



RASSEGNA STAMPA

06-10-2016

1. QUOTIDIANO SANITÀ Terapie antitumorali. Alta l'attenzione sul rischio clinico, ma l'obiettivo è azzerare l'errore
2. IL FATTO QUOTIDIANO.IT Ben Stiller: "Ho avuto il cancro alla prostata. Spero che la mia testimonianza sproni i giovani a informarsi e a fare esami"
3. CORRIERE.IT Esplora il significato del termine: Ben Stiller: «Ho avuto un tumore,
4. MESSAGGERO Roma, scandalo pronto soccorso muore di cancro dopo 56 ore
5. CORRIERE DELLA SERA «Così papà è morto di cancro al pronto soccorso»
6. AVVENIRE Roma. Muore di cancro al Pronto soccorso
7. LA VERITÀ Tumori, ogni giorno 1.000 nuovi casi Ma c'è una nuova arma: il genotest
8. MESSAGGERO La legge 38 sul dolore frenata dalla diffidenza
9. GIORNALE Azzardo e sigarette, l'Italia degli ipocriti
10. SECOLO XIX L'Italia del tabacco tagliata fuori dal vertice mondiale contro il fumo
11. DOCTOR 33 Lea, audizione Lorenzin: milioni di nuovi esentati dai ticket
12. IL SOLE 24 ORE.COM In calo gli incassi dell'intramoenia
13. STAMPA Dovete andare in ospedale? Portatevi il materasso da casa
14. QUOTIDIANO SANITÀ Appalti. Cantone: "In sanità il più alto tasso di proroghe e rinnovi"
15. AVVENIRE Riprogrammazione delle cellule adulte il Cnr mette a punto una tecnica «sicura»
16. PANORAMA Lo scarpone tecnologico per tornare a camminare

quotidianosanita.it

Mercoledì 05 OTTOBRE 2016

Terapie antitumorali. Alta l'attenzione sul rischio clinico, ma l'obiettivo è azzerare l'errore

Da un sondaggio in 27 Centri onco-ematologici, tre quarti ha attuato molte indicazioni della Raccomandazione 14 che fissa le linee guida per il corretto processo di utilizzo dei medicinali oncologici. Nel 67% dei Centri l'allestimento dei farmaci è effettuato nelle Ufa. Serve più formazione. I temi trattati al convegno al ministero della Salute organizzato con il contributo incondizionato di Roche.

C'è ancora da fare, ma nelle aziende sanitarie italiane il livello di sicurezza nella gestione dei farmaci antineoplastici è sicuramente alto. Il faro è la Raccomandazione 14 del ministero della Salute che individua le buone prassi per approvvigionamento, stoccaggio, prescrizione, preparazione, somministrazione dei farmaci antineoplastici, formazione e promozione della cultura della sicurezza tra gli operatori sanitari. Un processo particolarmente complesso che coinvolge farmacisti, medici e infermieri chiamati a coordinare ogni singola fase per garantire la sicurezza dei pazienti, ed anche la loro.

A testimoniare che si sta andando verso la giusta direzione è una Survey condotta nei Centri onco-ematologici di 27 Aziende ospedaliere in 12 Regioni italiane: tre quarti ha messo in pratica molte delle indicazioni suggerite dalla Raccomandazione 14. Ma non solo, da un report curato nel 2014 dalla Commissione europea è emerso che meno di due italiani su dieci hanno fatto esperienza diretta (o attraverso familiari) di un evento avverso, contro una media Ue di quasi tre persone su dieci.

A fotografare lo stato dell'arte sul tema è il convegno "Obiettivo Zero: riduzione del rischio e prevenzione degli errori nella gestione dei farmaci antineoplastici" organizzato da HPS-AboutPharma, con il contributo incondizionato di Roche, presso il ministero della Salute. Dal convegno che ha visto protagonisti oncologi, farmacisti ospedalieri e rappresentanti dei cittadini è emerso come l'obiettivo sia quello di azzerare ogni rischio clinico. Anche perché la posta in gioco è alta: secondo uno studio comparativo internazionale (Lustig, 2000) l'emato-oncologia è il reparto ospedaliero dove si verificano più errori medici (2,48 ogni 100 pazienti ogni giorno).

Ma molto si può fare per ridurre l'incidenza. E le armi vincenti, secondo gli esperti, ci sono: dal governo del processo alla condivisione tra i vari livelli professionali fino alla formazione continua dello staff operativo. Ancora, dallo sviluppo della predisposizione a identificare i fattori di rischio, all'adeguamento periodico delle procedure interne compresa la stessa Raccomandazione 14. Mentre l'atout che potrebbe fare la differenza è l'istituzione della figura del farmacista di reparto. Di certo, strumento importante per dare garanzie di governo del processo sono le Unità farmaci antitumorali (Ufa), a patto però che siano centralizzate. Da non tralasciare infine un passaggio fondamentale: i volumi di attività. Tanto più bassi sono i numeri delle prestazioni nei Centri oncologici e minore sarà il livello di attenzione verso possibili errori.

Ma vediamo quali sono i numeri emersi nel corso del convegno. Il processo che riguarda la gestione di farmaci antineoplastici è notoriamente complesso poiché implica il coinvolgimento di un insieme di professionisti (farmacisti, medici, infermieri) che coordinano le numerose fasi che vanno dall'approvvigionamento e immagazzinamento, alla conservazione, alla prescrizione, distribuzione, somministrazione e monitoraggio. La prevenzione e la riduzione degli errori nella somministrazione dei farmaci antineoplastici è la chiave non solo in Italia, ma a livello internazionale per garantire una maggiore sicurezza al paziente. E anche del personale che lavora nei reparti.

Dalla Survey realizzata dall'Università degli studi di Milano in 27 Aziende ospedaliere di 12 regioni italiane tra il 2014 e il 2015, i cui dati sono stati pubblicati ad agosto 2016 sulla rivista Tumori Journal, risulta che 3/4 del campione ha adottato prassi idonee applicando i requisiti della Raccomandazione Ministeriale a tutto il processo dalla prescrizione della terapia, alla sua preparazione e alla somministrazione al paziente (es.

informatizzazione e automazione del processo). L'allestimento dei farmaci antineoplastici viene effettuato nelle Ufa nel 67% dei casi, mentre nei restanti avviene direttamente nei reparti.

Sul tema del rischio clinico, l'attenzione in Italia è in generale piuttosto elevata: da un Report curato nel 2014 dalla Commissione europea sull'implementazione delle buone pratiche rivolte alla sicurezza del paziente e alla promozione della sicurezza tra i professionisti sanitari risulta che solo il 17% degli italiani ha fatto esperienza diretta (o attraverso familiari) di un evento avverso, contro il 27% della media Ue.

Il parere degli esperti. "Per garantire sicurezza, qualità e applicazione della normativa – ha spiegato Carmine Pinto, Presidente dell'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom) – è indispensabile definire i requisiti delle strutture che somministrano chemioterapia, e più in generale le terapie mediche antitumorali. I dati inglesi recentemente pubblicati su Lancet Oncology, al di là delle criticità note della sanità inglese, evidenziano proprio questo. Le terapie mediche antitumorali vanno somministrate in Oncologia medica e ematologia, dove opera personale medico e infermieristico formato e continuamente aggiornato, e dove si realizza una costante integrazione e condivisione con le farmacie e le Unità farmaci antitumorali, uno strumento importante che può dare garanzie di controllo del processo.

Marcello Pani, Presidente della Società italiana di Farmacia Ospedaliera-Sifo ha sottolineato l'importanza della figura del farmacista nell'intera filiera del farmaco onco-ematologico, dalla preparazione alla conservazioni di questi farmaci che devono avere una catena del freddo molto controllata. "Ha un ruolo centrale nella gestione dei farmaci antineoplastici – ha detto – ed anche nell'attuazione della raccomandazione 14 in quanto il suo know-how contribuisce alla prevenzione di errori in tutto il processo di gestione dei farmaci antineoplastici. Sifo ha effettuato negli anni diversi approfondimenti su questo tema, sia con un intento strettamente formativo, sia con il proposito d'individuare le eventuali aree di miglioramento e predisporre strategie di compensazione, permettendo un continuo scambio informativo intra e interdisciplinare. Va, inoltre, segnalato che sono in fase di aggiornamento gli standard tecnici in materia di galenica oncologica, con l'obiettivo di aumentare la sicurezza e la qualità dei servizi offerti ai pazienti e per i quali Sifo vuole essere garante".

"La centralizzazione della preparazione, il miglioramento dell'automatizzazione, l'informatizzazione e l'utilizzo di device – ha ricordato invece Paola Minghetti, Presidente della Società italiana farmacisti preparatori – contribuiscono alla riduzione dell'errore che si può annidare in ogni fase del processo di gestione dei farmaci antineoplastici: dall'acquisto alla preparazione fino alla somministrazione. Ma è discriminante la formazione del personale. Pensiamo che già nel corso di laurea non vengono fornite le adeguate informazioni".

Anche le imprese produttrici possono fare molto. "Da anni – ha dichiarato Maurizio de Cicco, Presidente e Amministratore Delegato Roche – siamo impegnati al fianco di pazienti, clinici e istituzioni nel garantire la massima tutela del paziente, contribuendo a mettere a sistema soluzioni e pratiche capaci di eliminare i rischi di errore nella gestione dei farmaci antitumorali. Da un lato la nostra incessante attività di Ricerca & Sviluppo è volta a generare farmaci con tecnologie altamente innovative in grado di ridurre al minimo il rischio di errore, dall'altro, come partner del Sistema Salute, contribuiamo alla formazione degli operatori sanitari convinti che la prevenzione dell'errore sia il modo più efficace per garantire sicurezza ai pazienti e limitare lo spreco di risorse economiche per una più efficiente gestione della sanità".

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



Ben Stiller: "Ho avuto il cancro alla prostata. Spero che la mia testimonianza sproni i giovani a informarsi e a fare esami"

L'attore 50enne racconta di essere salvato da una diagnosi precoce: "Mi hanno diagnosticato il cancro venerdì 13 giugno 2014. Il 17 settembre di quell'anno un test mi ha confermato che ero cancer-free. I tre mesi in mezzo sono stati una folle corsa sulle montagne russe con cui circa 180 mila uomini all'anno in America possono identificarsi"

“So, I had cancer”. Così **Ben Stiller**, in un post pubblicato sul sito Medium, ha annunciato di avere avuto il cancro. L'attore 50enne racconta di essere salvato da una diagnosi precoce: "Mi hanno diagnosticato il cancro venerdì 13 giugno 2014. Il 17 settembre di quell'anno un test mi ha confermato che ero cancer-free. I tre mesi in mezzo sono stati una folle corsa sulle montagne russe con cui circa 180 mila uomini all'anno in America possono identificarsi", scrive precisando che "è stato un test, quello del **Psa**, a salvarmi la vita". E un successivo intervento chirurgico per rimuovere il tumore. "Spero – ha aggiunto ancora Stiller in un'intervista al programma radiofonico *'The Howard Stern Show'* – che la mia testimonianza possa spronare tutti, e in particolare i giovani, a informarsi **sui sintomi del tumore alla prostata e a fare esami frequenti**. È il secondo tumore più mortale negli uomini, ma anche uno dei più curabili". E precisa: "Io non sto offrendo un punto di vista scientifico, solo uno personale, in base alla mia esperienza".

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

IL RACCONTO DELL' ATTORE

Ben Stiller: «Ho avuto un tumore, un test mi ha salvato la vita»

La confessione del divo: «Due anni fa mi hanno diagnosticato un cancro alla prostata. È venuto fuori dal nulla, ho avuto paura». Oggi, racconta: «Non c'è più traccia del tumore. Mi ha salvato la vita aver fatto in tempo il test del PSA»

di Annalisa Grandi

Lo conosciamo per i suoi ruoli, spesso o quasi sempre comici, al cinema. Ma Ben Stiller oggi racconta di una battaglia, combattuta per due anni, e molto lontano dai riflettori. Quella contro il tumore alla prostata. Lo fa, in un lungo post-confessione. Per spiegare quello che è successo a lui, e di come un test gli ha salvato la vita.

«Come ho scoperto di avere un tumore»

«Ho avuto un cancro, due anni fa, voglio parlare di questo. E del test che mi ha salvato la vita». Lo scrive in un tweet l'attore 50enne, e poi racconta di come, due anni fa, la sua vita è cambiata in un attimo: ««Sì, è cancro», ha detto l'urologo, dopo avermi appena spiegato quanto fosse stato difficile portare la figlia a scuola quella mattina. Due settimane prima, neanche avevo un urologo». È l'inizio della lunga lettera-confessione di Ben Stiller, pubblicata sul sito del progetto per raccogliere fondi contro il cancro Cancer Moonshot. «Mi hanno diagnosticato un tumore alla prostata il 13 giugno del 2014. È venuto fuori dal nulla, non ne avevo idea. In un primo momento non sapevo cosa sarebbe successo, ho avuto paura». «Ho guardato su Google e cercato "uomini che hanno avuto il cancro alla prostata". E ho scoperto nomi come John Kerry e Robert De Niro. Loro ora stanno bene.

Ma poi ho letto anche le storie di chi non ce l'aveva fatta. E ho capito di essere stato fortunato. Fortunato perché il tumore mi era stato scoperto abbastanza in fretta da essere curato».

Il test del PSA

E qui, l'attore lancia il suo messaggio, sull'importanza di un test, quello del PSA (che misura il dosaggio dell'antigene prostatico specifico). «Quel test mi ha salvato la vita. Letteralmente. Ecco perché scrivo ora. Se oggi sto bene è perché ho avuto un medico che mi ha fatto fare quel test. Se avessi aspettato (all'epoca aveva 48 anni) fino ai 50, come raccomanda l'American Cancer Society, avrei scoperto quel cancro due anni dopo». «Benedico il fatto di aver avuto quel medico - aggiunge l'attore di *Zoolander* - e a settembre di quest'anno ho fatto un test e non c'erano più tracce del tumore». E in un'intervista al programma radiofonico «The Howard Stern Show» ha aggiunto: «Spero che la mia testimonianza possa spronare tutti, e in particolare i giovani, a informarsi sui sintomi del tumore alla prostata e a fare esami frequenti. È il secondo tumore più mortale negli uomini, ma anche uno dei più curabili»

Roma, scandalo pronto soccorso muore di cancro dopo 56 ore

► Il figlio: senza privacy né dignità. Ispettori al San Camillo

Arcovio, Emiliozzi
e Panarella
alle pag. 10 e 11

L'assurda morte del malato di cancro «56 ore sulla barella del pronto soccorso»

► Roma, dramma al San Camillo per un pensionato di 74 anni
Il figlio scrive alla [Lorenzin](#): «Abbandonato davanti a tutti»

**«NIENTE PRIVACY
NEANCHE UN PARAVENTO
LA SUA AGONIA DAVANTI
A DEGLI SCONOSCIUTI
COME UNO SPETTACOLO
AL CINEMA»**

IL CASO

ROMA «Papà sarebbe stato contento perché lui faceva sempre battaglie, dal condominio a tutto il resto, ha detto sempre la sua». Quel papà è Marcello Cairoli, 74 anni, ex rappresentante della Henkel, morto il 24 settembre «senza dignità, abbandonato in una stanza del pronto soccorso del San Camillo di Roma, sotto gli occhi di estranei che ti passano accanto e ti guardano come se fossi al cinema», racconta il figlio Patrizio, giornalista di Askanews che ha scritto al ministro [Lorenzin](#) e ieri ha ricevuto una pioggia di so-

lidarietà: e-mail, messaggi su facebook, twitter e whatsapp. «In tantissimi mi hanno scritto e mi hanno ringraziato per la lettera: “è successo anche a noi, ma non abbiamo avuto gli strumenti e la forza di denunciarlo”, mi hanno detto».

LA DENUNCIA

Patrizio Cairoli ci ha riflettuto due settimane e poi ha scritto al ministro descrivendo le ultime 56 ore di vita di quel padre battagliero, piegato da un tumore alla prostata con metastasi alle ossa che in tre mesi lo ha ucciso. «Papà era nella sala dedicata ai codici verdi e bianchi, ovvero i casi meno gravi, è entrato alle 5 del mattino di giovedì 22 settembre, ma io l'ho potuto vedere solo alle 12,30 quando mi hanno fatto entrare». Si è affacciato nella stanza, ha sorriso al padre: «Ho capito che non stava bene, aveva dolori, si lamentava di come lo trattavano, allora ho parlato con un medico che ci ha detto: “Prepara-

tevi, può morire da un momento all'altro”. Noi sapevamo della sua condizione, ma non ci aspettavamo un epilogo così immediato».

LA DIAGNOSI

Perché, come racconta il figlio, al padre era stata data un'aspettativa di vita più lunga. Invece rimanevano solo pochissime ore. «Papà inizialmente era cosciente, nel pomeriggio hanno iniziato a darli la morfina, lo svegliavano ogni tanto per vedere come reagiva», ma quell'uomo forte lentamente si è spento «mentre tutti



passavano e guardavano, poi il venerdì ci hanno dato un paravento, che a volte ci toglievano - racconta il figlio - sono stato io stesso a fare da barriera, col mio corpo e il paravento». E gli ultimi minuti di vita sono stati sottratti alla curiosità da «un maglioncino con lo scotch tenuto sospeso tra il muro e il paravento».

«Cosa mi ha dato più fastidio? Gli sguardi degli estranei, alcuni li ho allontanati. C'era chi mangiava pizza con i parenti che arrivavano e facevano salotto accanto a noi, l'uomo vicino a papà aveva una colica renale e i parenti si sono lamentati perché avevano accanto un malato grave. Spero solo che mio padre non si sia accorto di nulla», dice ancora il figlio. Parcheggiato su un letto, senza «nessuna privacy e intimità in una stanza dove la notte vagabondi e tossicodipendenti cercavano solo un posto dove stare». All'ospedale romano San Camillo l'uomo è stato portato in emergenza. «Papà aveva dolori fortissimi alle ossa, abbiamo chiamato l'ambulanza e ci hanno portato lì», prosegue il figlio. Mentre la malattia era stata curata in un altro nosocomio. «metà del tempo lo ha trascorso ad aspettare l'inizio della radioterapia, l'altro ad attendere miglioramenti».

LA MAGISTRATURA

Il figlio ha intenzione di presentare un esposto. «Ci sto pensando e lo farò, non so ancora su quale fronte, voglio vedere le cartelle cliniche. In questo momento la mia denuncia è sull'incapacità di dare dignità a un persona che sta morendo, abbiamo chiesto una stanza e ci è stato detto che non c'era posto, sapevano che sarebbe morto e l'hanno lasciato lì, in pronto soccorso. Non è accettabile che un malato terminale stia a un centimetro da un paziente che non ha niente e mangia un panino con la porchetta. Mi sarei accontentato di una tenda, ma eravamo come in una caserma. Ho visto che più ti avvicini alla morte e più non conti nulla».

Rosalba Emiliozzi

© RIPRODUZIONE RISERVATA



I pazienti sulle barelle nel Pronto Soccorso del San Camillo dove un uomo è morto dopo 56 ore



Siamo venuti a conoscenza di **aspetti molto gravi** sui quali adesso stiamo indagando

BEATRICE LORENZIN



In una struttura pubblica **non è tollerabile** una situazione lesiva della dignità del malato

NICOLA ZINGARETTI

«Così papà è morto di cancro al pronto soccorso»

Roma, la lettera di un 38enne a **Lorenzin**: intorno a lui gente che rideva, ci hanno dato solo un paravento
Il ministro: fatti gravi, sono colpita. Il direttore del San Camillo: la sala dei malati terminali era già occupata

Cinquantasei ore in pronto soccorso, accanto anziani abbandonati, persone con problemi irrilevanti che ridevano, vagabondi e tossicodipendenti

La famiglia

«Per avere privacy abbiamo usato un golf e abbiamo fatto scudo con i nostri corpi»

ROMA Chiede «scusa alla famiglia» Luca Casertano, direttore sanitario dell'ospedale San Camillo di Roma: «Quello che è successo è un indubbio fallimento della nostra struttura, avremmo dovuto fare di più, non ci siamo riusciti». Un golf attaccato con lo scotch al muro e «i nostri corpi a formare una barriera» per dare l'ultima privacy ad un uomo che sta morendo. Questo è quello che Patrizio Cairolì, 38enne romano, è riuscito ad ottenere per suo padre, malato di cancro terminale che ha trascorso le sue ultime 56 ore di vita nel pronto soccorso del San Camillo. «Abbiamo protestato, non abbiamo ottenuto nulla, appena un paravento per ridare dignità a chi sta morendo», ma «uno solo, perché gli altri servono per garantire la privacy durante le visite».

Marcello Cairolì è morto il 24 settembre in una sala dove vengono tenuti i pazienti in codice giallo e verde, i meno gravi. «Accanto ad anziani abbandonati, persone con problemi irrilevanti che parlavano

e ridevano, vagabondi e tossicodipendenti». Suo figlio Patrizio ha raccontato tutto in una lettera inviata alla ministra della Salute **Beatrice Lorenzin**, per far sapere tutto quello che è successo «a Roma, capitale d'Italia», appena pochi giorni fa. Nero su bianco per descrivere il «calvario» di quell'uomo che solo 3 mesi fa aveva scoperto di essere così malato e che ha trascorso a «combattere contro l'indifferenza dei medici».

La ministra **Lorenzin** gli risponde: «Sono rimasta molto colpita da questa lettera, ci sono dei punti molto gravi». E annuncia l'invio di una «task force». Al San Camillo arriveranno gli ispettori, ma intanto scoppia il caso. Il presidente della Regione Lazio Nicola Zingaretti sollecita «con urgenza» una relazione dettagliata sulla vicenda: «Non possono essere tollerate all'interno di una struttura della sanità pubblica situazioni, qualora fossero accertate, così lesive della dignità umana e del malato». Il direttore sanitario Casertano prova a ricostruire: «Non c'erano posti letto nei reparti e l'unica sala per i pazienti terminali era già occupata: abbiamo fatto il possibile, abbiamo trovato una barella e un

separé e il paziente è stato lasciato nella sala dei codici gialli e verdi perché i familiari potessero stare con lui; l'assistenza domiciliare o l'hospice è stata richiesta ma ci vuole qualche giorno per attivarla, nel frattempo abbiamo somministrato le cure palliative dando morfina e ossigeno: non c'era molta dignità in quel separé ma abbiamo preferito non rimandarlo a casa senza cure, sarebbe stato crudele». E aggiunge: «In reparto si manda chi ha maggiori possibilità di essere salvato». Anche perché «il pronto soccorso non dispongono di un'area strutturata per accogliere le persone in fine vita». Con 150 ingressi al giorno, 90 mila all'anno, e i «continui tagli dei posti letto», dice Stefano Barone del sindacato infermieri Nursind, «al San Camillo c'è un problema di logistica e mala organizzazione e a volte si resta anche 6 giorni in pronto soccorso, purtroppo sono cose all'ordine del giorno». Per la mancanza di posti letto, due anni fa, i medici dell'area di emergenza furono costretti a mettere i pazienti per terra sui materassi.

Claudia Voltattorni

cvoltattorni@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Roma. Muore di cancro al Pronto soccorso Il figlio scrive al ministro: «Nessuna dignità»

Un maglioncino con lo scotch tenuto sospeso tra il muro e il paravento. È stata questa l'unica forma di privacy concessa per morire ad un malato terminale, dopo 56 ore di agonia all'interno di un ospedale romano, il San Camillo. Avere diritto ad una morte dignitosa anche nella Capitale d'Italia è ciò che reclama Patrizio Cairoli, giornalista di Askanews, figlio dell'uomo stroncato da un tumore, in una lettera indirizzata al ministro della Salute **Beatrice Lorenzin**, la quale si è detta «molto colpita» della missiva «perché ci sono dei punti molto gravi». Il ministro ha annunciato che invierà gli ispettori nel nosocomio romano, mentre il presidente della Regione Lazio Nicola Zingaretti attende una «dettagliata» relazione dal direttore generale dell'ospedale.

La realtà è che l'azienda ospedaliera San Camillo-Forlanini, uno dei più grandi ospedali romani, dove ogni anno ai suoi pronto soccorso si rivolgono più di 90mila persone, non ha ancora zone dedicate al "fine vita". La conferma diretta viene dal direttore sanitario dell'ospedale Luca Casertano: «Un limite che stiamo cercando di affrontare. Abbiamo un settore più tranquillo e defilato, era già occupato. Con i fondi del Giubileo, nell'ambito dell'ampliamento del pronto soccorso, creeremo due aree dedicate con accesso separato».

Ma c'è un'altra realtà ancora più difficile da metabolizzare e riguarda il perché il padre di Patrizio Cairoli non sia stato trasferito in un reparto. A spiegarlo è ancora il direttore sanitario del San Camillo: «È una questione complicata da comunicare. Si manda in un posto letto, magari di terapia intensiva, una persona che ha maggiore possibilità di giovare». «Sarebbe dovuto morire a casa, soffrendo il meno possibile – sono le parole scritte dal figlio della vittima nella sua lettera al ministro -. È deceduto in un pronto soccorso, dove a dare dignità alla sua morte c'erano la sua famiglia, un maglioncino e lo scotch. È successo a Roma, capitale d'Italia».



MEDICINA PREDITTIVA

Tumori, ogni giorno 1.000 nuovi casi Ma c'è una nuova arma: il genotest

Alcune forme di cancro si trasmettono dai genitori ai figli. Prima si scopre la predisposizione e maggiori sono le possibilità di sopravvivenza. Merito di analisi del Dna all'avanguardia

di **UMBERTO TIRELLI**

■ Ogni giorno in Italia a 1.000 nuovi individui viene comunicata una diagnosi di tumore maligno. Es- si si aggiungono ai circa 3 milioni di pazienti che vivono già con un tumore. Il rischio complessivo di sviluppare un qualunque tipo di cancro durante la vita è di 1 probabilità su 2 per un uomo e di 1 su 3 per la donna. Nello specifico, 1 donna su 8 si ammalerà di tumore alla mammella e 1 uomo su 8 svilupperà un tumore alla prostata; 1 uomo su 10 e 1 donna su 17 si ammalerà invece di un tumore del colon-retto nel corso della propria vita.

Queste diagnosi non sono tutte a prognosi infausta, dato che circa il 55 per cento dei tumori diagnosticati guarisce con le armi terapeutiche attualmente a disposizione, in particolare la chirurgia, la radioterapia, la chemioterapia, l'ormonoterapia e la terapia biologica. Inoltre è comunque possibile migliorare i risultati sia perfezionando il trattamento a disposizione, sia provvedendo a una diagnosi più precoce.

Accanto ai programmi di screening per la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori della mammella, del colon-retto e della prostata, sono stati messi a punto percorsi per la valutazione di uno dei fattori di rischio più rilevanti di sviluppare i tumori sopra elencati: si tratta della presenza all'interno della stessa famiglia (materna e/o paterna) di casi con questi tipi di cancro. Come se si guardasse in una sfera di cristallo, i test genetici permettono di rivelare alle persone, in assenza di sintomi, tutti i segreti nascosti nel Dna e di quantificare il rischio di contrarre determinate malattie, in particolare il cancro e, nello specifico, quello di mammella, ovaio, colon-retto e prostata.

I test genetici fanno parte di una branca della medicina che

può dirsi predittiva e che rappresenta sicuramente la più diretta conseguenza della nostra conoscenza del genoma umano. È un modello che si applica fundamentalmente a individui sani allo scopo non di guarirli da qualcosa che hanno già, come è per la classica medicina curativa, bensì piuttosto di scoprire le alterazioni genetiche nel loro Dna che potrebbero essere utili per identificare i soggetti a rischio di tumore e, di conseguenza, mettere poi in atto una serie di misure di prevenzione e diagnosi precoce.

Queste misure possono portare infatti a una diagnosi di cancro in uno stadio iniziale (quindi più curabile) se non addirittura evitarlo, con una serie di interventi come l'aumento della frequenza dei controlli, la precocità d'inizio (per esempio in giovane età), l'adozione di stili di vita più sani.

I limiti attuali della medicina predittiva sono sicuramente molteplici. In primo luogo bisogna sempre tenere presente che il risultato dei test predittivi possono non essere definitivi: in altre parole, il test non sempre consente di stabilire quando e a quale livello di severità il soggetto in questione sicuramente si ammalerà. Già sappiamo che i tumori sono multifattoriali, di conseguenza sono importanti non solo i geni, ma anche l'ambiente e lo stile di vita (fumo, abuso di alcol, obesità, inquinamento e così via). I candidati al genotest sono comunque coloro che hanno in famiglia pazienti affetti da tumore a mammella, ovaio, colon-retto e prostata. Più si hanno parenti affetti da queste patologie e più vi è indicazione a fare il genotest.

Un articolo apparso nel 2014 sul *New England Journal of Medicine* (una tra le più prestigiose riviste mediche del mondo), dal titolo «Screening di una persona asintomatica per rischio genetico», asserisce che sono accettabili e comprensibili richieste di persone di eseguire un test genetico del

loro rischio familiare.

Il nostro patrimonio genetico contiene geni capaci di favorire oppure di domare il tumore: i primi sono detti oncogeni, i secondi oncosoppressori. A questi si aggiungono altri geni che, in alcuni casi, possono mutare e dare il via libera al cancro. Nel tumore del colon-retto, per esempio, è ormai chiaro che esistono forme di tipo ereditario nelle quali i genitori trasmettono un gene difettoso che, con il tempo, può dare origine alla malattia. È più probabile che un tumore del colon-retto sia ereditario se nella famiglia di origine si sono manifestate alcune malattie che predispongono alla formazione di tumori intestinali.

Il genotest per scoprire i tumori sulla base dei dati genetici che derivano dal Dna potrebbe essere importante anche per chi abbia già sviluppato un tumore della mammella, dell'ovaio, del colon-retto e della prostata, dal momento che si può valutare la loro suscettibilità a sviluppare un altro cancro sempre dello stesso tipo o, comunque, valutare il rischio dei loro familiari di sviluppare questo tipo di tumore.

Successivamente all'esecuzione del test, che consiste in un prelievo di saliva (www.mygenomics.eu), un oncologo esperto, sulla base del rischio che giungerà dal genotest (basso, intermedio, alto), in tre mesi darà le dovute informazioni e i consigli su come procedere da quel momento in poi.

Infine alcuni pazienti affetti dai tumori elencati, in particolare quelli dell'ovaio e tra poco quelli della mammella, potrebbero procedere alla valutazione del genotest per sapere se hanno i requisiti per ricevere un trattamento oncologico sulla base della propria alterazione genetica. Questo aspetto clinico è nelle sue prime fasi di valutazione, ma potrebbe rappresentare una grande opportunità terapeutica del futuro.

www.umbertotirelli.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La legge 38 sul dolore frenata dalla diffidenza

FANELLI, L'ISPIRATORE DELLA NORMATIVA: «NON È GARANTITO L'ACCESSO ALLA TERAPIA IN MOLTE REGIONI» L'ESPERTO

ROMA L'Italia è il paese con la legge sulla terapia del dolore più invidiata del mondo. Ma è anche il paese in cui si lascia morire un malato di cancro terminale in un pronto soccorso della Capitale dopo ben 56 ore di sofferenze. Sono ancora tante, anzi troppe, le ombre che oscurano uno dei prodotti legislativi più progressisti del nostro paese. In Italia la Legge 38 del 2010, che ha riorganizzato l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore, nonché sdoganato l'uso dei farmaci oppioidi, viene ancora applicata a macchia di leopardo. «Sono passati 6 anni dalla sua promulgazione e ci sono ancora molte regioni che non hanno formalizzato l'impegno a recepire gli indirizzi dettati dalla normativa», dice Guido Fanelli, professore ordinario dell'Università degli Studi di Parma, e direttore scientifico della Fondazione Ant (Associazione nazionale tumori).

Fanelli è considerato il papà della Legge 38 e si batte da anni affinché venga applicata correttamente. «Anche in quel 75% del territorio nazionale dove la normativa è stata recepita sulla carta, ci sono ancora molte Regioni che di fatto non garantiscono ai malati l'accesso alla terapia del dolore - racconta -. Così succede, ad esempio, che a Roma i 2 centri Hub, ovvero le strutture preposte a erogare la terapia del dolore, non funzionano e i malati vengono reindirizzati nei centri Spoke, ovvero in strutture intermedie che dovrebbero offrire solo supporto ai

centri Hub. Generando in questo modo una confusione pazzesca e ostacolando l'accesso dei malati alle terapie garantite da una legge della Repubblica».

In Italia i centri Hub sono 25, tuttavia ci sono ancora milioni di pazienti con dolore cronico che non ricevono cure appropriate. In totale, a soffrire di dolore cronico è il 26% della popolazione e tra questi solo il 5% è un malato oncologico. «Questo significa che ci sono milioni di italiani che convivono con lombalgia, artrite, cefalea, fibromialgia e altre malattie croniche, costretti a lavorare o a svolgere tutte le loro attività quotidiane sopportando un dolore che invece potrebbe essere trattato efficacemente», sottolinea Fanelli.

LE PRESCRIZIONI

Le carenze nella terapia del dolore non riguardano però solo l'organizzazione dei centri Hub e Spoke, ma anche e soprattutto la sensibilità di ogni singolo medico. Nel nostro paese, infatti, l'oppiofobia tra i medici è molto diffusa. «I medici tendono a non prescrivere i farmaci oppioidi anche nei casi in cui i pazienti ne hanno davvero bisogno per il timore ingiustificato di eventi avversi», dice Fanelli. «Lo scarso impiego degli oppioidi rappresenta una delle principali sacche di inappropriata terapia, e quindi di inefficienza, che ancora caratterizza il nostro sistema», aggiunge, sottolineando che l'Italia spende per gli oppioidi 1,7 euro per abitante a fronte dei 10 euro spesi in Germania. Questo si traduce in un consumo spropositato di antinfiammatori non steroidei, i famosi Fans, che spesso risultano insufficienti a trattare il dolore. Non solo. Questi farmaci, considerati più leggeri degli oppioidi, sono oggi responsabili di effetti collaterali anche gravi.

Valentina Arcovio

© RIPRODUZIONE RISERVATA



DALLA BOSCHI ALLA NAZIONALE

Sigarette e gioco, l'Italia ipocrita sponsorizza quello che vieta

di Francesco Maria Del Vigo

a pagina 4

ALLA FACCIA DELLA LOTTA ALLE DIPENDENZE

Azzardo e sigarette, l'Italia degli ipocriti

Le scommesse sponsor della Nazionale. E la Boschi fa accordi sul tabacco

di Francesco Maria Del Vigo

Dalle parti del governo (e non solo) debbono mettersi d'accordo. Con loro stessi. Si mettano davanti a uno specchio - o se preferiscono si sdraino sul lettino di un analista - e facciano pace con le loro idee. Gli diamo una mano a svolgere questo esercizio, ponendo alcune domande esistenziali e forse esiziali. Le sigarette fanno male o no? Il gioco d'azzardo è pericoloso oppure non lo è? Non sono quesiti da un milione di euro, è evidente. I pacchetti di sigarette sono stati funestati (dallo Stato) con foto e messaggi mortiferi, i fumatori vengono «perseguitati», sbeffeggiati e costretti a coltivare il loro vizio in luoghi sempre più remoti. Le slot machine e le scommesse - da par loro - vengono descritte costantemente come idrovore che succhiano i soldi dei poveri cittadini riducendoli sul lastrico. E i dati sulla

diffusione della ludopatia tra gli italiani sembrano confermare la pericolosità del gioco quando diventa patologico. Insomma, non dovrebbero esserci dubbi. Il governo-mamma ci inculca quotidianamente questi sani principi. Lo sanno anche i sassi. In teoria. Ma c'è un ma. Anzi due. Perché poi le stesse istituzioni - tutto a un tratto - si mettono a sponsorizzare quello che vorrebbero vietarci. Ed è un bel paradosso. Ieri la ministra per le Riforme Maria Elena Boschi ha partecipato alla firma di un contratto da 620 milioni di euro con la Japan Tobacco. Benissimo. Giustissimo. *Pecunia non olet*. Ma se non puzzano i soldi, allora non deve puzzare nemmeno il fumo. E, infatti, la ministra durante la conferenza ricorda - sognante - «il profumo di tabacco» che dalle finestre entrava nella sua casa di infanzia. Il profumo, mica la puzza. Per la gioia dei più incalliti tabagisti. Ma le reminiscenze

boschiane stridono con la politica del suo stesso esecutivo, che nelle sigarette ha identificato un nemico da sconfiggere a tutti i costi. La signora Boschi non era presente al Consiglio dei ministri che ha ratificato la stretta sulle bionde? O in quel momento era uscita a fumarsi una sigaretta? Ma non è finita. Martedì è stato ufficializzato: il nuovo sponsor della Nazionale di calcio è Intralot, colosso del betting, e per betting si intendono le scommesse. Ma scoppia la polemica. Campagne su campagne contro il «gioco» e poi mandiamo in giro gli eroi d'azzurro vestiti - praticamente un'istituzione - con stampigliato sulle magliette il nome di un'azienda che ha a che fare con l'azzardo? Anche in questo caso il denaro non puzza, ed è giusto così, ma l'ipocrisia inizia ad avere un odore non troppo gradevole. Fumo e scommesse non faranno bene alla salute, ma governare pare non faccia molto bene alla coerenza.



LA POLEMICA

L'Italia del tabacco tagliata fuori dal vertice mondiale contro il fumo

MARCO MENDUNI

NONOSTANTE le campagne a getto continuo, i pacchetti sempre più terrorizzanti, le limitazioni sempre più stringenti, in Italia, in Europa, nel mondo, si continua a fumare. Un miliardo di persone continua ad accostare le labbra a sigarette, sigari e pipe: un numero destinato persino ad aumentare, secondo le stime dell'Organizzazione mondiale della Sanità. Per questo motivo la stessa Oms promuove, come accade ogni due anni, la conferenza mondiale sulla salute. Si terrà a New Delhi dal 7 al 12 novembre, preceduta da una serie di incontri preparatori alle Maldive, in Egitto, alle Isole Fiji, a Panama. La conferenza fa parte della Convenzione quadro sul controllo del tabacco. Tradotto: deve stabilire un'agenda per la regolamentazione da far adottare agli oltre 170 Paesi che hanno aderito, per far calare sempre di più il consumo. Tra questi, anche l'Italia.

Quest'anno, però, l'appuntamento nasce tra le polemiche. La ragione? L'Oms ha annunciato l'intenzione di escludere dall'incontro molti Paesi, tra i quali i maggiori produttori mondiali di tabacco. La pressione è fortissima. Rischia così di venir tagliata fuori anche l'Italia, che è prima produttrice in Europa. Il motivo? Secondo i responsabili, governi e istituzioni non possono interagire con l'industria del tabacco. Quando

lo fanno, perché c'è un tornaconto dalla produzione e dalla vendita delle foglie, la posizione sulla salute dei cittadini potrebbe venire influenzata dalle esigenze economiche e finanziarie.

Con l'Italia rischiano il cartellino rosso anche la Cina, l'India, il Brasile, gli Stati Uniti, l'Indonesia, il Malawi. E poi Romania, Bulgaria, Turchia, Thailandia, Egitto e Iran.

Il tema è delicatissimo. Anche perché la salute è importante, ma non si può trascurare l'impatto di ogni decisione su un mercato mondiale che, oltre alle *major*, si sviluppa nel mondo in 450 mila aziende e dà lavoro, solo nella coltivazione, a due milioni e mezzo di persone.

Se l'esclusione di massa dalla conferenza di New Delhi diventerà reale, anche l'Italia dovrà recepire le indicazioni senza aver nemmeno potuto dire la sua. Dove sta il paradosso? Per sottolinearlo, bastano due episodi recenti. Il 23 settembre scorso il premier Renzi ha partecipato, vicino a Bologna, all'inagurazione del nuovo stabilimento Philip Morris per la produzione su larga scala di ricariche di tabacco per iQos, la nuova "sigaretta senza fumo". Ieri il ministro Boschi ha firmato a Palazzo Chigi un nuovo accordo da 160 milioni per l'acquisto di tabacco italiano da parte di Japan Tobacco. Però, a dicembre, anche l'Italia rischia di rimanere senza voce.

menduni@ilsecoloxix.it

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI



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

Lea, audizione Lorenzin: milioni di nuovi esentati dai ticket



«Con i nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (Lea), che hanno iniziato il loro iter di approvazione finale, milioni di persone in più rispetto a oggi verranno esentate dal ticket per visite specialistiche e farmaci». Ad annunciarlo, il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, oggi in audizione alla commissione Affari sociali della Camera. «Sta per cominciare l'iter di approvazione definitivo dei nuovi Livelli essenziali di assistenza (Lea), un provvedimento che consentirà a milioni di persone di avere assicurata l'esenzione dal pagamento del ticket: solo per fare un esempio, 300.000 nuovi malati rari, 300.000 donne colpite da endometriosi e 300.000 pazienti con Broncopneumopatia cronico-ostruttiva (Bpco)».

E a proposito di budget, il ministro ha evidenziato che «la legge di Stabilità per il 2016 ha segnato un cambio di passo per il Servizio sanitario nazionale, sulla base di una politica fondata non più sui tagli lineari, ma sul miglioramento dei processi clinici-organizzativi di strutture pubbliche e anche private che concorrono al funzionamento del Ssn. Le prestazioni "extra Lea" - ha aggiunto il ministro - che venivano erogate dalle Regioni virtuose entrano ora nel Ssn di tutto diritto e i pazienti potranno accedervi in maniera uniforme su tutto il territorio nazionale». Solo per quattro Regioni, ha fatto sapere Lorenzin, «risulta oggi una sovrapposibilità fra le prestazioni erogate finora e il nuovo nomenclatore nazionale», e che la direzione in cui si sta andando non è quella di una riduzione dei servizi lo testimoniano gli 800 milioni di euro vincolati in maniera strutturale per i Lea. Per il primo anno è comunque prevista una spesa di 685 mln per l'inserimento graduale delle nuove coperture vaccinali (con un obiettivo prima del 60%, poi del 75% e infine del 90%). Fra le novità previste nei

nuovi Lea, ha ricordato il ministro elencando le prestazioni alla commissione, «test genetici, adroterapia (fino a oggi solo pochissimi pazienti hanno potuto ottenerla e molti sotto pagamento, fino a 26.500 euro per un solo ciclo), enteroscopia con microcamera ingeribile, prestazioni di specialistica ambulatoriale anche per Pma omologa ed eterologa, finora erogate solo in regime di ricovero; assistenza specialistica in gravidanza e tutela della maternità (esami preconcezionali più appropriati per il rischio procreativo, test combinato con ecografia nel primo trimestre, diagnosi prenatale aggiornata). Ancora, nel nomenclatore protesi entrano apparecchi acustici digitali, carrozzine tecnologicamente avanzate, ausili come posateria o docce speciali per disabili, e saranno assicurati anche dispositivi su misura per particolari handicap». Fanno il loro ingresso anche 110 nuove malattie rare, grazie alle quali si darà assistenza a circa 300.000 persone in più; l'endometriosi (+300.000 esenzioni), la sindrome da talidomide, Bpco da moderata a grave (+300.000 nuovi esenti), la celiachia; vaccini nuovi e/o destinati a nuovi gruppi (anti-Hpv ad adolescenti maschi), screening neonatale estesi alle malattie metaboliche, autismo.

Sanità24

Il Sole 24 ORE

Home | Analisi | Sanità risponde | Scadenze fiscali | Sanità in borsa



5 ott 2016

DAL GOVERNO

In calo gli incassi dell'intramoenia

di Roberto Turno (da Il Sole 24 Ore di oggi)

SEGNALIBRO ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

TAG

Intramoenia

Prestazioni sanitarie

Odontoiatra

Ospedale

Aziende sanitarie locali - ASL

Aziende ospedaliere

Sono costate in media 18,8 euro a testa agli italiani le prestazioni dei medici in libera professione intramoenia. Ma in Emilia Romagna la spesa pro-capite è stata di 30,7 euro e di 29,8 in Toscana, contro i 4 euro a Bolzano e 4,7 in Calabria. Con tutto il Sud sotto i 10 euro a testa e il Centro-Nord sempre sopra i 20. La fotografia più recente sulla libera professione intramoenia dei medici pubblici arriva da un rapporto appena inviato alle Camere dal ministro della Salute (anticipato da Sanità24), frutto di un ampio flusso di dati richiesti alle Regioni anche per valutare l'applicazione delle regole varate negli ultimi anni. Il check che emerge è a due facce. Da una parte è cresciuta la messa in opera di numerosi adempimenti, anche se a macchia di leopardo.

Dall'altro, sul versante economico non mancano novità anche importanti. Il costo totale dell'intramoenia è stato nuovamente in leggero calo: gli incassi complessivi sono stati pari a 1,141 miliardi contro 1,151 del 2013. La quota dei medici è stata di 926 milioni (933 l'anno prima), mentre al Ssn sono rimasti 216,8 milioni (contro 218,4). Ogni medico ha guadagnato in media 17.448 euro, dai 23.555 in Emilia Romagna ai 6mila in Calabria. I ricavi totali più alti sono stati in Lombardia con 241 milioni (194,5 ai medici) e in Emilia con 136 milioni (104 ai camici bianchi), quelli più bassi tra le Regioni ordinarie in Basilicata con 4 milioni (-10% del 2013). In calo per i dirigenti medici e sanitari anche l'indennità di esclusività, che vale 1,28 miliardi e alla quale hanno aderito 118.901 dipendenti col tasso del 93,2% dei medici e appena il 55% degli odontoiatri.

A fare da traino è l'area specialistica, che ha realizzato il 67,4% (+2%) dei ricavi totali dell'intramoenia, seguita dagli interventi in ospedale al 20,4% (-1,2%).

A Bolzano la specialistica ha totalizzato il 100% dei ricavi, nelle Marche e in Calabria il 98% circa. L'ospedaliere è stata invece la ragione della metà dei ricavi solo in Molise. In Piemonte il 62% dei medici esercitano la cosiddetta Alpi, e nel Lazio il 60%, contro il 18% a Bolzano e il 28% in Sardegna. Il 78% dei medici svolge la libera professione all'interno delle mura del Ssn con una crescita del 7% rispetto all'anno prima.

Per il grado di adempimento del governo aziendale della libera professione, il Nord-Est è in testa col 93,8% di attuazione e il resto d'Italia tra l'80 e l'87%. Ma non senza note dolenti: come per l'attivazione della contabilità separata, che nel 2014 era realtà soltanto in tutte le aziende di una Regione e di una Provincia autonoma. Le misure attuate per evitare i conflitti d'interesse sono invece cresciute dappertutto con valori tra il 92 e il 98% per macro aree. I voti più bassi (66%) sono andati all'applicazione delle regole per la definizione dei volumi di attività in intramoenia da assegnare ai medici, quelli più alti (95%) alle misure anti conflitto d'interessi e per frenare la concorrenza sleale. Nel ranking degli adempimenti il Veneto guida con il 93,9%, il Molise è appena al 44 per cento.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



CORRELATI

DAL GOVERNO

10 Settembre 2015

Intramoenia più povera per i medici. Arriva la prima

LAVORO E PROFESSIONE

07 Aprile 2016

Anaao su corruzione in sanità, gli sprechi esistono

LAVORO E PROFESSIONE

11 Aprile 2016

Ma l'intramoenia è di destra oppure... di sinistra?

DATA JOURNALISM

Dovete andare in ospedale? Portatevi il materasso da casa

A CURA DI RAPHAËL ZANOTTI

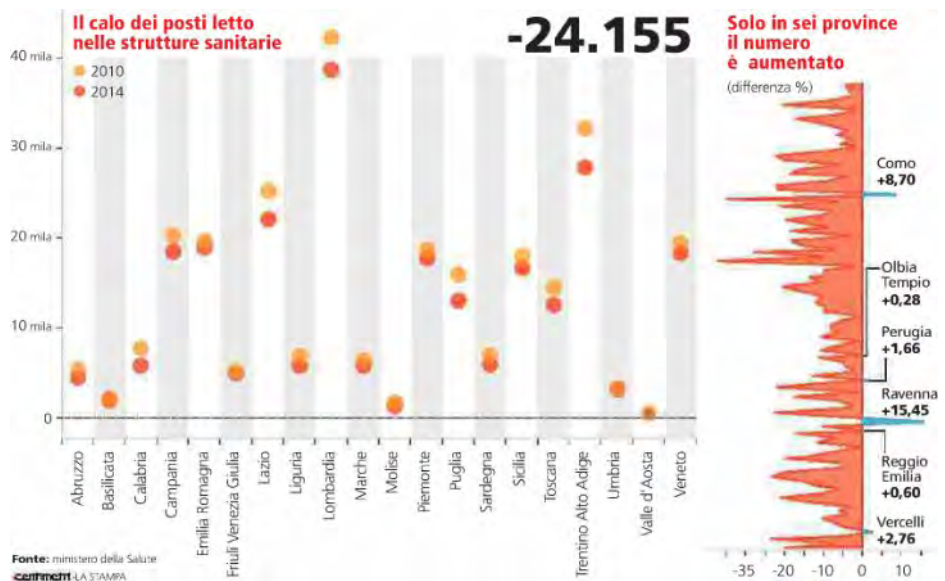
In questi anni lo abbiamo notato tutti: presidi sanitari che chiudono nei piccoli centri, ospedali di provincia che vengono accorpati, case di cura ridotte all'osso. Il progetto ventilato è sempre stato lo stesso a tutte le latitudini: concentrare, creare eccellenze, pianificare città della salute. Ma intanto i posti letto sono spariti, uno dopo l'altro. E nei nuovi poli della sanità non ne sono nati altri.

Secondo i dati del ministero della Salute, in cinque anni l'Italia ne ha visti sparire 24.155. Circa il 10 per cento se si considera che nel 2010 erano 244.510. Ci sono comuni desertificati, come Praia a mare, in provincia di Cosenza, passata dai 115 posti letto del 2010 ai 10 del 2014. E province che hanno perso oltre un terzo della loro capacità ricettiva: Isernia -37,23 per cento e Cosenza -35,14 per cento. Nessuna regione si è salvata dalla sforbiciata. E anche nelle province non è andata meglio, solo 6 su 110 hanno visto aumentare i loro posti letto.

Così accade che mentre nel 2010 ognuno di noi doveva «condividere» il posto letto in una qualunque struttura sanitaria con altre 247 persone, nel 2014 in quel letto ci sono saltate altre 27 persone. Le cittadelle della salute si sono ristrette.

raphael.zanotti@lastampa.it

© BY NC ND AL CUNTI DIRITTI RISERVATI



quotidianosanita.it

Mercoledì 05 OTTOBRE 2016

Appalti. Cantone: "In sanità il più alto tasso di proroghe e rinnovi"

"E spesso a prezzi non concordati e non in linea con il mercato. Non sono in grado di certificare gli sprechi, ma sicuramente tutto questo porta a inefficienza e corruzione, oltre che a mancati servizi". Così il presidente dell'Autorità nazionale anticorruzione è intervenuto ad un incontro su gare centralizzate, spending review e sostenibilità del Ssn organizzato dall'Acoi.

Il presidente dell'Autorità nazionale anticorruzione Raffaele Cantone torna sul tema del rapporto tra sanità e politica ribadendo il concetto che la sanità "è politicizzata" e quindi "l'ingerenza politica è uno tra i problemi della sanità italiana". L'occasione per parlare di queste tematiche è stata offerta dal dibattito 'Gare centralizzate, spending review e sostenibilità Ssn: come garantire innovazione, qualità, trasparenza e sicurezza per il paziente', organizzato dall'Acoi all'Auditorium Parco della Musica di Roma.

Per Cantone poi esistono anche altri ambiti, come la gestione delle strutture, "in cui molto spesso non viene premiato il merito ma altri criteri. Questo è più complicato da affrontare". Ad esempio avverte ancora il presidente dell'Anac, "esistono dei reparti ospedalieri gestiti da anni da primari che non hanno mai fatto un concorso, e questa è una patologia del sistema".

E per Cantone è stato "un disastro aver attribuito alle Regioni la responsabilità a 360 gradi sulla sanità". Senza generalizzare, ma "in molti casi si è verificato un legame fra sanità, politica e criminalità organizzata, che nasce per esempio dalle considerazioni sugli scioglimenti delle aziende ospedaliere e delle Asl. Purtroppo, c'è una forte influenza della politica, che in alcune zone significa anche un pezzo dell'influenza della criminalità".

E non basta semplificare le procedure per combattere la corruzione nella sanità, afferma Cantone, "perché significa mettere accanto gli strumenti che evitano che la semplificazione sia peggiore".

"Spesso nel nostro Paese - aggiunge - ci si preoccupava più di come far partire gli appalti, piuttosto che di come andavano a finire. Nella sanità questo è uno dei problemi, ma ce ne sono altri. Il tema principale riguarda i meccanismi di programmazione della spesa: in sanità c'è il più alto tasso di proroghe e rinnovi di appalti, spesso a prezzi non concordati e non in linea con il mercato", e "non sono in grado di certificare gli sprechi, ma sicuramente tutto questo porta a inefficienza e corruzione, oltre che a mancati servizi".

E' importante provvedere a dei sistemi di aggregazione, "accompagnati da garanzie che sono quelle di trasparenza e controllo delle procedure, che riguardino i meccanismi di spesa. Credo che quello degli acquisti e dei meccanismi collegati agli appalti sia uno dei principali" ambiti di intervento.

"Quando creiamo le centrali uniche di committenza, - evidenzia Cantone - creiamo anche centri di potere, non per forza in senso negativo. Dobbiamo però ampliare i sistemi di controllo della trasparenza, altrimenti la questione diventa pericolosa. Le centrali uniche di committenza sono una scelta obbligata nella logica di efficienza e risparmio: qual è quindi l'idea del codice dei contratti? Valutare la qualità ma individuare dei paletti di controllo".

Fonte: Regioni.it



SIS

Giovedì,
6 ottobre
2016

vita@avvenire.it

◆ **Riprogrammazione delle cellule adulte
il Cnr mette a punto una tecnica «sicura»**

Un gruppo di ricercatori dell'Istituto di tecnologie biomediche del Cnr e dello Sbarro Institute presso la Temple University di Philadelphia, guidato dall'italiano Antonio Giordano, è riuscito a riprogrammare cellule umane adulte in cellule staminali pluripotenti indotte senza il pericolo di apportare nelle cellule modifiche genetiche indesiderate che potrebbero rivelarsi pericolose. Lo studio è stato pubblicato sul *Journal of Cellular Physiology*. La tecnica sviluppata dal Nobel Shinya Yamanaka rende possibile l'uso di cellule adulte per generare qualsiasi tipo di organo e tessuto umano. Ora la ricerca italiana avrebbe individuato il modo per pilotare il destino delle staminali con "guide a Rna".



Lo scarpone tecnologico per tornare a camminare

Si chiama Gondola: stimolando punti precisi del piede restituisce movimento e autonomia ai pazienti affetti da polineuropatie periferiche.

Camminano male e poco. Con fatica, con dolore. E spesso non ci riescono nemmeno. Sono le persone affette da polineuropatie periferiche (in Italia, il 10-12 per cento della popolazione): condizioni che hanno cause diverse (diabete, tumori, alcolismo, effetti collaterali di alcuni farmaci, età avanzata), ma tutte alterano in modo patologico il movimento, l'equilibrio e la capacità di camminare.

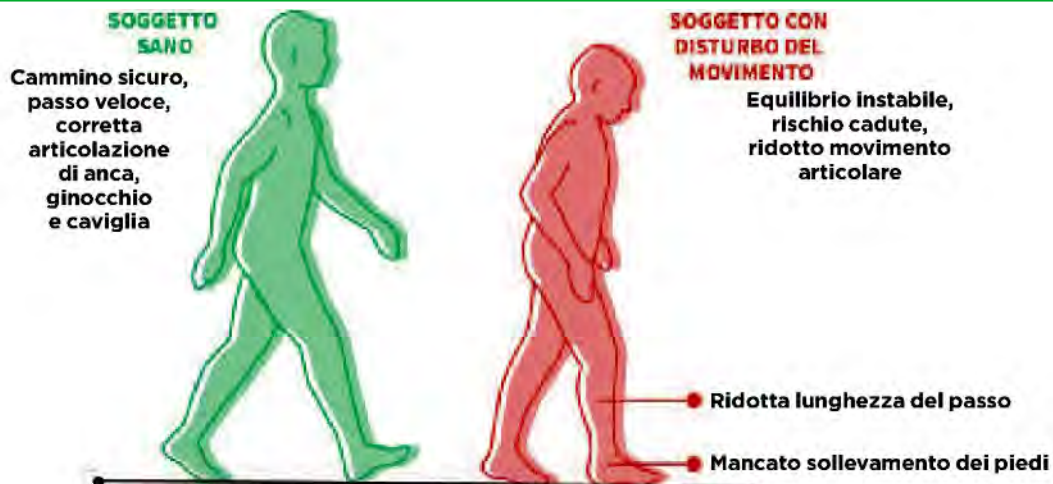
Per aiutare questi pazienti a rimettersi in piedi e tornare autonomi, esiste oggi un nuovo strumento ideato dalla società svizzera Gondola medical technologies e validato con centri di ricerca di valenza internazionale: si chiama Gondola, anche se il nome scientifico della terapia è «stimolazione periferica meccanica automatizzata» (Amps, dal nome in inglese); da usare due minuti un paio di volte a settimana, assomiglia a uno scarpone tecnologico aperto che avvolge il piede e lo stimola in due punti, la punta dell'alluce e la base del primo metatarso: aree le cui innervazioni forniscono al sistema centrale di controllo del movimento i segnali relativi all'iniziativa motoria e alla lunghezza del passo; e se questi segnali, a causa della neuropatia, arrivano ridotti in intensità, causano un peggioramento progressivo del cammino, perdita dell'equilibrio e dolore cronico.

«Per capirne bene il modo d'azione bisogna prima sapere come funziona il cammino» premette Mauro Porta, professore in neurologia e direttore del Centro disturbi del movimento di Milano, che ha avuto un ruolo importante nel definire i protocolli di utilizzo di Gondola nei pazienti neuropatici. «Il centro del cammino,

Gondola, messo a punto in Svizzera, è stato sperimentato con successo in un cinquantina di pazienti.



Il dispositivo Gondola, applicato due/tre volte la settimana, migliora il cammino e l'equilibrio.



Lo strumento viene testato a pazienti con neuropatie periferiche nel Centro disturbi del movimento di Milano.

All'interno piccole estremità metalliche stimolano la punta dell'alluce e la base del primo metatarso: ciò dà al sistema nervoso il segnale del movimento.

nel midollo spinale, riceve impulsi dall'alto, ossia dal cervello, così come dalla periferia, cioè dai piedi. I pazienti con polineuropatie hanno problemi di cattiva trasmissione dei segnali che partono dalla pianta del piede e giungono al midollo e al cervello. È come se la centralina di un'auto non ricevesse i segnali dai sensori del motore e dei freni: smetterebbe di funzionare».

Il dispositivo è stato progettato e validato nel Parkinson, dove ha dato buoni risultati. All'interno ha piccole punte metalliche che stimolano la pianta del piede con una pressione calibrata. Nel Parkinson, due stimolazioni la settimana migliorano equilibrio e cammino, poi vanno ripetute. «Il Parkinson è però una malattia diversa» precisa Porta. «Ha disturbi del movimento, instabilità e blocchi motori, oltre al freezing della marcia, sintomo che risponde bene a questo trattamento; ma è una patologia progressiva. Le neuropatie sono meno evolutive, e ciò rende l'uso di Gondola ancora più significativo. Inoltre non ci sono farmaci efficaci, mentre nel Parkinson c'è la levodopa».

In oltre 50 soggetti, la stimolazione ha consentito a persone di riprendere mobilità e autonomia. «Il prossimo obiettivo sarà testarlo su un numero più ampio di pazienti» conclude Porta. «E stabilire se la stimolazione non vada fatta più di due volte la settimana. Per questi pazienti Gondola costituisce, nell'ambito di un mosaico terapeutico, uno degli approcci più efficaci. Tornare a camminare e a essere indipendenti, significa recuperare qualità della vita. E per il sistema sanitario vuol dire meno carrozzine, meno fratture, meno costi sociali». (R.S.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA