostica molecolare dei tumori e del Centro di ricerca applicata sul cancro Arc-Net dell'università di Verona - Presentano differenze non solo in base alla regione del corpo che colpiscono ma cambiano anche da malato a malato. Perfino nel tumore della stessa persona coesistono cellule malate portatrici di mutazioni diverse che possono cambiare con il passare dei mesi». Il Consorzio internazionale "Genoma del cancro" sta, appunto, sequenziando il genoma di oltre 25mila varianti di tumori per dare ad ognuno un nome e un cognome. L'Italia sta lavorando al sequenziamento di 500 tipologie di cancro del pancreas.

I CAMPIONI

Gli esperti hanno parlato del lavoro diagnostico che ormai è possibile fare anche su campioni di poche centinaia di cellule, un nulla. Spesso questi campioni così esigui sono gli unici disponibili. Dal momento che le cellule

cancerose circolanti sono in concentrazioni minime sia nel sangue che in altri fluidi. Analisi determinanti quando vengono individuate cellule danneggiate che segnalano tumori ancora minimi, per i residui di quelli asportati chirurgicamente o in fase di disseminazione di metastasi.

Questa tecnologia italiana può essere usata per studiare il profilo genetico del tumore, dunque, e scegliere la terapia a bersaglio molecolare o essere impiegata per monitorare la risposta alle cure attraverso un esame del sangue. Così, è diventato possibile identificare (e fare il "ritratto") delle cellule tumorali cosiddette "fuggitive". Quelle che si allontanano dalla neoplasia primitiva per formare delle metastasi.

DIAGNOSI PRECOCI

«Abbiamo già preparato i primi identikit delle cellule tumorali circolanti dormienti e di quelle in grado di proliferare in un ambiente ostile come il sangue - aggiunge Dario Marchetti a capo del Biomarker Research Program al Methodist Research Institute di Houston - Il nostro obiettivo è identificare le loro strategie di sopravvivenza: solo così potremo aiutare i pazienti ad avere diagnosi sempre più precoci».

Re.Ma.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



LA RICERCA DI UNIMORE

Linfoma di Hodgkin, come evitare effetti della chemio

**IL PROF. FEDERICO:
COSÌ SI PERSONALIZZA
ANCORA MEGLIO
LA TERAPIA AI MALATI**

Una ricerca internazionale, condotta da ricercatori europei, australiani, italiani, questi ultimi coordinati dal prof. Massimo Federico di Unimore, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, ha evidenziato che molti pazienti affetti da Linfoma di Hodgkin possono evitare, almeno in parte, i gravi effetti collaterali di alcuni regimi di chemioterapia, grazie all'usodella PET-TAC, Tomografia ad Emissione di Positroni associata a una Tomografia Assiale Computerizzata, apparecchiatura a tecnologia avanzata che è in grado di predire se un trattamento è efficace oppure no. Lo studio è stato appena pubblicato sulla prestigiosa rivista New England Journal of Medicine.

Lo studio, denominato RATHL, è stato condotto su più di 1.200 pazienti con linfoma di Hodgkin avanzato, un tipo di neoplasia che coinvolge i linfonodi e che colpisce prevalentemente giovani adulti, ed ha valutato l'impatto del trattamento iniziale sottoponendo i pazienti ad un esame PET/TAC, un test per immagini che, gra-

zie alla somministrazione di piccole quantità di glucosio radioattivo, permette di evidenziare le zone colpite dal linfoma, dove questa sostanza si accumula. Il professor Massimo Federico, ordinario di Oncologia Medica di Unimore e Presidente del gruppo cooperatore italiano che ha preso parte alla ricerca, riferisce: «Siamo riconoscimenti per la fiducia che ci hanno concesso i nostri pazienti acconsentendo a partecipare a questo ampio studio, scientificamente rigoroso e costantemente monitorato, mirato a massimizzare la efficacia delle cure con il minimo di tossicità possibile.

L'esame PET-2 ci ha permesso di identificare i pazienti con una probabilità di guarigione considerevolmente alta (97% a 3 anni). Questo studio ha dimostrato che possiamo personalizzare la terapia, risparmiando a molti pazienti la tossicità polmonare causata da una continua esposizione alla bleomicina, oltre a ridurre ulteriormente il rischio di infertilità conseguente all'esposizione a chemioterapia intensiva. Questo approccio, associato ad una ridotta necessità di trattamento radioterapico in combinazione con la chemioterapia, riduce in maniera sostanziale i danni ai tessuti sani del paziente e il rischio di seconde neoplasie, altro grave effetto indesiderato di alcuni trattamenti chemioterapici».



Malati pendolari da un anno 220 km per la radioterapia

SANITÀ L'Istituto oncologico non ha macchinari sufficienti, trasferte quotidiane da Padova a Negrar

IL VIAGGIO

Trasportati in pulmino o in Bmw con autista

Federica Cappellato

PADOVA

Oltre duecentoventi chilometri al giorno. Viaggio per così dire organizzato, comprensivo di mezzo di trasporto, autista, pedaggio autostradale e benzina gratuiti. Meta, l'ospedale di Negrar, in provincia di Verona. È qui che alcuni malati di cancro afferenti all'Istituto oncologico veneto con sede a Padova vengono spediti quotidianamente per sottoporsi a prestazioni di radioterapia. Allo Iov, che pure è centro di riferimento regionale e questo tipo di cure viene erogato di routine (42mila performances radioterapiche ogni anno) non si riesce ad accontentare tutti per mancanza di spazi. Quindi una parte degli assistiti deve andare in "trasferta". Ieri erano quattro, anziani e in fase avanzata di malattia: saliti su una Bmw 740 diesel berlina nera parcheggiata nel cortile antistante l'Istituto, sono sfrecciati via dall'ospedale Busonera poco dopo l'una del pomeriggio per guadagnare, dopo circa

un'ora e mezza di tragitto, il polo di Negrar. Tutto naturalmente a spese dello Iov. Le sedute sono mediamente dieci, anche se dipende dal protocollo di cura, con altrettanti spostamenti nel Veronese effettuati, certi giorni in Bmw certi altri su un pullmino, messo sempre a disposizione dal Centro tumori.

«Una situazione temporanea, in attesa di potenziare la nostra Radioterapia anche con una nuova, modernissima dotazione tecnologica», fa sapere il direttore generale dello Iov, Patrizia Simionato. Ma monta la polemica, per questo andirivieni che va avanti da un anno e mezzo, da quando l'Istituto oncologico veneto ha stipulato una convenzione con l'ospedale di Negrar. «Siamo di fronte a una cosa vergognosa - denuncia Luigino Zuin della Uil Fpl di Padova -, lo Iov vanta alte competenze ma non può essere ospitato in una struttura talmente stretta e inidonea da poter essere un casinò o un albergo, non certo un ospedale che tratta pazienti così delicati. Non c'è fisicamente

posto, per questo si è stati costretti a cercare alternative, anche lontano, troppo lontano». E pensare che una seduta di Radioterapia di per sé dura poco più di un quarto d'ora, contro le tre ore di percorrenza che si devono sobbarcare i "pazienti della Bmw nera".

«C'era bisogno di metrature ben più ampie al Busonera per dare un'offerta autenticamente efficiente ed efficace - continua Luigino Zuin - Al day hospital per esempio non c'erano neanche sedie, fino a poco tempo fa i pazienti aspettavano in piedi per ore, questa non è dignità, non è rispetto delle persone, non è umanizzazione. Ma dove siamo? L'Istituto oncologico è veramente da ripensare, soggetto a continui lavori di ristrutturazione e sempre alla ricerca di spazi aggiuntivi. Una struttura concepita zoppa, fin dalle origini». Presto lo Iov si allargherà all'ospedale di Schiavonia, nella Bassa Padovana, con nuove apparecchiature, compreso un acceleratore, per un valore complessivo di 12 milioni di euro.

© riproduzione riservata



LO IOV

Alcuni pazienti del centro oncologico salgono sulla Bmw che li porterà a Negrar per le cure



Iov, i posti non bastano: 200 chilometri per curarsi

ORE 13, PARTENZA CON L'AUTISTA

**Pazienti trasportati nel Veronese
e poi riaccompagnati all'istituto**

SANITA

**Spazi insufficienti
per accogliere
nuovi macchinari
per la radioterapia**

Federica Cappellato

Il navigatore segna 112 chilometri all'andata, e altrettanti al ritorno. Un viaggio sotto il solleone, partenza poco dopo l'una del pomeriggio, ritorno all'imbrunire. Meta, l'ospedale di Negrar, in provincia di Verona. E qui che alcuni malati di cancro in cura all'Istituto oncologico veneto vengono spediti ogni giorno per sottoporsi a prestazioni di radioterapia. Allo Iov, che pure è centro di riferimento regionale e questo tipo di cure vengono erogate di routine, per totale mancanza di spazi non si riesce ad accontentare tutti. Quindi una parte degli assistiti deve andare in "trasferta".

Ieri erano quattro, saliti puntualissimi su una Bmw 740 diesel berlina nera parcheggiata nel cortile antistante l'Istituto, sfrecciata via dall'ospedale Busonera per guadagnare, dopo circa un'ora e mezza di autostrada, il polo di Negrar. Macchina, autista e benzina sono natural-

mente a carico dell'Istituto oncologico, le sedute sono mediamente dieci, anche se dipende dal protocollo di cura, con altrettanti spostamenti nel Veronese effettuati certi giorni in Bmw certi altri su un pulmino, messo sempre a disposizione dal Centro tumori. Ma non mancano le proteste per quel lunghissimo tragitto di oltre 220 chilometri complessivi cui sono costrette persone colpite da tumore in fase avanzata, quasi sempre anziane, già debilitate dalla crudeltà della malattia e dalla durezza delle terapie.

«È struggente assistere a questo tipo di organizzazione, vedere uomini e donne malati che partono per un viaggio così lungo. Siamo di fronte a una cosa vergognosa - sbotta Luigino Zuin della Uil Fpl -, lo Iov vanta alte competenze ma non può essere ospitato in una struttura talmente stretta e inidonea da poter essere un casinò o un albergo, non certo un ospedale che tratta pazienti così delicati. Non c'è fisicamente posto, per questo si è stati costretti a cercare alternative, anche lontano».

Un anno e mezzo fa sono state siglate due convenzioni, una con il polo ospedaliero di Negrar, l'altra con la ben più vicina casa di cura di Abano Terme. Centododici chilome-

tri contro tredici, novanta minuti di percorrenza a fronte di dieci. E pensare che una seduta di radioterapia di per sé dura poco più di un quarto d'ora, contro le tre ore di percorrenza che si devono sobbarcare i "pazienti della Bmw nera". Certo, per accarezzare il sogno di riacquistare la salute si fa questo e altro, l'auto è provvista di aria condizionata e di tutti i comfort, maperchè non ridurre il disagio dell'itinerario, che non è una gita, scegliendo soluzioni più vicine, comunque entro i confini padovani? «C'era bisogno di metrature ben più ampie al Busonera per dare un'offerta autenticamente efficiente ed efficace - continua Luigino Zuin -, al day hospital per esempio non c'erano neanche sedie, fino a poco tempo fa i pazienti aspettavano in piedi per ore, questa non è dignità, non è rispetto delle persone, non è umanizzazione. Ma dove siamo? Prima gli uffici amministrativi dello Iov erano al Biri, adesso sono a palazzo Santo Stefano, in piazza Antenore, dove sembra di essere nel deserto dei tartari. L'Istituto oncologico è veramente da ripensare, soggetto a continui lavori di ristrutturazione e sempre alla ricerca di spazi aggiuntivi. Una struttura concepita zoppa, fin dalle origini».



LA REPLICA

Il dg Patrizia Simionato: «Soluzione provvisoria»

(F.Capp.) «È una soluzione provvisoria, lo Iov sta investendo cifre importanti per potenziare la propria radioterapia, l'unica a Padova, forte di 42 mila prestazioni l'anno», dice il dg Patrizia Simionato che ricorda come, secondo le linee-guida elaborate dal suo predecessore Domenico Mantoan, lo Iov assumerà la funzione di "Hub", cioè di snodo nell'ambito della rete oncologica veneta. «Le prestazioni ad oggi rese da Negrar e Abano sono effettuate su pazienti seguiti dallo Iov secondo nostri specifici piani terapeutici - spiega il dg -; ora stiamo ponendo particolare attenzione al rinnovo delle tecnologie, impegnati nell'acquisto di due acceleratori di nuova generazione da 4 milioni di euro ciascuno, uno per il Busonera, l'altro all'ospedale di Schiavonia che alla fine disporrà di due acceleratori, una simul-tac e una tomo-terapy, apparecchiatura altamente avanzata, presente a livello nazionale solo in 27 Radioterapie, le più moderne».

LA PARTENZA

I quattro pazienti dello Iov mentre salgono a bordo della Bmw con autista per raggiungere Negrar. Nel riquadro il dg dello Iov Patrizia Simionato



TUBI IN ETERNIT SOTTERRATI

Amianto nella ex Boero La società: "La bonifica fu certificata dagli enti"



L'AREA
 la Ex Boero di Molassana

Il ritrovamento ha creato allarme tra i residenti
 L'impresa ha definito un piano di lavoro con l'Asl
ROSANGELA URSO

Il Gruppo Boero difende la bonifica dell'area dell'ex colorificio di Molassana avvenuta nel 2011. «La bonifica, effettuata a suo tempo, è stata approvata dagli enti preposti e riguardava tutto il terreno, oltre l'amianto degli impianti», risponde la società dopo che, durante gli scavi, nell'area di cantiere sono stati ritrovati dei tubi di eternit. L'azienda, oltre a difendere la bonifica avvenuta, prima che l'area venisse venduta a Sogegross per la riqualificazione, precisa che l'intera operazione «è costata al Gruppo Boero quasi 3,5 milioni di euro».

La comparsa di alcuni cartelli con scritto "Pericolo Amianto" nell'area di cantiere, aveva portato alcuni abitanti a do-

mandarsi se, dopo una bonifica, fosse possibile trovare ancora eternit. La risposta era arrivata da Ireos, azienda specializzata nel settore e chiamata da Sicrea Group - ditta che sta effettuando gli scavi - per lo smaltimento dei tubi: «Fuori terra e al livello del suolo, no, nel sottosuolo, invece, sì», aveva risposto un responsabile di Ireos, assicurando: «si tratta di vecchi tubi che non sono riportati in nessuna mappa, e che se non ci fossero stati degli scavi sarebbero rimasti sottoterra senza creare nessun problema».

Nel frattempo, «i lavori di rimozione si sono conclusi, e a breve saranno smontate le "cappannine" bianche posizionate sull'area per evitare, durante l'estrazione, la dispersione di polveri o fibre contenenti amianto», spiega il direttore tecnico di Ireos. «I lavori sono terminati oggi (*ieri per chi legge n.d.r.*), ma con la Asl - sottolinea - abbiamo già un piano di lavoro pronto, per cui se, durante gli scavi, venissero fuori altre tubature interverremo subito per rimuoverle».

Nello spazio, si sta procedendo alla realizzazione del terzo dei cinque lotti previsti nel progetto. A dover vedere la luce in questa fase è una media superficie di vendita - 1500 metri quadrati dove si trasferirà l'adiacente Basko, raddoppiando gli spazi -, una galleria con attività commerciali, un auditorium e una biblioteca. Mentre la parte di edilizia residenziale pubblica e i servizi saranno realizzati in un secondo momento.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Martedì 05 LUGLIO 2016

Abruzzo. Screening oncologici, più che raddoppiate le adesioni

Per il tumore alla mammella la copertura è passata dal 20,01% del 2014 al 51,37 del 2015, e le stime parlano di superare il 57% nel 2016. Per la cervice si va dal 28,43% del 2014 a una stima del 55% per il 2016. Per lo screening del tumore al colon si stima una crescita dall'8,43 del 2014 al 25% del 2016. Paolucci: "Soglie ancora inferiori agli standard, ma la strada è quella giusta"

In 2 anni e mezzo è raddoppiato, e in alcuni casi addirittura triplicato, il trend di adesione degli abruzzesi ai programmi di screening oncologico attivati dalla Regione Abruzzo. Ad evidenziarlo sono i dati diffusi dalla Regione stessa su 3 percorsi attivi: mammografico, cervicale e coloretale.

I dati diffusi dalla Regione sullo screening del tumore alla mammella evidenziano, ad esempio, che al 31 dicembre 2014 la percentuale di copertura era pari al 20,1 per cento. Un anno dopo era salita al 51,37, mentre al 31 maggio scorso la soglia si attestava già al 22,4 per cento, "consentendo di prevedere, dunque, che al prossimo 31 dicembre si possa superare il 57 per cento", spiega la REgione. Per la cervice, invece, a fine 2014 la percentuale si attestava al 28,43 e l'ultimo dato al 31 maggio riporta il 22,4 per cento, "dato che consente di prevedere che a fine anno ci si attesterà al 55 per cento". "Ancora più evidente – spiega la Regione – l'incremento dello screening del tumore al colon, che dall'8,43 del 2014, ha raggiunto nei soli primi cinque mesi il 9.5 per cento di copertura, con la stima per l'intero 2016 che raggiunge il 25 per cento".

"Nel progetto di riqualificazione del sistema sanitario regionale che stiamo portando avanti – commenta l'assessore alla programmazione sanitaria dell'Abruzzo **Silvio Paolucci** - la prevenzione riveste un ruolo strategico, con precisi obiettivi inseriti nel piano quadriennale approvato nel maggio dello scorso anno. E tra questi c'è proprio l'impegno ad aumentare le percentuali di copertura degli screening. Nonostante gli sforzi profusi dalle Asl (che dal 2011 gestiscono direttamente gli screening, in quanto prestazioni comprese nei Lea, i livelli essenziali di assistenza), infatti, a oggi le soglie sono ancora inferiori agli standard fissati dal Ministero. Ma – conclude Paolucci - gli ultimi dati ci indicano che la strada intrapresa per recuperare questo gap è quella giusta".

Martedì 05 LUGLIO 2016

Terapia del dolore e cure palliative, non sono un diritto per tutti?

Gentile Direttore,

la terapia del dolore non sembra un diritto per tutti, soprattutto in realtà densamente popolate e con ospedali ad alto flusso di pazienti, dove la cura e la dignità dei malati affetti da dolore può rappresentare un costo da evitare. Infatti, il piano ospedaliero della Regione Campania, recentemente licenziato, in merito all'A.O.R.N. "A. Cardarelli" di Napoli, non prevede posti letto per il reparto di TDCP (Terapia del dolore e cure palliative).

Eppure, solo nel 2015 ci sono stati 161 ricoveri ordinari con una durata di degenza media di giorni 11,27 e si sono fatte 3000 consulenze. Attualmente è attivo un servizio di ambulatorio e di Day Hospital per malati oncologici e un progetto di assistenza domiciliare, che garantisce una continuità assistenziale a tutti i pazienti che provengono dalla ASL NA1 e NA2, diminuendo il carico di altri reparti nella assistenza di pazienti con necessità di cura in ambiente specializzato e dedicato. Senza considerare l'alto numero di giornate di degenza di pazienti oncologici terminali nelle unità operative intensive ed in medicina d'urgenza, dove la "mission assistenziale" è sicuramente di altra natura. E presente, grazie ad un'associazione di volontariato, uno sportello psicologico per i pazienti e per i loro familiari.

Fondamentale risulta riconoscere tale struttura come "HUB" per le cure palliative in quanto:

- La U.O.C è centro di costo autonomo
- La struttura è dotata di ambulatorio di Cure palliative (C.P.), di degenza ordinaria (9 P.L.) e Day Hospital (2 P.L.)
- E' dotata di personale medico ed infermieristico esclusivamente dedicato e formato per assistere i malati in tutti i possibili set assistenziali garantendo l'individuazione del percorso e del setting di cura più appropriato per il paziente.
- La U.O.C effettua anche assistenza domiciliare per garantire continuità assistenziale ai malati ricoverati come da linea progettuale Regionale n. 7.
- E presente uno psicologo grazie alla collaborazione di una associazione di volontariato.
- I pazienti afferiscono alla U.O.C. dai vari reparti dell'ospedale Cardarelli, dal proprio domicilio e da altre aziende ospedaliere ancora non dotate di tali reparti.
- Sono stati elaborati protocolli per il trattamento del dolore e dei sintomi collaterali, per la sedazione terminale, per la alimentazione e l'idratazione del paziente terminale e grazie alla presenza di una assistenza infermieristica completamente dedicata e formata alla assistenza di C.P. si sono ottimizzati anche protocolli di nursing.
- Il personale è formato per dare supporto al lutto ed addestrare i care giver.
- La U.O.C di TDCP della Azienda Cardarelli con 9 p.l. mediamente ricovera in un anno circa 200 pazienti.

Infine, si segnalano i dati estrapolati dal Rapporto al Parlamento sullo stato di attuazione della legge 38 del 15 marzo 2010/2015 e pubblicati sul vol. n. 3.2.2015 "Obiettivo dolore" in cui si evince che in Campania sono censiti 7 Hospice con un totale di 73 p.l. che hanno assistito 897 pazienti oncologici, con una media di circa 120 pazienti all'anno per Hospice.

Il rispetto di un fondamentale diritto alle cure in ambiente dedicato, anche e soprattutto per i pazienti terminali ed affetti da dolore, richiede che il numero dei posti letto previsti dal piano Ospedaliero della Regione Campania per la struttura di TDCP dell'Ospedale "A. Cardarelli" sia tale da permettere di continuare a fornire quelle cure tanto necessarie alla dignità dell'essere umano, evitando di considerare tale tipologia di assistenza un puro costo ma un elemento essenziale di un diritto alla salute tutelato dalla normativa ordinaria e costituzionale.

Maurizio Cappiello

L'INIZIATIVA/ A VALENZANO PARTE IL PROGETTO DI COMUNE, UNIVERSITÀ, IASM E LEGA COOP SU 64 SUOLI CONFISCATI

Erbe per curare il cancro sui terreni della mafia

LE COLTIVAZIONI

Piante officinali e in via di estinzione per aiutare la ricerca e dare lavoro ai giovani. Poi speriamo nell'aiuto dei privati



LE COLTIVAZIONI

Il lupino tra le piante da impiantare

MARA CHIARELLI

ROSA, viola, bianco e il verde degli ulivi pugliesi. Ci vuol poco a immaginare come si trasformeranno, nel giro di alcuni mesi, i 64 terreni che lo Stato ha tolto ai mafiosi affidandoli al Comune di Valenzano. L'occasione è stata subito sfruttata dall'assessore all'Innovazione e ricerca del comune alle porte di Bari, Porzia Pietrantonio, che ha ideato il progetto. Si chiama agricoltura sociale, ma va oltre: grazie a una convenzione con la facoltà di Agraria dell'Università di Bari, l'Istituto agronomico mediterraneo e la Lega delle cooperative, i terreni che erano della mafia ospiteranno coltivazioni anche per la ricerca nel campo della salute.

Agricoltura innovativa, dunque: accanto ai filari di mandorli ci saranno le variopinte piante di lupini, le cui proprietà raccontano di benefici contro ipertensione, colesterolo e diabete. E poi, ancora, gli ulivi "Coratina", i cui frutti sono particolarmente ricchi di polifenoli, antiossidanti che stanno trovando applicazione sui malati di tumore soggetti a chemioterapia per neutralizzare gli effetti

collaterali del trattamento.

Ma assieme alle piante "medicinali" si riscoprirà il gusto della tradizione con varietà che rischiano di scomparire. Come la cicoriella selvatica buona da mangiare e con tante proprietà benefiche. Ci vorrà tempo, certo, perché quei terreni ora incolti assumano una nuova colorazione, ma le premesse ci sono tutte.

Il progetto sarà ufficializzato oggi con la firma della convenzione tra Comune di Valenzano (nodo dell'Antenna Pon), Iasm, facoltà di agraria e lega delle cooperative. Sarà presente anche un rappresentante del Miur, perché quella di Valenzano è stata considerata una *best practice* da estendere ad altre regioni sottoposte al programma Pon ricerca e innovazione, che si trovino in situazioni analoghe, come Campania, Calabria e Sicilia.

A finanziarla, dunque, ci saranno fondi strutturali per ricerca e innovazione, sia nazionali che regionali, per la sperimentazione delle buone pratiche in agricoltura e la definizione di nuova imprenditoria femminile e giovanile. Toccherà, a questo punto, alla Lega delle cooperative reclutare personale dalle fasce più bisogno

se della popolazione, giovani e meno giovani in cerca di lavoro.

«Obiettivo del sindaco — spiega l'assessore ideatore del progetto nonché referente dell'Antenna Pon, Porzia Pietrantonio — è quello di aiutare le fasce più bisognose a Valenzano. È un'occasione unica: ritorniamo alla tradizione attraverso l'innovazione».

Si parte dai terreni confiscati, ma la prospettiva è coinvolgere quanti più soggetti possibile, sia pubblici che privati: «L'idea — aggiunge l'assessore — è che questa sfida possa essere accolta anche da altri. Possono essere usati i terreni privati in stato di abbandono. Con Valenzano come centro di ricerca, l'idea si può poi divulgare su altri comuni dell'area metropolitana».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Martedì 05 LUGLIO 2016

Fine vita. Scienza & Vita: "Sì a cure adeguate, no ad eutanasia e accanimento terapeutico"

Con un documento suddiviso in cinque punti, l'associazione torna a riaccendere i riflettori su questa tematica, alla luce dei ddl su testamento biologico ed eutanasia fermi ormai da diversi mesi nelle commissioni della Camera. L'obiettivo è quello di "favorire decisioni operative massimamente condivise e, al tempo stesso, diffondere nella società civile una maggiore consapevolezza delle problematiche tecniche e valoriali in gioco".

Mentre in commissione Affari Sociali, alla Camera, procedono a rilento i lavori sul disegno di legge riguardante il testamento biologico (l'ultimo esame del provvedimento risale allo scorso maggio), e quello sull'eutanasia che vede impegnate in maniera congiunta le commissioni Giustizia e Affari Sociali (qui il dibattito è fermo a marzo), l'Associazione Scienza & Vita riaccende il dibattito sulla materia presentando un documento dal titolo "Con dignità, fino alla fine".

Il documento, suddiviso in 5 punti, analizza nel seguente modo i diversi aspetti di questo tema.

1. L'arte medica e le sue radici

Fin dalle sue origini l'arte della medicina è al servizio della persona malata, con la finalità di curarne la condizione di salute e la qualità di vita, di guarirne – nei limiti del possibile – le patologie ed alleviarne le sofferenze. In questa prospettiva, pur con accenti e riferimenti differenti lungo i secoli, paziente e medico sempre hanno saputo costruire insieme una vera "alleanza per la vita". Da un lato la domanda di aiuto da parte del paziente, segnata dal peso del proprio vissuto e caratterizzata dalla sua soggettività etica e psicologica; dall'altro, la risposta d'aiuto – basata sulla competenza professionale, l'abilità operativa e la formazione umana - da parte del medico, consapevole della sua peculiare missione. Entrambi, in ascolto della propria coscienza morale e nel rispetto di quella altrui, impegnati a sostenere e promuovere il bene primario della vita e la qualità della salute. Una prospettiva che Scienza & Vita sostiene e promuove ancora oggi per strutturare e modulare "a misura umana" il rapporto paziente-medico, soprattutto nelle situazioni cliniche più difficili e complesse, tanto sotto il profilo tecnico quanto sotto quello umano.

2. Lo strumento della pianificazione terapeutica condivisa

Come evidenzia la prassi medica, molte di queste situazioni si verificano nell'ambito del fine vita. E proprio in tale ambito, è ancor più radicata la nostra convinzione che anche alcuni preoccupanti fenomeni emergenti, come l'eventuale richiesta di eutanasia da parte del malato o, all'opposto, la tendenza al cosiddetto "accanimento terapeutico" da parte del medico, possano essere superati e svuotati della loro ragion d'essere proprio da un corretto percorso di condivisione programmatica e operativa tra paziente e medico dell'iter di cura.

A tal fine, ciò che proponiamo ed auspichiamo - soprattutto nei luoghi di cura dove ciò non sia ancora una realtà - è la virtuosa scelta di una pianificazione terapeutica condivisa che, nella situazione clinica concreta, dal momento dell'instaurazione dell'alleanza paziente-medico, veda entrambi i soggetti come co-protagonisti – nel rispetto reciproco dei propri ruoli e doveri specifici – nella gestione del percorso di cura per il raggiungimento degli obiettivi comuni di volta in volta prefissati. Questa pianificazione condivisa va ovviamente rimodulata, ogni qualvolta ciò si renda necessario, in base all'evolversi della condizione clinica del paziente, soprattutto nelle fasi finali della sua vita. Resta comunque in carico al paziente il diritto/dovere di assumere in coscienza la responsabilità ultima delle decisioni circa gli interventi medici cui sottoporsi, nel momento presente, in coerenza col quadro valoriale assunto congiuntamente.

Spetta invece al medico il dovere etico e deontologico di mettere il paziente - attraverso un'adeguata e

completa informazione - nelle migliori condizioni per poter esercitare questa sua responsabilità etica. In questa prospettiva, sono da incoraggiare e diffondere possibili iniziative – per esempio, l'istituzione in ospedale della figura del medico tutor – che facilitano e migliorano il dialogo tra paziente e medico curante.

3. Necessità di criteri e riferimenti valoriali, nella prospettiva del bene integrale della persona

Perché l'adozione di una prassi di pianificazione terapeutica condivisa possa essere concretamente applicabile nella pratica clinica quotidiana, appare però necessario che essa faccia riferimento ad un coerente quadro valoriale ed antropologico, con cui possano armonizzarsi, passo dopo passo, le singole scelte terapeutiche operate concordemente da paziente e medico. Naturalmente, senza che questo dinamismo possa essere ridotto ad un puro accordo contrattualistico tra i due, ma rimanga coerente con le finalità fondamentali dell'arte medica e la prospettiva del bene integrale del paziente.

Scienza & Vita anzitutto desidera riproporre come valore imprescindibile il riconoscimento di quel bene fondamentale che è l'essere umano vivente. La vita di ogni essere umano, infatti, mantiene la sua dignità indipendentemente dalle condizioni concrete in cui essa si svolge. Essa costituisce un bene primario della persona perché precede e consente lo sviluppo di tutti gli altri suoi beni e dimensioni, inclusa la qualità della vita stessa. E proprio in quanto tale, essa esige di essere riconosciuta e rispettata sia dal paziente sia dal medico. Al contrario, negare in qualche modo – in linea di principio o nei gesti concreti - tale bene significa inevitabilmente minare alla base, fino a distruggerle, le radici stesse dell'esistenza personale e, in definitiva, della convivenza sociale.

La declinazione di questi valori fondamentali nella condizione peculiare del paziente affetto da patologie gravi o in prossimità della morte suggerisce alcune considerazioni ulteriori, che costituiscono necessaria premessa all'attuazione di una pianificazione terapeutica condivisa, rispettosa del bene integrale del paziente:

- lo stato di malattia e l'impossibilità di recuperare condizioni di autonomia sul piano dell'efficienza fisica, psichica o, comunque, nella gestione della propria persona, non costituiscono realtà esistenziali che tolgono dignità alla persona: il reciproco affidamento rispetto a contesti di debolezza o di bisogno costituisce, anzi, una delle manifestazioni più elevate dell'umano, che deve trovare sostegno anche sul piano legislativo;
- ne deriva l'esigenza di una grande premura intesa al sollievo delle sofferenze e, più in generale, alla massima valorizzazione possibile della qualità di vita del malato, specie attraverso gli strumenti della medicina palliativa;
- al tempo stesso, occorre assicurare che, nei confronti delle persone malate, non operino mai sollecitazioni, dirette o indirette, a rifiutare terapie in sé proporzionate; si tratterà, pertanto, di contrastare messaggi che identifichino l'atteggiamento dignitoso, in condizioni di precarietà esistenziale, nella rinuncia alla vita, con inevitabili dinamiche di colpevolizzazione dei malati che desiderino usufruire delle terapie proporzionate tuttora praticabili; il malato, infatti, deve poter percepire che l'accesso a tali terapie non costituisce una sua pretesa nei confronti della società, ma l'esercizio di un preciso diritto, costituzionalmente sancito;
- va pure evitato che mere considerazioni statistiche sull'aspettativa media di vita del paziente possano giustificare che lo si privi di una corretta informazione sull'attivabilità di terapie per lui ancora utili e proporzionate, in rapporto alla sua condizione;
- allo stesso modo, va evitato con cura che le prassi relative alla gestione di fasi avanzate o croniche di malattia finiscano per dipendere, anche quando facciano appello all'affermazione di diritti individuali, da mere considerazioni di carattere economico;
- occorre garantire, in particolare, che le manifestazioni di volontà del malato non siano espressione di stati depressivi o di condizioni psichiche anomale; per cui dovrà assicurarsi ai malati affetti da patologie gravi, con particolare riguardo alle scelte di rilievo terapeutico, un adeguato sostegno psicologico, tenuto conto che spesso un atteggiamento rinunciatario del malato, ad un'analisi attenta, si rivela come un appello al non abbandono, sia sul piano medico, sia su quello umano.

4. Sì alle cure "eticamente adeguate", no all'eutanasia, no all'accanimento terapeutico

Coerentemente con gli assunti fondamentali enunciati, Scienza & Vita rifiuta ogni intervento (medico e non) eutanasico, vale a dire messo in atto con la diretta intenzione di procurare anticipatamente la morte del paziente gravemente malato o terminale o insofferente della sua condizione. Al tempo stesso, e in ragione del medesimo riconoscimento della dignità che ogni essere umano possiede, Scienza & Vita si oppone fermamente ad ogni intervento medico che, nella data situazione del paziente, si configuri come "accanimento terapeutico", ovvero che, in base a precisi ed individuati criteri di proporzionalità terapeutica, risulti

clinicamente inappropriato.

Sosteniamo invece un approccio in cui la valutazione di appropriatezza clinica, di stampo prettamente tecnico-scientifico (quindi a carico del medico curante), si componga con la valutazione da parte del paziente della propria condizione personale attuale (sul piano esistenziale, fisico, psicologico, spirituale, ecc...), per giungere quindi a comuni decisioni "eticamente adeguate" di terapia o cura, realmente rispondenti al miglior bene del paziente, inteso nella sua integralità. L'insieme di questi elementi dà significato compiuto al concetto di pianificazione terapeutica condivisa.

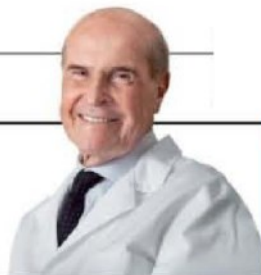
5. Scienza & Vita promotrice di dialogo e confronto per decisioni massimamente condivise

Consapevole della delicatezza ed importanza di questa problematica, Scienza & Vita si impegna quindi a dare il suo contributo alla comunità, facendosi promotrice convinta di occasioni di dialogo e confronto, soprattutto tra coloro che sotto vari aspetti si occupano del settore. Con la duplice finalità di poter favorire decisioni operative massimamente condivise e, al tempo stesso, diffondere nella società civile, attraverso un'adeguata informazione, una maggiore consapevolezza delle problematiche tecniche e valoriali in gioco.

LA NOSTRA SALUTE

DI UMBERTO VERONESI

Istituto Europeo
di Oncologia, Milano



EUTANASIA: REGOLE STRETTE PER UNA SCELTA VOLONTARIA

CARO PROFESSORE, SI CONTINUA A MORIRE SOFFRENDO. COME MAI NON SI PARLA PIÙ DELL'EUTANASIA?

Ernesto T., Latina

Il dibattito politico si è fermato, ma chi ha a cuore il diritto fondamentale di decidere "come" morire continua la costruzione di regole da proporre a un'opinione pubblica che è tendenzialmente a favore dell'eutanasia, come dimostrato da parecchi sondaggi. Senza entrare nel problema giuridico, il Comitato Etico della Fondazione Umberto Veronesi ha stilato una mozione sui profili etici dell'eutanasia. **Parliamo dei "limiti" dell'eutanasia, che devono costituire una garanzia per tutti: per chi è favorevole e per chi è contrario.** Il Comitato Etico della Fondazione ha rilevato quanto sia diventato innaturale il processo del morire, in quanto la biomedicina è in grado di allungare artificialmente le fasi terminali della vita. Qui si pone il primo paletto: la persona avviata irreversibilmente alla morte ha il diritto imprescindibile di non subire le sofferenze dell'agonia. Le "cattive morti" sono evitabili, e bisogna dare legittimità alle azioni compassionevoli che finora hanno tenuto l'eutanasia nella zona d'ombra delle pratiche clandestine. Gli oppositori sostengono che, ove legittimata, potrebbe diventare la modalità per "far fuori" i soggetti più deboli. Ma si tratta di idee infondate. Nei Paesi dove è legale, ci sono regole ferree per l'accertamento della volontarietà e le morti per eutanasia legale raggiungono l'1-2% delle morti totali. E, nella larghissima parte dei casi, l'accorciamento non supera di una settimana il naturale decorso della fine della vita. Non incombe alcun fenomeno di tipo nazista per eliminare anziani, disabili, più poveri e meno istruiti: i dati dimostrano che alla pratica legalizzata ricorrono soprattutto uomini di età media. **Regole strette: capacità d'intendere e di volere del richiedente; stadio terminale e sofferenze incontrollabili; possibilità, sempre, di cambiare la decisione; indipendenza del medico che decide e nessun obbligo, per nessun medico, di praticare l'eutanasia.**

Le lettere vanno indirizzate a: **Umberto Veronesi - La nostra salute**, Oggi, Via Angelo Rizzoli 8, 20132 Milano. Oppure collegandosi al nostro sito: www.oggi.it

BREXIT FA MALE ANCHE ALLA SALUTE

Paolo
Vineis

Epidemiologo

RUOLO: È PROFESSORE ALL'IMPERIAL COLLEGE DI LONDRA E RICERCATORE ALLA FONDAZIONE HUGEF DI TORINO

PAOLO VINEIS

È importante che studiamo - da diverse angolature - le conseguenze che il Brexit sta avendo e avrà in diversi settori della vita economica inglese per evitare che scenari simili si verifichino in altri Paesi, nella sciagurata ipotesi che altri seguano la stessa strada. Lo choc sui mercati e sulle attività produttive condurrà con probabilità a una riduzione del gettito fiscale (già diverse imprese hanno dichiarato di voler delocalizzare le loro sedi) e questo comporterà la scelta tra due strategie: aumentare le tasse (strategia improbabile per un governo conservatore) o ridurre ulteriormente la qualità e quantità dei servizi pubblici, già ridotti all'osso in molti settori del Regno Unito (o disunito?).

Le conseguenze per la salute sarebbero nel secondo caso sia dirette (attraverso il ridimensionamento del Servizio sanitario) sia indirette: ridotti investimenti nell'edilizia popolare, nell'istruzione o nelle pensioni sono cambiamenti associati allo stato di salute della popolazione. Questo è

particolarmente vero per gli strati più vulnerabili, come i bambini, gli anziani e le persone con patologie multiple. Si consideri anche che attualmente lavorano nell'Nhs (la Sanità) 50 mila persone provenienti dall'area economica europea e al momento non vi sono strategie per mantenerle al loro posto di lavoro, se non con complesse negoziazioni con i rispettivi Paesi di provenienza.

Ma un aspetto altrettanto importante (e dovremmo rifletterci in Italia) è che l'Ue ha svolto una funzione di garanzia e protezione rispetto ai rischi professionali e ambientali attraverso una legislazione generalmente più avanzata di quella dei singoli Stati. Quando ci si lamenta della burocrazia della

Comunità, non si dimentichi che corrisponde anche a una serie di provvedimenti utili, non tutti cervellotici o punitivi. Per esempio, l'Ue ha la

legislazione più avanzata al mondo sui rischi ambientali, «Reach». Preoccupa vedere che le stesse forze politiche che manifestano contro i rischi ambientali, legati, poniamo, agli inceneritori o ai campi elettromagnetici, sono talora anche anti-europeiste. Anche la ricerca medica può soffrire per il Brexit: il Regno Unito ottiene più di 800 milioni di contributi nell'ambito del programma Horizon 2020, ma il danno maggiore può venire ai giovani ricercatori che accedono ai programmi «Erc» e «Marie Curie».

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI



L'INTERVISTA

“Milano
 ha tutto quello
 che serve
 per il Centro
 del farmaco”

Vincenzo Salvatore
 ex funzionario dell'Ema

SERVIZIO A PAGINA V

L'INTERVISTA / VINCENZO SALVATORE, EX DIRETTORE GIURIDICO DELL'AGENZIA EUROPEA DEI MEDICINALI

“Milano ha tutto quello che serve all'Ema”

L'IMPATTO

È maggiore rispetto a quello dell'Eba non solo sul mercato farmaceutico, ma anche su quello della città che la ospita

LO SPAZIO

L'area Expo, nuova, avanzata, con un polo della ricerca sulla salute e lo Human Technopole è perfetta

VINCENZO Salvatore conosce bene gli uffici dell'Ema a Canary Wharf: oggi è professore di Diritto internazionale all'università dell'Insubria e lavora per lo studio Bonelli Erede, ma dal 2004 al 2012 è stato direttore del servizio giuridico dell'Agenzia europea dei medicinali. Una realtà che, dice, «rispetto all'Eba ha un maggiore impatto non solo sul mercato interno del settore farmaceutico, ma anche su quello della città che la ospita». Una città che, dice, potrebbe essere Milano.

Quali potrebbero essere i tempi di un eventuale trasferimento?

«Sono legati al processo Brexit, che è lungo e incerto. Realisticamente potrebbero volerci un paio di anni. Ma tra le tante implicazioni dell'uscita dall'Ue del Regno Unito c'è sicuramente la ricollocazione delle agenzie europee perché i regolamenti istitutivi di EmA e di Eba prevedono che entrambe abbiano sede in uno Stato membro».

La candidatura di Milano potrebbe avere chance?

«L'Italia è il secondo Paese dopo la Germania per investimenti in ricerca farmaceutica e il direttore esecutivo dell'EmA è un italiano, Guido Rasi, che è stato a capo dell'Agenzia italiana del farmaco. A Parma, poi, c'è già l'Autorità per la sicurezza alimenta-

re e la vicinanza con Milano potrebbe facilitare il coordinamento di due settori che negli Stati Uniti, ad esempio, sono coperti da un unico ente regolatore».

Milano deve temere la concorrenza di qualche città in particolare?

«In questo momento, per una serie di coincidenze, Milano ha molte carte in più da giocare. La grande opportunità è legata alla riconversione dell'area di Expo: una zona nuova, tecnologicamente avanzata, dotata di moderne infrastrutture, già destinata a diventare un polo della ricerca scientifica nel settore della salute: la vicinanza con Human Technopole sarebbe ideale».

Qual è l'indotto di cui parla?

«I dipendenti, che tecnicamente vengono definiti agenti temporanei e agenti contrattuali, sono 740. Ma l'Agenzia ha numerosi comitati scientifici e gruppi di lavoro che si ritrovano periodicamente nella sede di Canary Wharf: questo vuol dire che attorno all'EmA si muovono circa 5mila persone al mese».

Di che cosa ha bisogno, quindi, una realtà come questa?

«Di una città che abbia una ricettività alberghiera adeguata, infrastrutture efficienti, servizi aeroportuali vicini. Milano è la candidata ideale, anche perché è quasi al centro dell'Europa».

Il sindaco Sala sarà in missione a Londra: su quale aspetto gli consiglierebbe di puntare?

«Su un vantaggio ulteriore della città. A Ispra, in provincia di Varese, ci sono il Centro comune di ricerche della Commissione europea e una scuola europea che ospita oltre 1.200 alunni. Dobbiamo pensare che dovrebbero spostarsi anche le famiglie dei dipendenti che avrebbero un luogo, vicino e gratuito, per far studiare i figli».

Gli italiani, però, sono famosi anche per non parlare benissimo inglese: potrebbe essere un ostacolo?

«Non necessariamente. Esistono altre agenzie Ue dislocate nei vari Stati membri, dall'Ufficio per la proprietà intellettuale ad Alicante all'Agenzia per la sicurezza aerea a Colonia. E comunque, la Milano di Expo e delle grandi fiere è la città italiana più internazionale».

(a.gall.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



PROFESSORE
 Vincenzo Salvatore
 insegna
 all'università
 dell'Insubria



La sanità digitale cura meglio ma l'Italia è fanalino di coda

Non è solo un problema di infrastrutture e di soldi

**Censis e Impresa Lavoro:
il ritardo può essere superato
solo riformando il sistema
sanitario nazionale**

PAOLO VIANA

Prenotazione delle visite via web, informazione online sulle cure disponibili, trasmissione telematica delle ricette da medico a farmacista... Il digital divide non è un muro invalicabile solo per chi ha una certa età, ma rappresenta un problema per tutta la Sanità italiana: lo attesta il rapporto del Censis e di Impresa Lavoro sulla sanità digitale che è stato presentato ieri a Roma e che ci offre una poco rassicurante immagine della solita Italieta aggrappata alle scartoffie. Certo, tra non molto, si ridurrà la distanza che ci separa dai Paesi dell'Ue che investono di più in questo campo ma solo perché il Regno Unito, con il suo 4% (contro il nostro 1,2%) uscirà dalle statistiche comunitarie. Al contrario, investire nell'eHealth significa «rendere il cittadino fulcro dei processi di cura, offrendogli strumenti perché riesca a assumere un ruolo maggiormente attivo nella gestione della propria salute»: non siamo ancora alla centralità della persona che soffre, ma siamo già oltre l'approccio ragionieristico che usa falcidiare - indiscriminatamente - sprechi e diritti. Siamo, però, ancora e solo ai buoni propositi: la realtà è invece quella che viene radiografata da questo rapporto, che vede la sanità italiana «ben al di sotto della media Ue» sia nella ricerca di informazioni online sui temi della salute da parte di cittadini (27° su 28 Paesi Ue + Islanda e Norvegia), sia nella prenotazione di visite mediche via web (12°, con il 10% contro il 36% della Spagna), sia

nella percentuale di medici di famiglia che inviano attraverso la rete le prescrizioni ai farmacisti (17° con il 9% contro il 100% della Danimarca e il 99% della Croazia), sia, infine, nella condivisione delle informazioni tra medici e altri professionisti sanitari (su questo fronte siamo 14°).

Se continueremo così, nel 2020 l'eHealth assorbirà solo l'1,36% del budget sanitario: si può raggiungere il 2% - limite più basso della media dei Paesi europei - solo investendo duemila milioni più di oggi, mentre per staccare il gruppo di coda l'investimento aggiuntivo dovrebbe superare i cinquemila; solo portandolo a 7.767 milioni, quindi con una spesa destinata alla sanità digitale di 15.243 milioni contro i 1.385 di oggi il ritardo sarebbe davvero colmato. Censis e Impresa Lavoro sottolineano che un cambio di policy garantirebbe tra l'altro la riduzione delle prescrizioni e delle prestazioni non necessarie, una razionalizzazione delle spese e un miglioramento della stessa attività diagnostico-terapeutica: il Fascicolo Sanitario Elettronico e la Telemedicina permetterebbero di ottimizzare l'erogazione dei servizi e anche gli errori medici sarebbero meno frequenti. Si prevede anche un miglioramento nella gestione delle patologie croniche. Peraltro questo cambio di passo non può essere solo finanziario o infrastrutturale: secondo il rapporto, il vero "nodo" che strangola il sistema sanitario italiano è organizzativo e di governance - «la Sanità Digitale ha bisogno di svilupparsi ad un passo che la burocrazia non regge», scrivono Censis e Impresa Lavoro, spingendo implicitamente verso una rinazionalizzazione del sistema della salute - oltre che culturale, poiché non vi è investimento, si ammette, che non sia a rischio se non si riuscirà a garantire una vera partecipazione degli utenti al processo. E si torna al "solito" digital divide.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Candiolo vuole raddoppiare i posti del centro tumori

- > “Pronti altri 125 letti da aggiungere agli attuali 118”
- > Festeggiati i primi 30 anni con il nuovo day hospital

SARA STRIPPOLI

LA Fondazione piemontese per la ricerca sul cancro festeggia il suo trentesimo compleanno, inaugura un day hospital oncologico e chiede alla Regione un aumento di posti letto. Sono 118 quelli accreditati finora, ricorda il consigliere delegato Giampiero Gabotto, ma la domanda rivolta all'assessore regionale Antonio Saitta è

di ottenerne altri 125. «Siamo in attesa - dicono a Candiole - ma riteniamo che siano questi i numeri adeguati alla nostra crescita di attività, oltre un milione e duecentomila prestazioni ambulatoriali e 6128 pazienti dimessi».

A PAGINA 11

L'ospedale di Candiole chiede alla Regione di raddoppiare i posti

L'Ircc compie trent'anni e inaugura il nuovo day hospital oncologico
Il consigliere Gabotto: “Pronti altri 125 letti da aggiungere agli attuali 118”

Adesso iniziano ad arrivare pazienti anche dagli altri paesi europei e addirittura dal Canada

Nel 2015 i ricavi sono cresciuti di tre milioni passando da 22 a 25 Effetto cinque per mille

SARA STRIPPOLI

LA Fondazione piemontese per la ricerca sul cancro festeggia il suo trentesimo compleanno, inaugura un day hospital oncologico e chiede alla Regione un aumento di posti letto. Sono 118 quelli accreditati finora, ricorda il consigliere delegato Giampiero Gabotto, ma la domanda rivolta all'assessore regionale Antonio Saitta è di ottenerne altri 125. «Siamo in attesa - dicono a Candiole - ma riteniamo che siano questi i numeri adeguati alla nostra crescita di attività, oltre 1 milione e 200mila prestazioni ambula-

toriali e 6128 pazienti dimessi».

Ieri mattina c'è stata la presentazione del bilancio dello scorso anno. Di pari passo con gli investimenti, sale anche il numero delle pubblicazioni scientifiche (107 nel 2014; 121 nel 2015) e cresce anche "l'impact factor", un indicatore che nel mondo scientifico misura la frequenza con cui un articolo viene citato dalle riviste di settore. Nel 2011 la Fondazione per la ricerca sul cancro ha ottenuto il riconoscimento di Irccs, Istituto di ricerca a carattere scientifico, ed è ora centro di ri-

ferimento regionale per nove tipologie tumorali: mammella, ginecologici, colon retti, dello stomaco, otorinolaringoiatria, urologia, sarcomi, tumori cutanei e oncoematologia. «Serve



Tiratura: n.d.

Diffusione 12/2013: 11.847

Lettori Ed. I 2015: 90.000

Quotidiano - Ed. Torino

Dir. Resp.: Mario Calabresi

ancora uno sforzo di maggiore integrazione con la rete oncologica piemontese», sottolinea il direttore Oscar Bertetto, ieri presente alla presentazione dei dati.

L'Irccs di Candiolo punta molto sulle ultime frontiere della medicina moderna, a partire dall'oncologia di precisione, che combatte il tumore esplorando il genoma e usando farmaci mirati. «Talora le cellule del cancro diventano resistenti ai farmaci mirati e la resistenza può essere vinta dalla combinazione di due o più farmaci», chiarisce il direttore scientifico Paolo Comoglio.

Negli ultimi tempi, racconta, l'istituto sta diventando un catalizzatore di casi molto gravi e complessi: metastasi in assenza di un tumore primario, come avviene invece nella stragrande maggioranza dei tumori. «Recentemente arrivano da noi anche persone dal Canada o dal resto d'Europa - racconta il direttore scientifico - una trentina di casi. Per fortuna capita spesso di scoprire che il cancro, talvolta ancora piccolissimo, in realtà esiste e non era stato diagnosticato». Lo studio sui Cups (Cancer of unknown primary origin, tumori di origine primaria sconosciuta), questa la sigla con cui vengono etichettati, rappresenta ora un fiore all'occhiello del centro di Candiolo. In totale, la Fondazione ha sostenuto e finanziato oltre 250 ricercatori italiani e stranieri impegnati in 32 laboratori.

La presidente della Fondazione Piemontese Allegra Agnelli ha presentato il suo bilancio di missione e sottolineato il livello altissimo di fiducia che da sempre la Fondazione registra fra i cittadini: «Le donazioni per noi sono preziosissime e ci consentono di potenziare la ricerca». Nel 2015 i ricavi sono stati in aumento e hanno sfiorato i 25 milioni. Erano 22 nel 2014. Otto milioni provengono dal 5 per mille, nove dalle donazioni, 5 milioni e mezzo dall'attività. Nel 2014 oltre 241 mila contribuenti hanno scelto di sostenere la Fondazione piemontese per la ricerca sul cancro. In assenza di un pronto soccorso, che fa lievitare inevitabilmente i costi, il bilancio è in attivo: «Una sanità che si organizza può raggiungere l'obiettivo», sottolinea Gabotto.

Quasi completati i lavori per migliorare la struttura: il cantiere della seconda torre è stato ultimato e a luglio sono stati trasferiti tutti i laboratori della prima e seconda torre: una nuova superficie di 6mila metri quadrati destinata interamente alla ricerca. Molte le nuove apparecchiature di ultima generazione che sono state acquistate. E a dicembre dello scorso anno è stato realizzato anche un parcheggio interrato di oltre duecento posti. Il prossimo passo saranno le opere di riqualificazione dei locali del terzo piano, dove si trovavano i vecchi reparti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IPUNTI

LE DONAZIONI

Sono stati 241 mila l'anno scorso i contribuenti che hanno scelto di aiutare l'Ircc di Candiolo ha ricordato ieri la presidente Marella Agnelli (nella foto)



IL CANTIERE

Oltre ai nuovi posti letto e al nuovo day hospital è stata completata anche la seconda torre per la ricerca ed è stato inaugurato il parcheggio sotterraneo

“Mi ha detto di essere al corrente della situazione e di essere impegnata per la risoluzione”

Sindacati a Roma dalla Lorenzin

Il segretario della Fp Cgil, Pastorino, ha esposto al ministro i problemi della sanità

CAMPOBASSO. Un incontro a Roma con il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, per esporle le difficoltà della sanità in Molise. Lo ha tenuto ieri il segretario generale della Fp Cgil Molise, dopo aver partecipato nella Capitale alla grande iniziativa “La crescita delle competenze per la qualità del lavoro in sanità”. La manifestazione promossa dalle organizzazioni sindacali nazionali Cgil, Cisl e Uil e dalle rappresentanze del mondo delle professioni sanitarie, ha visto la straordinaria partecipazione di oltre 500 rappresentanti dei professionisti della sanità. “Seppur brevemente, - racconta la Pastorino - ho esposto al ministro le problematiche che investono la riorganizzazione del nostro servizio sanitario regionale e il tipo di riforma che il governatore intende realizzare in Molise. Ovviamente, il ministro mi ha riferito di essere al corrente della situazione, ma anche di essere impegnata per la risoluzione delle criticità esistenti. Ben quattordici le proposte presentate dalle organizzazioni sindacali e dal mondo delle professioni al ministro e ai rappresentanti delle Regioni, a partire dal modello organizzativo avente come baricentro il territorio, fino all’integrazione ospedale-territorio sul modello della continuità assistenziale e sulla quantificazione dei fabbisogni del personale per tutte le professioni. Il ministro - continua il segretario - ha ribadito l’impegno sul reperimento delle risorse mancanti per rinnovare i Ccnl nel pubblico impiego e sugli investimenti da attuare per migliorare i percorsi di cura”. Nelle sue conclusioni la segretaria generale della Fp Cgil nazionale ha affermato: “Su questi punti vogliamo un confronto di merito con governo e Regioni. E al ministro **Lo Lorenzin** chiediamo più coraggio. Se come ha detto oggi l’investimento nelle professionalità è priorità del governo, lo dimostri subito: porti a termine il percorso di implementazione delle competenze, già avviato per infermieri e tecnici-radiologi, e scommetta sull’innovazione. A partire dal rinnovo dei contratti di lavoro. Nel frattempo in Molise - continua la Pastorino - si continua a negare da un lato, il diritto costituzionale alla tutela della salute, con alte percentuali di cittadini che si vedono costretti a dover rinunciare alle cure e all’assistenza di cui necessitano, a causa degli alti costi di accesso alle prestazioni, alle lunghe liste di attesa, alla difficoltà a raggiungere le strutture sanitarie per l’impraticabilità della rete viaria esistente. Dall’altro si continuano a negare diritti contrattuali dei dipendenti, a causa della cronica carenza di personale sanitario, sempre più vessato e costretto ad operare in continuo stato di emergenza e di stress psicofisico, con carichi di lavoro eccessivi. Solo il loro alto senso di responsabilità e di abnegazione consente tutt’ora di dare risposte ai bisogni di salute dei cittadini. Tutto questo, come già denunciato più volte dalla Fp Cgil Molise in precedenti comunicati, è soprattutto dovuto ad una cattiva *governance* aziendale. A dimostrazione ulteriore - continua la Pastorino - la decisione intrapresa nelle ultime ore dalla direzione sanitaria di sospendere i



ricoveri ordinari, giustificando il tutto come se ciò rappresentasse l'unico modo per permettere al personale di usufruire di un legittimo periodo di ferie. Possibile che non c'erano altre soluzioni per continuare a garantire un servizio essenziale, oltre quella troppo semplicisticamente attuata?. La Cgil Molise è convinta che altre strade ben più efficaci erano e sono possibili per risolvere il problema nella sua drammaticità, prevedendo assunzioni, anche a tempo determinato, rivedendo soprattutto quella che è l'attuale organizzazione del lavoro e il reale fabbisogno di personale, atto a garantire un'adeguata e giusta garanzia dell'esigibilità del diritto alle cure e all'assistenza sanitaria. Infine, ci chiediamo cosa accadrà ai lavoratori alla fine della proroga dei contratti prevista per il mese di ottobre e come potranno essere ancora garantite le prestazioni dal primo di novembre fino allo sblocco del turn-over, assicurato dal governatore a inizio 2017. In ultimo, - conclude il segretario generale molisano - questa Federazione sindacale intende anche ancora una volta sottolineare che la difesa della sanità pubblica non deve e non può passare, come qualcuno vorrebbe lasciar intendere, per la svalutazione dei dipendenti del settore privato, in primis della Fondazione Giovanni Paolo II. Non è accettabile il *modus operandi* della Regione Molise che continua a parlare di integrazione, senza mai fornire elementi utili a comprendere come ciò sarà possibile. Il deficit di informazioni sta solo creando un'inaccettabile conflitto tra i più deboli che restano i lavoratori, quando è ormai chiaro a tutti che l'integrazione pubblico/privato, se attuata correttamente, garantirebbe a questa Regione la sola possibilità di sopravvivenza".



quotidianosanita.it

Martedì 05 LUGLIO 2016

La Assicurazioni propongono un patto sulla sanità. "Serve un framework pubblico/privato come per la previdenza. Spesa sanitaria non più sostenibile". E sul ddl Gelli: "Giusta direzione, ma servono correttivi". **Il rapporto Ania**

Così la presidente Maria Bianca Farina nella [Relazione presentata all'Assemblea](#). Questa la proposta lanciata: "Siamo convinti della necessità di promuovere un framework analogo a quello della previdenza, con il ruolo centrale attribuito alle prestazioni pubbliche e un ruolo complementare affidato agli operatori privati". Sulla responsabilità professionale chiesti correttivi su azione diretta danneggiato e autoassicurazione strutture. [IL RAPPORTO](#)

"Come nella previdenza, anche nel campo della sanità e dell'assistenza l'assicurazione può svolgere un ruolo determinante nel garantire la sostenibilità del sistema nel lungo termine. Il peso della spesa sanitaria pubblica rispetto al PIL è grosso modo in linea con quello degli altri maggiori Paesi europei, ma è di tutta evidenza che una sua crescita significativa non sarebbe sostenibile. A maggior ragione perché già oggi alcune criticità caratterizzano il nostro sistema sanitario. Conseguenze tangibili di questa difficoltà sono il fenomeno delle liste di attesa e il fatto che gran parte della spesa sanitaria privata è di tipo out- of-pocket". Così la presidente **Maria Bianca Farina** è intervenuta oggi per presentare la propria Relazione in occasione dell'Assemblea Ania 2016.

"Anche nell'area dell'assistenza agli anziani non autosufficienti (Long-Term Care) servono riforme per rendere più efficiente e sostenibile il sistema. Oggi, infatti, il nostro welfare pubblico è strutturato per soddisfare più la fase acuta delle patologie che la riabilitazione e l'assistenza necessarie alla continuità terapeutica", ha proseguito.

E dunque, alla luce di questa situazione, come intervenire? Questa la proposta lanciata da Ania: "Sul terreno della sanità e dell'assistenza, siamo convinti della necessità di promuovere nel nostro Paese un framework analogo a quello della previdenza, con il ruolo centrale attribuito alle prestazioni pubbliche e un ruolo complementare affidato agli operatori privati, in linea con scelte già compiute in altri Paesi europei. Siamo altresì convinti dell'importanza del ruolo che, per tali bisogni, può essere svolto dal welfare aziendale che, pertanto, deve essere incentivato nella contrattazione bilaterale".

Non poteva mancare una nota sulla **responsabilità professionale**. "Il tema della responsabilità civile delle strutture e degli operatori sanitari.

L'aumento del numero delle denunce per malpractice medica ha riguardato, negli ultimi decenni, molti Paesi sviluppati. Anche in Italia si tratta di un fenomeno importante e complesso che coinvolge professionisti, strutture sanitarie, compagnie assicurative e cittadini. La sostenibilità del sistema richiede la ricerca di un equilibrio complessivo che tenga conto delle esigenze di tutti gli attori coinvolti", si legge nella relazione.

Quanto al testo del disegno di legge attualmente all'esame della commissione Sanità del Senato: "Il disegno di legge di riforma della r.c. medica, attualmente all'esame del Senato, va nella giusta direzione. Le misure riguardanti la prevenzione e la gestione del rischio, la ridefinizione della responsabilità degli esercenti la professione sanitaria, nonché l'obbligo di assicurazione per le strutture sanitarie e i relativi operatori, mirano infatti a riequilibrare il sistema riducendo i costi e salvaguardando i diritti dei cittadini. Alcuni correttivi al testo attuale appaiono tuttavia necessari, ad esempio con riguardo all'azione diretta del danneggiato e al regime di autoassicurazione per le strutture sanitarie", chiude la relazione.

Passando ai numeri del rapporto, la stima dei premi del portafoglio diretto italiano per l'esercizio 2014 è stata pari a 552 milioni di euro ripartiti al 50% tra le polizze stipulate dalle strutture sanitarie e quelle sottoscritte dai professionisti sanitari. Va ricordato che la statistica non comprende i premi raccolti dalle imprese europee operanti in Italia in regime di libertà di prestazione di servizi. Rispetto all'anno precedente i premi sono diminuiti del 2,2%. Il tasso annuo di crescita dei premi complessivi nel periodo 2004-2014 si attesta al 5,2% (rispettivamente 2,4% per le strutture sanitarie e 9,4% per i professionisti).

I sinistri relativi alle strutture sanitarie si riducono del 7,3%, mentre quelli relativi alle polizze dei professionisti del 4,7%. Quanto invece alla situazione del numero dei sinistri che la compagnia chiude senza effettuare nessun pagamento (c.d. sinistri senza seguito), se si esaminano le generazioni più mature (dal 1994 al 2003), mediamente oltre i due terzi dei sinistri denunciati alle compagnie, per il totale della r.c. medica, vengono chiusi senza seguito. In particolare tale percentuale è più elevata per i sinistri relativi alle strutture sanitarie (mediamente pari nel periodo al 70%). Questo potrebbe essere causato da fenomeni di duplicazione di denunce per lo stesso sinistro (che possono colpire ad esempio sia la struttura sia il personale medico coinvolto singolarmente) e che sono poi chiuse senza seguito dalla compagnia in quanto riconducibili a un unico sinistro per l'impresa assicurativa. Per i sinistri relativi alla r.c. professionale mediamente il 60% dei sinistri denunciati non dà seguito a un risarcimento.

Martedì 05 LUGLIO 2016

Lavoro. Italia punta su profili qualificati quanto la Germania e più della Francia. Salute tra le professioni con più opportunità. **La ricerca di Unioncamere**

Crescerà meno l'occupazione nel nostro Paese nei prossimi 5 anni, ma sarà molto qualificata. Questa una delle considerazioni che emergono dalle previsioni dei fabbisogni occupazionali e professionali in Italia a medio termine, messe a punto da Unioncamere in collaborazione con Gruppo Clas. Tra le professioni tecniche, le maggiori opportunità riguarderanno i tecnici nelle scienze della salute e della vita (136mila).

Nei prossimi 5 anni l'occupazione in Italia crescerà meno degli altri Paesi europei nostri competitor, ma sarà qualificata quasi quanto quella della Germania e parecchio di più di quella della Francia. Questa una delle considerazioni che emergono dalle previsioni dei fabbisogni occupazionali e professionali in Italia a medio termine, messe a punto da Unioncamere in collaborazione con Gruppo Clas. Tra il 2016 e il 2020, complessivamente 2,5 milioni di persone entreranno nel mondo del lavoro come dipendenti o come imprenditori e professionisti. Gran parte di questa occupazione sarà legata al turnover nelle imprese e nella pubblica amministrazione, mentre una quota più contenuta deriverà dall'aumento dei posti di lavoro indotto dalla crescita economica.

Lo stesso fenomeno, ovviamente, interessa tutte le economie del mondo. Ma, mettendo a confronto la previsione per l'Italia con quella di Germania, Francia e Regno Unito, emerge un interessante elemento di dinamicità. Se, infatti, le professioni maggiormente qualificate sono destinate a crescere da noi di 2,2 punti percentuali nei 5 anni, in Francia aumenteranno dello 0,8% e in Germania del 2,3%. Meglio di tutti farà invece il Regno Unito, dove i profili cosiddetti high skill cresceranno di 3 punti percentuali.

Buone opportunità per il prossimo futuro, nel Bel Paese le avranno soprattutto alcuni specialisti della formazione (come gli esperti di formazione aziendale, gli orientatori e gli insegnanti di lingua italiana per stranieri), i tecnici di apparecchiature ottiche e audio-video (tra cui fotografi, cineoperatori ma anche professionisti della diagnostica per immagini), i tecnici dei servizi culturali (tra i quali emergono i grafici pubblicitari).

Lo scenario: occupazione in crescita del 2,1% in 5 anni

Se l'economia italiana rispetterà le previsioni di crescita formulate dalla Commissione europea e dal Fondo monetario internazionale, tra il 2016 e il 2020 l'occupazione aumenterà complessivamente del 2,1% (+0,4% l'anno). Per quanti oggi sono in cerca di un lavoro, tuttavia, le opportunità di trovarlo sono di gran lunga più elevate, in quanto ai nuovi posti di lavoro che si creeranno per effetto della crescita economica si affiancano quelli generati dal turnover. Considerando entrambi gli aspetti, Unioncamere stima che le persone che entro 5 anni troveranno occupazione, sia dipendente che autonoma (quindi anche imprenditori e liberi professionisti), nelle imprese extra-agricole o nella Pubblica amministrazione, saranno oltre 2 milioni e 550mila.

Determinante sarà l'apporto occupazionale delle imprese dei servizi (a partire dal terziario avanzato) e, all'interno del settore manifatturiero, delle attività agroalimentari. Per quanto riguarda le imprese degli altri comparti e tutta la Pubblica amministrazione, invece, i movimenti occupazionali saranno legati quasi esclusivamente alla sostituzione di personale oggi in servizio.

Italia batte Francia 2 a 1

Confrontando le previsioni di occupazione per l'Italia con quelle formulate dal Bureau of Labor Statistics per gli USA e dal Cedefop per Germania, Francia e Regno Unito, emerge che 3 Paesi su 5 prevedono nei prossimi 5

anni un aumento piuttosto contenuto, la Francia un incremento superiore all'1% medio annuo, mentre per la Germania si stima un leggero regresso.

La situazione del mercato del lavoro Italiano risulta meno favorevole di quella degli altri paesi. L'Italia infatti ha un tasso di fabbisogno sensibilmente inferiore, addirittura quasi la metà di quello di Francia e Regno Unito. Ciò dipende non solo dalla bassa crescita occupazionale attesa nei prossimi anni, ma anche dal più basso turnover, dovuto alle ultime riforme previdenziali che, allungando l'età pensionistica, hanno ridotto i flussi di sostituzione.

Su un aspetto, però, le previsioni realizzate da Unioncamere sul mercato del lavoro assegnano all'Italia un buon "piazzamento" nello scacchiere europeo: nel nostro Paese, infatti, le professioni qualificate (ossia, quelle intellettuali, scientifiche e tecniche) aumenteranno di 2,2 punti percentuali in 5 anni, poco meno di quanto il Cedefop prevede per la Germania e oltre il doppio di quello atteso per la Francia (+0,8%). Meglio di noi, ma non più di tanto, farà il Regno Unito (+3%).

Professioni qualificate: la mappa delle opportunità al 2020

La stima del fabbisogno occupazionale nel settore pubblico e privato nel 2020 mostra che, fatto 100 il totale delle persone che troveranno lavoro, 41 avranno un profilo professionale molto qualificato (le cosiddette "high skill") e saranno 2 in più rispetto al 2016, a scapito delle figure intermedie (31% circa sul totale, 2 punti in meno). Le professioni non qualificate si manterranno invece sul 27% del fabbisogno.

A fronte di un fabbisogno complessivo di oltre 2.550.000 persone tra il 2016 e il 2020, le professioni del commercio e dei servizi e le tecniche saranno quelle che, sotto il profilo puramente numerico, offriranno maggiori opportunità di occupazione nei prossimi 5 anni. Nel primo gruppo, spicca il fabbisogno delle professioni qualificate nelle attività commerciali (236mila unità), seguite da quelle che operano nei servizi culturali, di sicurezza e alle persone (136mila) e nelle attività ricettive e della ristorazione (119mila).

Tra le professioni tecniche, invece, le maggiori opportunità riguarderanno i profili organizzativi, amministrativi, finanziari e commerciali (circa 212mila unità), i tecnici nelle scienze della salute e della vita (136mila) e i profili scientifici, ingegneristici e della produzione (119mila).

Molto elevata, però, anche la quota che sarà riservata alle professioni specialistiche: oltre 460mila i posti di lavoro previsti tra nuova occupazione e turnover. Tra queste, prevalgono gli specialisti della formazione e della ricerca (circa 164mila unità in 5 anni) e delle scienze umane, sociali, artistiche e gestionali (125mila). I primi comprendono soprattutto gli insegnanti e i professori di scuola superiore; tra i secondi troviamo figure quali l'esperto di marketing e lo specialista della gestione e del controllo dell'impresa.

Seguono con un certo distacco le professioni impiegatizie (295mila complessivamente), tra le quali spiccano gli addetti alla segreteria e alle macchine da ufficio (146mila unità). Tra gli operai specializzati e artigiani (267mila nel complesso), il gruppo più numeroso è quello degli artigiani e operai specializzati dell'edilizia (quasi 100mila unità). Gli ultimi due posti della classifica del fabbisogno sono occupati dalle professioni non qualificate (262mila) e dai conduttori di impianti industriali e mezzi di trasporto (163mila), tra i quali prevalgono i conduttori di veicoli e di macchinari mobili (88mila unità).

Se questi sono i profili che, viste anche le specializzazioni settoriali del nostro tessuto economico, genereranno in futuro le più cospicue opportunità di inserimento nel mondo del lavoro, andando più nel dettaglio è possibile individuare le professioni destinate ad aumentare rispetto ad oggi. Tra le figure high skill più dinamiche, al primo posto si incontrano gli "altri specialisti della formazione" (oltre 39mila quelli previsti in 5 anni), tra i quali sono compresi gli esperti di formazione aziendale, gli orientatori, gli insegnanti di sostegno e quelli di lingua italiana per stranieri. Tra le figure medium skill emergono le professioni qualificate nei servizi personali (più di 93mila, includendo gli addetti all'assistenza per anziani, disabili e bambini), mentre tra le low skill il maggior ricambio interesserà i conduttori di convogli ferroviari e altri manovratori (8.600).

quotidianosanita.it

Martedì 05 LUGLIO 2016

Sanità digitale. Censis: "Italia indietro. Spesa dimezzata rispetto a media europea. Potrebbero servire fino a 15mld per restare al passo con Ue"

Tutte le graduatorie europee ci vedono in fondo alla classifica sulla digitalizzazione sanitaria. Ultimi in Europa nella ricerca di informazioni sulla salute via internet, dodicesimi per la percentuale di chi prenota le visite via web. E in una ricerca il Censis ha elaborato tre scenari che indicano come l'accelerazione dell'impegno finanziario al 2020 richieda risorse aggiuntive per la Sanità Digitale comprese fino ad arrivare 15,2 miliardi. [LA RICERCA](#)

Ultimi in Europa nella ricerca di informazioni sulla salute via internet, dodicesimi per la percentuale di chi prenota le visite via web. E risultati non lusinghieri emergono anche se si analizza la percentuale di medici di medicina generale che inviano elettronicamente le prescrizioni ai farmacisti e rispetto alla condivisione dei dati con pazienti e altri operatori sanitari dove non siamo al top in Europa. Numeri e fotografia che emergono da uno studio del **Censis** prestatato oggi a Roma che segnala come "nella prospettiva della Strategia Europa 2020 il processo di digitalizzazione della sanità italiana appare ancora in ritardo rispetto alla maggioranza dei Paesi UE sulla base degli indicatori disponibili. Le performance insufficienti rispecchiano il basso livello di spesa eHealth dell'Italia, pari nel 2015 all'1,2% della spesa sanitaria pubblica, rispetto alla media UE compresa fra il 2 e il 3%, con punte vicine al 4%". Insomma, in attesa che la Conferenza Stato-Regioni dia il via libera definitivo al [Patto sulla sanità digitale bloccato da un anno](#) (all'ordine del giorno della prossima riunione di giovedì), la situazione vede l'Italia ancora ferma all'1.0.

I numeri. All'interno dello scoreboard della Commissione UE i progressi dei Paesi europei in tema di Sanità Digitale vengono misurati attraverso quattro indicatori:

- Ricerca di informazioni online sui temi della salute da parte dei cittadini
- Prenotazione visite mediche via Web da parte dei pazienti
- Medici di medicina generale che inviano elettronicamente le prescrizioni ai farmacisti
- Medici di medicina generale che condividono i dati medici dei pazienti con altri operatori e professionisti sanitari.

Per quanto riguarda il primo indicatore l'Italia nel 2015 si situa – ben al di sotto della media UE – al 27° posto all'interno dei 28 Paesi UE+2 (Islanda e Norvegia): la % di utenti Internet negli ultimi 3 mesi che ricercano online informazioni sulla salute era pari al 46% contro la media UE del 58%.

Per quanto riguarda la prenotazione delle visite mediche via Web da parte dei pazienti (in % degli utenti Internet negli ultimi 3 mesi) l'Italia nel 2014 occupa la 12ª posizione fra i 28 Paesi UE+2: l'indicatore è pari al 10%, contro la media UE del 12,5%. I Paesi più avanzati sono Spagna (36%), Finlandia (35%) e Danimarca (34%).

Passando alla % di medici di medicina generale che inviano elettronicamente le prescrizioni ai farmacisti, l'Italia nel 2013 – unico dato disponibile – occupa la 17ª posizione (fra i 28 Paesi UE+2) con il 9%, molto distanziata rispetto ai Paesi battistrada: Estonia (100%), Danimarca (100%), Croazia (99%), Svezia (97%), Islanda (96%), Olanda (94%).

In merito al quarto indicatore eHealth considerato, l'Italia nel 2013 – anche qui unico dato disponibile – occupa il 14° posto (fra i 28 Paesi UE+2) con il 31% di medici di medicina generale che condividono i dati medici dei pazienti con altri operatori e professionisti sanitari. Il Paese più avanzato è la Danimarca con il 92%.

Secondo un indice sintetico di eHealth adoption, che si basa sui dati appena considerati della Commissione

UE, i primi cinque Paesi in Europa sono Danimarca (con indice pari a 0,87), Finlandia (0,84), Spagna (0,72), Olanda (0,71) e Svezia (0,67). Il valore dell'indice per l'Italia è pari a 0,26.

La spesa in Italia per la sanità digitale. Rispetto al quadro europeo, l'ultima stima disponibile per l'Italia indica una spesa in Sanità Digitale pari a 1.340 milioni di Euro nel 2015, che corrisponde all'1,20% della spesa sanitaria pubblica. Peraltro nel 2015 sia il livello che la % di spesa eHealth si riducono leggermente rispetto al 2014, pur registrando rispetto al 2011 un qualche livello di crescita, dopo che nel periodo intermedio si era verificata una loro contrazione, sino ad arrivare nel 2013 ad una spesa di 1.170 milioni di Euro, pari all'1,07% della spesa sanitaria complessiva.

Per restare al passo potrebbero servire fino a 15 mld. "I risultati dell'analisi mostrano che il Servizio Sanitario Nazionale debba realizzare nei prossimi anni un deciso cambio di passo nelle risorse finanziarie da investire in Sanità Digitale – sottolinea il Censis -, per stare al passo con i Paesi europei più avanzati in questo settore". E in questo senso i ricercatori hanno elaborato tre scenari che indicano come l'accelerazione dell'impegno finanziario al 2020 richieda risorse aggiuntive per la Sanità Digitale comprese in un range fra 2 e 7,8 miliardi di Euro, rispetto al fabbisogno tendenziale di 7,5 miliardi, per arrivare ad un impegno complessivo stimato fra 9,5 e 15,2 miliardi di Euro".

Per l'istituto di ricerche "senza questo cambio di policy, il Servizio Sanitario Nazionale non potrà valersi pienamente dei benefici attesi dai servizi e dagli strumenti di Sanità Digitale, che – attraverso una più evoluta condivisione delle informazioni e una più avanzata interazione fra pazienti, medici, operatori e strutture sanitarie – consentono un guadagno di efficienza, un'ottimizzazione nell'erogazione dei servizi, una riduzione dell'errore medico, un incremento della sicurezza del paziente, un miglioramento della gestione delle patologie croniche".

Più investimenti, ma non solo. "Peraltro – rileva la ricerca - la questione degli investimenti è un fattore necessario ma non sufficiente per lo sviluppo della Sanità Digitale e per il conseguimento dei benefici connessi. Occorre affrontare contestualmente il tema del ridisegno complessivo del sistema salute, quello del digital divide, quello della costruzione di una governance nazionale dell'innovazione e di una strategia architettonica complessiva, quello della definizione di una chiara politica della sicurezza e della privacy. Mentre resta ancora aperta a livello internazionale la questione di una corretta misurazione e valutazione dei benefici e dei ritorni dell'investimento in Sanità Digitale".