



RASSEGNA STAMPA

15-11-2016

1. REPUBBLICA Vaccinati chiudi la porta al cancro
2. REPUBBLICA I farmaci sono gratis, ma la cura costa
3. DOCTOR 33 Prevenzione del melanoma: le creme solari servono a poco, anche ad alta protezione
4. ADN KRONOS Cani 007 contro il cancro alla prostata. Ricerca Humanitas protagonista al Parlamento europeo
5. REPUBBLICA.IT "Voce dal buio", ecco perchè condividere fa bene a chi ha il cancro
6. HEALTH DESK Tumore al seno: parte a Cambridge un programma di ricerca sulle terapie personalizzate
7. ADN KRONOS Veronesi, il tributo degli oncologi da tutto il mondo: "Un gigante"
8. CORRIERE.IT L'obesità è una malattia... curabile Metà italiani sovrappeso o obesi
9. GIORNO - CARLINO – NAZIONE «Niente più ticket per la cura del diabete»
10. SOLE 24 ORE SANITA' Ancora tagli per i posti letto, cresce l'attività in ambulatorio
11. MATTINO Più strade e più malati ma il Sud riceve meno fondi del Nord
12. GIORNALE Vai dal medico? Da oggi lo sa anche lo Stato
13. ITALIA OGGI Farmaci, tetti sulla spesa
14. SOLE 24 ORE SANITA' Farmaci, affondo delle Regioni
15. SOLE 24 ORE SANITA' Tutte le opacità del Ddl Risk
16. GIORNALE Stranieri qui per le cure Ma il sistema è al collasso e pagano solo gli italiani
17. GIORNALE I medici che operano gratis i greci pronti a sbarcare in Meridione: anche i vostri poveri sono a rischio
18. AVVENIRE Inaffidabile Dottor Google
19. LA VERITA' Finiranno a letto 6 milioni di italiani
20. LIBERO QUOTIDIANO Bullismo e internet Esperti a confronto sui rischi per i ragazzi
21. SOLE 24 ORE SANITA' «La sanità è motore dello sviluppo» - Un Ssn in salute ma diseguale
22. REPUBBLICA Troppe intolleranze? È anche colpa dei test

Chiudi la porta al cancro

Si chiama Papilloma virus. Causa i tumori della cervice uterina, dei genitali, di testa e collo. Ma si può sconfiggere. Perché il vaccino c'è. Ed è l'unico modo certo di prevenirlo.

Papilloma. È un virus responsabile dei tumori della cervice uterina, dei genitali e di testa-collo. Che si possono evitare. Identikit di un salvavita. Snobbato nei paesi ricchi

Vaccinati chiudi la porta al cancro

SILVIA FRANCESCHI*

IN PRINCIPIO, NEL 1842, fu il medico veronese Domenico Rigoni Stern, ad osservare che il tumore del collo dell'utero, allora il più frequente nelle donne, era rarissimo nelle suore e ipotizzò perciò che la malattia potesse essere associata all'attività sessuale. Nel secolo successivo, grandi studi epidemiologici hanno trovato poi un rapporto tra il numero di partner sessuali di una donna e quelli del suo coniuge ed il rischio di ammalarsi di cancro al collo dell'utero; ma lo specifico fattore di rischio sessualmente trasmissibile è rimasto sconosciuto fino agli anni Settanta del Novecento.

La scoperta che il papilloma virus (HPV) - fino ad allora riconosciuto responsabile di tumori in diversi animali e delle verruche della pelle umana - è la causa del tumore del collo dell'utero è stata il frutto combinato di tre tipi di studi: indagini epidemiologi-

che, osservazioni derivanti dagli screening (che hanno identificato citologicamente la frequente presenza di infezioni da HPV sul collo dell'utero) e dei progressi della biologia molecolare che hanno permesso di isolare nel 1982 il DNA dell'HPV nei tumori del collo dell'utero (Harold Zur Hausen ha perciò vinto il premio Nobel per la Medicina nel 2008). L'impresa non era facile perché le infezioni che causano tumori sono infezioni croniche che rilasciano pochissime copie virali e quindi c'è bisogno di utilizzare tecniche diagnostiche di amplificazione del DNA (o RNA) virale molto sensibili. Con queste nuove tecniche si è anche riusciti a scoprire che l'HPV è in realtà una grande famiglia di centinaia di tipi che provocano lesioni mucosali o cutanee, tra cui una dozzina di tipi sono stati dichiarati da un gruppo di esperti convocati allo Iarc nel 1995 cancerogeni nell'uomo. Nel frattempo Georgios Papanikolaou, medico greco emigrato negli Usa, metteva a punto il Pap

test che nella seconda metà del Novecento avrebbe dato l'avvio al primo tipo di screening tumorale di massa che in alcuni decenni avrebbe portato a una sostanziale diminuzione del tumore del collo dell'utero in molti paesi d'Europa e in Nord America.

Negli anni grandi studi internazionali condotti in tutto il mondo soprattutto dallo Iarc e dal National Cancer Institute degli Stati Uniti hanno portato alle seguenti conclusioni: 1) praticamente il 100% dei tumori del collo dell'utero sono causati dall'HPV; 2) l'infezione si ritrova anche in molte donne sane, soprattutto sotto i 25 anni: precede di pochi anni l'insorgenza di lesioni precancerose e di 2 o 3 decenni quella di tumori; 3) anche quasi tutti i tumori dell'ano e circa la metà dei tumori di vulva, vagina e pene, nonché una quota dei tumori della gola (orofaringe) sono causati dall'HPV.

A livello mondiale l'infezione è alla base di quasi il 9% di tutti i tumori della donna (per un totale di 570.000 casi all'anno) e dell'1% di quelli dell'uomo (per un totale di 61.000 casi all'anno). Questa percentuale varia moltissimo da regione a regione raggiungendo il 20% o più di tutti tumori delle donne in alcuni paesi di Asia, America Latina e Africa sub-Sahariana. La percentuale piuttosto bassa (4% o meno) nei paesi a reddito elevato è in gran parte dovuta all'effetto preventivo di decenni di screening per il tumore del collo dell'utero.

Per ben pochi altri tipi di tumore esiste una causa altrettanto predominante che l'HPV per quello del collo dell'utero: tabacco e tumore del polmone, asbesto e mesotelioma, Helicobacter pylori e tumore dello stomaco. Il tumore del collo dell'utero è però l'unico per cui un fattore, l'HPV, è considerato una causa necessaria che può essere

evitata, sia attraverso la vaccinazione sia attraverso la diagnosi precoce mediante screening con test per l'HPV.

Due vaccini contro l'HPV infatti sono stati approvati tra il 2006 e il 2007: uno contro i due tipi che causano più del 70% dei tumori del collo dell'utero (HPV 16 e 18) e un altro che include anche l'HPV 6 e 11 che causano la maggioranza delle verruche genitali (condilomi acuminati).

Un terzo vaccino, approvato l'anno scorso, è attivo contro altri cinque tipi (HPV31/33/45/52/58) che sono responsabili di un altro 15-20% circa dei tumori del collo dell'utero. Questi vaccini sono stati messi a punto con una sorprendente rapidità perché si è trovato per la prima volta il modo di produrre perfette copie "vuote" del virus dette virus-like particles (VLP) che sono estremamente efficaci (su quasi 100% negli individui che non erano stati infettati prima) ma anche particolarmente sicuri perché sono delle semplici proteine prive di geni virali. Nonostante la protezione vaccinale sia relativa al tipo di HPV su cui è stato costruito il vaccino, ci sono dati promettenti che indicano una certa protezione anche nei confronti di tipi che rassomigliano a quelli contenuti nel vaccino, per esempio HPV16 e HPV31 e 33, o HPV18 e HPV45. Inoltre, mentre anni fa si prescrivevano tre iniezioni, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms) ha confermato che negli adolescenti fino a 14 anni due iniezioni a distanza di sei mesi sono sufficienti. C'è persino un nuovo studio clinico randomizzato che sta valutando se anche una dose sola possa bastare.

Head, Infections and Cancer Epidemiology Group dell'International Agency for Research on Cancer (IARC)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La nostra settimana

Una settimana per parlare di vaccino contro l'HPV e promuovere informazione e consapevolezza. Ad organizzarla sono *Repubblica Salute* e l'Associazione Italiana di Oncologia Medica (Aiom), nell'ambito dell'iniziativa *Oncoline*, con la collaborazione di *D. La Repubblica delle donne*: sette giorni di incontri e informazione online e offline per attirare l'attenzione su un mezzo di prevenzione potente ma non abbastanza utilizzato in Italia. Dal 20 al 27 novembre, ogni giorno, repubblica.it/salute e <http://la.repubblica.it/saluteseno> ospiteranno un video per raccontare il tema da un'angolazione diversa: medici, pazienti, istituzioni parleranno di come è possibile prevenire il tumore grazie al vaccino. Il 23 novembre al Senato della Repubblica (sala

Zuccari) si terrà il convegno *Chiudi la porta, salvati la vita. Vaccinati contro Hpv per prevenire il cancro* a cui parteciperanno, tra gli altri, il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, il presidente dell'Aifa, Mario Melazzini, e il presidente dell'Istituto Superiore di Sanità, Walter Ricciardi. In più in molte città gli oncologi dell'Aiom apriranno le porte dei loro reparti per dare informazioni sulla vaccinazione e i suoi effetti.

Gli appuntamenti confermati sino ad oggi sono a Milano (Istituto dei Tumori), a Verona (ospedale di Negrar), a Reggio Emilia (IRCCS Ospedale S. Maria Nuova), a Torino (Orbassano), a Firenze (Careggi), a Napoli (Istituto dei Tumori). Per un aggiornamento dei reparti di oncologia aperti: <http://www.repubblica.it/oncologia>

> PERISCOPIO

DANIELA MINERVA

I farmaci sono gratis, ma la cura costa

LA CHIAMANO "financial toxicity". È la misura di quanto il peso finanziario delle terapie anticancro impatti sulla qualità della vita dei malati e anche sulla sopravvivenza. Il tema è ovviamente caldissimo in paesi come gli Usa dove non c'è un servizio sanitario universale, ma un gruppo di studiosi italiani si è chiesto se e quanto la financial toxicity pesi anche in un paese come il nostro dove le cure sono gratis per tutti. E hanno chiesto ai malati arruolati in 16 sperimentazioni cliniche: "le sue condizioni fisiche o le terapie cui si sottopone le hanno causato difficoltà finanziarie?"; poi hanno associato la risposta agli esiti delle cure; e pubblicato i risultati su *Annals of Oncology* (primo firmatario dell'articolo è Francesco Perrone dell'Istituto dei Tumori di Napoli ma hanno partecipato molti clinici italiani). Ebbene: i costi non hanno cambiato la possibilità di accesso alle terapie (e questa è una buona notizia), ma nel complesso (costi dei farmaci a parte) l'impoverimento dovuto al cancro (perdita del lavoro, necessità di assistenza, terapie complementari, e così via) incide pesantemente sulla qualità della vita delle persone in cura, e incide persino sulla sopravvivenza.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

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

Prevenzione del melanoma: le creme solari servono a poco, anche ad alta protezione



Anche se potrebbero essere utile contro il cancro della pelle in alcuni gruppi ad alto rischio, le creme solari non sembrano sostanzialmente efficaci, secondo uno studio svolto su bambini nei quali la comparsa di nuovi nevi è stata usata come indicatore del rischio di melanoma. «Dai nostri dati non emerge alcuna associazione tra il numero di nevi di nuovo riscontro e l'uso creme solari» esordisce Lori Crane della Colorado School of Public Health ad Aurora, sottolineando che questi risultati mettono in discussione il messaggio che le creme solari proteggono dal cancro della pelle, suggerendo ai genitori una cauta esposizione al sole dei propri figli anche se cosparsi di creme solari a elevato coefficiente protettivo.

«Secondo l'American Cancer Society, oltre 76.000 casi di melanoma saranno diagnosticati negli Stati Uniti nell'arco del 2016» scrivono i ricercatori, che hanno presentato il loro studio al Meeting annuale dell'American Public Health Association. Al trial hanno preso parte 499 bambini di etnia caucasica sottoposti dapprima a uno studio colorimetrico che ha permesso di stratificare la casistica a seconda del tono più o meno chiaro della cute, e successivamente a un esame cutaneo annuale. Inoltre, i ricercatori hanno sottoposto una volta l'anno i genitori a un sondaggio in cui si chiedevano informazioni tra cui la frequenza d'uso delle creme solari, le zone di applicazione e il tempo trascorso al sole dal bambino. Secondo quanto scrivono i ricercatori, la prima regola da ricordare è che da un prodotto solare, anche il migliore, non ci si può aspettare l'impossibile. In altre parole, nessuna crema protegge in modo definitivo dalle radiazioni ultraviolette e dai danni che possono arrecare. Meglio, quindi, rispettare le vecchie regole: quando il sole è alto, i bambini sulla spiaggia dovrebbero indossare almeno una maglietta anche quando fanno il bagno, e non solamente il costume. «Le creme ad alta protezione, invece, dovrebbero essere usate sulle zone cutanee che non è possibile coprire» conclude Crane.

<http://www.adnkronos.com>

Cani 007 contro il cancro alla prostata. Ricerca Humanitas protagonista al Parlamento europeo



La ricerca targata Humanitas protagonista al Parlamento europeo come "esempio di innovazione in ambito sanitario e scientifico". Uno studio sulle virtù diagnostiche dell'olfatto dei cani nel cancro della prostata viene presentato il 15 novembre ai parlamentari europei e alla Commissione Salute e Ricerca, annuncia l'Irccs di Rozzano (Milano). Il lavoro, già pubblicato su riviste scientifiche internazionali, è stato avviato nel 2012 da Gianluigi Taverna, responsabile di Urologia all'Humanitas Mater Domini di Castellanza (Varese), con la collaborazione del Centro militare veterinario di Grosseto (CeMiVet) e il patrocinio dallo Stato Maggiore della Difesa.

La prima fase della ricerca si è conclusa con successo, ricordano dall'Istituto milanese. Gli autori hanno analizzato campioni di urine di oltre 900 persone fra pazienti con carcinoma della prostata, soggetti sani oppure malati colpiti da neoplasie non prostatiche o da patologie non tumorali. È emerso che cani rigorosamente addestrati sono capaci di riconoscere la presenza di un cancro della prostata con un'accuratezza del 98%, semplicemente annusando un campione di urina dei pazienti.

"La scoperta interessante - sottolinea Taverna - riguarda la certezza che il tumore della

prostata produce delle sostanze volatili specifiche, in gergo tecnico Vocs (Volatile Organic Compounds), che il cane è in grado di riconoscere con estrema attendibilità. La sfida futura sarà capire cosa il cane annusi, quale metabolismo cellulare o tissutale produca l'odore e/o sviluppare nuove tecnologie in grado di riconoscere i Vocs tumorali".

"Questo studio - commenta Alessandro Liguori, amministratore delegato di Humanitas Mater Domini - è la testimonianza di come la ricerca sia fondamentale sul fronte della prevenzione e tutela della salute. Solo in Italia ogni anno si stimano oltre 30.000 nuovi casi di tumore della prostata", malattia che "nell'uomo rappresenta circa il 20% di tutte le neoplasie diagnosticate. Grazie a diagnosi precoce e prevenzione, ai progressi della ricerca, ai nuovi approcci terapeutici e a un approccio multidisciplinare nella cura - ricorda l'Ad - si possono offrire migliori prospettive di vita".

L'équipe che sta portando avanti questa ricerca è composta da urologi dell'Humanitas Mater Domini e dell'Istituto clinico Humanitas di Rozzano; dal capo Sezione Medicina e Diagnostica canina del CeMiVet di Grosseto, colonnello Lorenzo Tidu, e dal ricercatore di Humanitas Fabio Grizzi: un team multidisciplinare tutto tricolore, le cui conoscenze specifiche hanno generato risultati riconosciuti dalla comunità scientifica a livello nazionale e internazionale, si evidenzia nella nota. I risultati dello studio sono stati fra l'altro selezionati come avanzamento nella diagnosi e trattamento del tumore prostatico, e inclusi nel '2015 Annual Report on Prostate Diseases' pubblicato dalla Harvard Medical School.

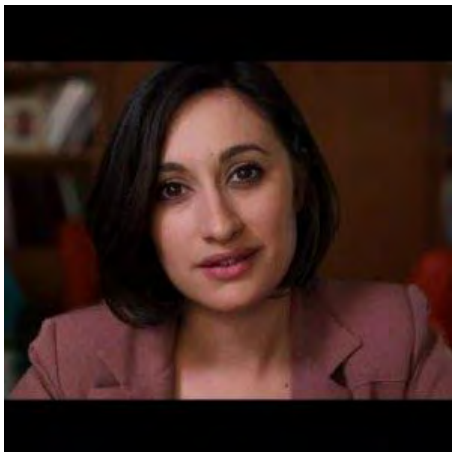
La presentazione al Parlamento europeo è in programma nell'ambito del convegno 'Dagli organismi viventi all'intelligenza artificiale e l'informatica conoscitiva', organizzato da Piernicola Pedicini. L'appuntamento è a Bruxelles nella sala Asp A1E2 del Parlamento europeo, dalle 9.30 alle 13.

www.la.repubblica.it/

"Voce dal buio", ecco perchè condividere fa bene a chi ha il cancro

Parlare del tumore, specie quando riguarda la sfera ginecologica, è di fondamentale importanza per far sì che la donna non si identifichi con la malattia e che trovi le risorse che servono per affrontarla. Un tema che è anche al centro della nuova campagna di comunicazione sociale dell'associazione Iris Roma Onlus

di IRMA D'ARIA



L'attrice Cristel Caccetta DIALOGO con What's App: "Ciao, cosa ti hanno detto i medici? Dammi notizie". Risposta: "Tumore borderline ovarico". Non sempre i messaggi sono leggeri. A volte ci si scambiano anche brutte notizie come questa. Ma la condivisione è una parte molto importante del processo di diagnosi e cura dei tumori. Come si comprende subito guardando il video "Voce dal Buio" della nuova campagna di comunicazione sociale di [Iris Roma Onlus](#), Associazione Italiana che lotta contro i Tumori Ginecologici e per la tutela della Salute delle Donne e dei loro Diritti.

Raccontarsi per accendere la speranza. Nessun dubbio: ricevere una diagnosi di cancro è un dramma per chiunque. Ma per mettere la malattia all'angolo e considerarla solo una parte del percorso di vita, è

necessario parlarne e condividere tutte le emozioni, a partire dalla paura. “Una volta ricevuta la diagnosi di cancro, specie quelli di natura ginecologica che toccano la sfera della sessualità, la donna e tutta la famiglia sono come paralizzati” spiega **Letizia Lafuenti**, psico-oncologa presso il Polo Salute della Donna e del Bambino, della Fondazione Policlinico A. Gemelli di Roma. “Ecco perché accanto al percorso terapeutico serve un sostegno psicologico che gestisca la componente emotiva e psichica con la quale ogni donna deve fare i conti”.

Hai avuto il cancro, ma lui non ha avuto te. Il sostegno psicologico è fondamentale anche per evitare che la donna si identifichi con la sua malattia: “Dobbiamo far capire alla paziente che il tumore va curato ma che non si porta via con sé tutto quello che ha costruito nel suo percorso”. Come si recita nel video: “L’esperienza del tumore ti sommerge come un’onda. Ti chiama ad essere più forte. Poi la diagnosi precoce, la cura giusta per me, la speranza, la condivisione.... Sì, ne parlo. Ho avuto un tumore, ma non è questo che mi definisce”.

L’invasione del corpo. Ogni anno, nel mondo, il [tumore ovarico](#) colpisce circa 250 mila donne, quasi 5 mila solo in Italia. Provoca più di 140 mila morti ogni anno e in Italia rientra tra le prime cinque cause di morte oncologica tra le donne fino ai 70 anni. Ma c’è un aspetto che diversifica questo tipo di tumore rispetto agli altri e che rende ancora più preziosa la condivisione: “Il tumore ginecologico colpisce profondamente la donna nella sua identità femminile perché coinvolge l’apparato genitale, e cioè la sede della funzione riproduttiva. Ecco perché è ancora più importante il sostegno psicologico: spesso vengono fatti degli interventi molto demolitivi e le donne, specie se sono molto giovani, devono rinunciare anche al desiderio di maternità” spiega Lafuenti.

Aperte al dialogo. Non per tutti, però, [condividere](#) e aprirsi a qualcun altro è facile. Ci sono alcune donne che, per carattere o per alcune esperienze andate male, non riescono a parlare delle proprie paure e si tengono tutto dentro. “Nell’arco degli ultimi anni ho visto tanti cambiamenti e oggi le donne sono più disposte a parlare del proprio tumore. Hanno compreso che serve ad esorcizzare la paura. E poi ci si vergogna di meno perché tutti hanno capito che lo psicologo non cura i matti ma è uno specialista con cui si può parlare naturalmente nel totale rispetto dei suoi tempi e dei suoi timori”.

Scambio di esperienze. Parlare è importante anche per condividere le esperienze insieme a qualcuno che sta vivendo più o meno la stessa fase. Infatti, l’associazione Iris Roma Onlus che si trova all’interno del reparto di ginecologia oncologica del Polo Donna al Gemelli di Roma, realizza insieme alle psico-oncologhe dei progetti specifici come i [laboratori di scrittura terapeutica](#). Si tratta di gruppi di una decina di donne che si incontrano una volta al mese per 2-3 ore. “Noi psicologhe ci limitiamo a proporre degli argomenti-stimolo chiedendogli ad esempio di raccontare il momento della diagnosi, il rapporto con i figli, la sessualità” spiega la psico-oncologa. “Le donne parlano liberamente raccontando la loro esperienza. Ad ognuna di loro viene consegnato un quaderno su cui possono scrivere qualunque cosa gli venga in mente nell’intervallo di tempo che separa gli incontri l’uno dall’altro quando ognuno di loro può leggere i propri appunti per condividerli e commentarli insieme”.

Come deve “attrezzarsi” chi ascolta. Ma nella vita quotidiana si sceglie spesso di confidarsi – prima ancora che con lo psicologo - con il proprio partner o la migliore amica. E qual è il modo migliore per aiutare la paziente? “La cosa più importante è esserci e saper contenere il dolore di chi ci parla.

Tendiamo tutti a voler fare e a dire sempre qualcosa ma a volte la donna ha solo bisogno di essere ascoltata, di avere qualcuno che raccolga la sua sofferenza e questo già vuol dire molto perché può sfogarsi senza aver paura che arrivi la solita e inutile pacca sulla spalla. Chi ascolta deve semplicemente essere lì, imparare a tollerare la sofferenza, non forzare la donna a parlare o ad avere necessariamente un atteggiamento positivo ma nello stesso tempo saper dare l'input che serve per reagire" suggerisce la psico-oncologa.

“Voce dal Buio”. La nuova campagna di comunicazione sociale di Iris Roma Onlus è incentrata su un messaggio forte di autoconsapevolezza e va dritta al cuore della questione: una corretta informazione, poter accedere a una [diagnosi precoce](#), a cure personalizzate, sono la chiave di volta per superare l'incontro con il cancro, insieme alla condivisione che rappresenta anche oggi, nell'era della tecnologia, uno strumento indispensabile nel percorso che ha come obiettivo finale la guarigione. Il concept della Campagna “Voce dal Buio” si rivolge alle donne narrando come ci siano incontri nella vita che tutto “sommangono” e sovvertono, a rabbuiare e spegnere per l'appunto ogni progettualità. “Il buio e la luce ancora, il silenzio e la voce, transito dall'evanescenza dell'oblio disperante alla concretezza della possibilità. Dal vuoto di figura ridotta e incentrata al suo contorno disperato e disperante di malata, al pieno di energia di Donna palpitante di consapevolezza e forza, dall'inerzia della paura di ciò che è ineluttabile come la morte, alla fattività dell'esistere” spiega **Marina Caleffi**, che ha ideato il concept della campagna. Il video ricorda a chi si trova a camminare ancora nel buio del suo giorno più lungo che diagnosi precoce, cura appropriata e sostegno psicologico salvano la vita. “Si può avere un tumore, ma non sarà il tumore a avere noi”.

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

IL PROGETTO

Tumore al seno: parte a Cambridge un programma di ricerca sulle terapie personalizzate

Il Cancer Research Uk lancia il Personalised Breast Cancer Project. La mappatura del Dna e dell'Rna di 250 pazienti permetterà di prevedere la risposta alle cure e confezionare in anticipo i trattamenti personalizzati. Una rivoluzione che cambierà per sempre il modo di affrontare il cancro

Combattere il cancro. E farlo presto. Questo è il motto del **Cancer Research** Uk, una delle principali organizzazioni indipendenti di ricerca al mondo con un obiettivo molto ambizioso: accelerare il progresso per arrivare a vedere nei prossimi vent'anni i tre quarti dei pazienti sopravvivere alla malattia. E una consistente parte di quel progresso che i membri del Cancer Research inseguono si chiama "medicina personalizzata". Per questo la onlus inglese ha annunciato l'avvio di un programma di ricerca sul cancro al seno, il Personalised Breast Cancer Project, che prevede la mappatura del Dna e dell'Rna delle pazienti per poi confezionare una terapia su misura caso per caso.

«Oggi - dice Harpal Kumar, Ceo del Cancer Research UK - otto donne su dieci con tumore alla mammella sopravvivono alla malattia per dieci anni. La possibilità di adattare la terapia alle singole pazienti servirà ad aumentare questo numero e potrà ridurre gli effetti collaterali. Questo progetto ci porterà più vicini a rendere la medicina personalizzata una realtà per il nostro sistema sanitario e per altri».

I ricercatori analizzeranno il genoma e l'espressione genica delle cellule tumorali di 250 donne con cancro al seno alla ricerca dei geni difettosi responsabili della malattia, per poi studiare trattamenti personalizzati in base alle singole differenze. Il progetto di ricerca si svolgerà presso il Cancer Research UK Cambridge Institute, il dipartimento collegato con

l'università di medicina.

«Il Personalised Breast Cancer Project - spiega Richard Gilbertson, direttore del Cancer Research Uk Major Cancer Centre dell'Università di Cambridge - è veramente innovativo. Sequenziando l'intero genoma del tumore nelle donne con cancro al seno nelle nostre strutture e integrando questi dati con altri dati biologici e clinici potremo prescrivere alle pazienti la terapia ottimale, cambiando per sempre il modo di trattare il cancro».

I ricercatori si augurano di poter trasferire in futuro i risultati del progetto, che è stato finanziato dall'Addenbrooke's Charitable Trust (Act), negli ospedali del servizio sanitario inglese (National Health System) per garantire a tutte le donne le nuove possibilità di cura.

Attualmente le terapie vengono scelte in base a **macrotipologie** di tumori. Alcuni tipi di cancro, per esempio, rispondono alle terapie ormonali, altri no, per esempio. Ma in molti casi non è facile conoscere in anticipo come le persone reagiranno alle cure.

«Sappiamo già - dice Carlos Caldas, a capo del progetto Cancer Research - che esistono circa dieci diversi tipi di cancro al seno e che questi rispondono in maniera diversa alle terapie disponibili. Noi stiamo cercando un modo per prevedere questa risposta per assicurare a ogni singola paziente la terapia migliore. Speriamo che questo progetto acceleri il progresso nello sviluppo di trattamenti personalizzati».

<http://www.adnkronos.com>

Veronesi, il tributo degli oncologi da tutto il mondo: "Un gigante"



"Un gigante", un nome "che resterà per sempre associato alla ricerca pionieristica sulla chirurgia conservativa del seno". Così gli oncologi del mondo ricordano lo scienziato italiano Umberto Veronesi. Messaggi di cordoglio per la sua morte sono arrivati dalle più importanti istituzioni scientifiche, dall'Asco (American Society of Clinical Oncology) che "piange la scomparsa e onora la vita" dell'oncologo milanese, fino alla Iarc (International Agency for Research on Cancer), l'Agenzia dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) operativa nel campo della ricerca epidemiologica e di laboratorio sulle cause dei tumori, che si dice "addolorata" e ricorda la sua vita controcorrente.

In particolare quando "nei primi anni '70 Veronesi ha avviato, in contrasto con il parere prevalente tra i chirurghi, lo studio clinico randomizzato di confronto tra la mastectomia radicale e la quadrantectomia", tecnica che lo ha reso noto in tutto il mondo e che prevede l'asportazione della sola parte di seno colpita dalla malattia 'conservando' il resto, "per i tumori al seno inferiori a 2 cm di diametro".

Lo scienziato è stato "riconosciuto a livello mondiale come una figura di spicco nel campo della ricerca clinica sul cancro", ha osservato la Iarc che ha ricordato il suo contributo alla fondazione dell'Airc (Associazione italiana per la ricerca sul cancro) nel 1965 e della Scuola europea di oncologia (Eso) nel 1982, oltre all'impegno su temi come "il fine vita, l'aborto, la diagnosi prenatale, e altre questioni etiche e politiche relative alla salute" e al periodo in cui è stato membro del Consiglio scientifico Iarc fra il 1972 e il 1975. Veronesi, ha ricordato l'agenzia, è stato anche insignito della Medaglia d'Onore Iarc nel 2004.

"Era un gigante", ha esordito in una nota Daniel F. Hayes, presidente dell'Asco. "E' stato uno dei pionieri della terapia conservativa del seno, così come della chemioterapia adiuvante, della mappatura del linfonodo sentinella, e della riduzione dell'esposizione alle radiazioni per il trattamento dei tumori del seno. Milioni di pazienti in tutto il mondo hanno ricevuto una terapia migliore, più efficace, ma meno dannosa grazie ai suoi studi innovativi e visionari". Tanto che l'Asco ricorda di aver riconosciuto nel 2003 all'oncologo un suo prestigioso premio - il 'Distinguished Service Award for Scientific Achievement' - come tributo all'impegno di una vita.

Veronesi, ha aggiunto il Ceo dell'Asco, Clifford A. Hudis, "ha contribuito a inaugurare l'era moderna della ricerca clinica che ha cambiato la pratica sulla base di prove di alta qualità. Non ha mai smesso di porre domande su importanti questioni cliniche e pratiche. In questo senso è responsabile, direttamente o indirettamente, per il gran numero di ricercatori che hanno seguito il suo percorso e tratto ispirazione dai suoi approcci creativi a sfide di lunga data nella cura del cancro". Anche gli esperti dell'Asco hanno ricordato la pietra miliare, lo studio che nel 1981 si è guadagnato le pagine del 'New England Journal of Medicine', in cui Veronesi e colleghi compararono mastectomia radicale e quadrantectomia, con risultati che "non hanno mostrato differenze nella sopravvivenza complessiva o libera da malattia tra i due approcci".

Fra le attività dell'oncologo riportate alla memoria dai colleghi statunitensi c'è la parentesi, dal 1985 al 1988, alla guida dell'European Organisation for Research and Treatment of Cancer (Eortc). E anche l'Eortc ha voluto onorare la memoria dello scienziato sul suo sito, "il suo contributo al trattamento di tanti pazienti in tutto il mondo che hanno beneficiato del suo lavoro", "il suo approccio visionario al trattamento del cancro e il suo impegno per la ricerca clinica" oncologica. Fra gli incarichi si ricorda l'aver presieduto per 20 anni il Gruppo melanoma dell'Oms.

Sotto la sua guida, si legge nella nota, "l'Eortc è stata in grado di avviare l'aggiornamento delle infrastrutture di ricerca clinica e di lanciare la prima Consensus Conference sulle procedure di controllo qualità". E poi c'è la lista dei riconoscimenti ricevuti da Veronesi per la svolta che ha impresso all'oncologia, fra cui - ricorda l'Eortc - anche "una nomination per il premio Nobel". E' stato, chiosa l'organizzazione europea, "un campione e un modello per medici e ricercatori e siamo profondamente grati per il ruolo che ha giocato come nostro presidente".

Al coro di saluti si aggiunge l'European Cancer Organisation (Ecco). Questo circuito, di cui fanno parte 24 società scientifiche che rappresentano oltre 80 mila professionisti in oncologia a livello europeo, ha definito Veronesi "un gigante globale nella cura dei pazienti affetti da cancro, un chirurgo leader, noto per le sue idee innovative", che "ha giocato un ruolo cruciale nella creazione della Federazione delle European Cancer Societies (Fecs, poi divenuta Ecco), da lui presieduta nel 1981-83 e poi di nuovo nel 1991-93". Un "vero visionario che ha modellato il panorama del cancro".

L'organizzazione "lavora duro per realizzare la sua visione di forte cooperazione multidisciplinare tra i professionisti dell'oncologia nell'interesse dei pazienti". Un approccio che, promette l'Ecco, animerà anche il prossimo Congresso di Amsterdam (a gennaio 2017), come "potente testamento. A noi tutti mancherà Umberto Veronesi e il suo ottimismo instancabile". Su Twitter esprime "tristezza" anche l'European Society of Medical Oncology (Esmo), e infine c'è il "profondo dolore" espresso dall'Oeci, il network degli Istituti oncologici europei, che dice addio a Veronesi, "la figura di oncologo europeo più stimata e padre fondatore dell'Oeci. Lo ricorderemo per le sue competenze eccezionali, la volontà e la visione, che sono servite a promuovere l'eccellenza dell'oncologia europea e hanno notevolmente migliorato la qualità della vita dei pazienti. Rimarrai sempre con noi - promette l'Oeci - Ciao Umberto!".

Questo sito utilizza cookie tecnici e di profilazione propri e di terze parti per le sue funzionalità e per inviarti pubblicità e servizi in linea con le tue preferenze. Se vuoi saperne di più o negare il consenso a tutti o ad alcuni cookie [clicca qui](#). Chiudendo questo banner, scorrendo questa pagina o cliccando qualunque suo elemento acconsenti all'uso dei cookie.

Accetto

CORRIERE DELLA SERA / NUTRIZIONE

-
-
-
-
-
-
-
-

POSITION PAPER

L'obesità è una malattia... curabile Metà italiani sovrappeso o obesi

Nel documento gli esperti e le società scientifiche chiedono di riconoscere la patologia nei Lea, i Livelli essenziali di assistenza

di Maria Giovanna Faiella



20 milioni di italiani sono in sovrappeso e circa 6 milioni sono obesi, ovvero quasi la metà della popolazione. Nonostante sia in continua crescita, l'obesità nel nostro Paese ancora non è considerata una malattia, come risulta da un'indagine condotta in sette paesi europei dall'istituto di ricerca *Opinium*.

Documento multidisciplinare

Da qui l'esigenza di un lavoro di revisione su questo tema da parte delle società scientifiche ed esperti del settore che, riuniti in un *advisory board*, hanno realizzato un *position paper* intitolato "L'obesità è una malattia. Curabile". Il documento multidisciplinare elaborato da Società italiana obesità, Società italiana chirurgia dell'obesità, Associazione italiana di dietetica e nutrizione clinica, coordinate dal Centro di studio e ricerca sull'obesità dell'Università di Milano, fa il punto sulla diffusione dell'obesità in Italia e nel mondo, sui suoi effetti gravi sulla salute delle persone, sui costi per i sistemi sanitari pubblici e sulle soluzioni più efficaci per prevenirla e curarla. Il *position paper* ha ricevuto il patrocinio del Ministero della Salute e dell'Istituto Superiore di Sanità.

Una patologia cronica che incide sulla società

«L'obesità viene percepita ancora come un problema estetico piuttosto che una vera e propria malattia – spiega Michele Carruba, direttore del Centro di studio e ricerca sull'obesità dell'Università di Milano, che ha coordinato il *position paper* –. Non è solo il frutto di scorrette abitudini negli stili di vita ma i fattori che entrano in gioco sono molteplici e, tra questi, anche

CORRIERE DELLA SERA

MILANO

Sala chiede l'esercito per garantire sicurezza a Milano

di Redazione Milano



Il sindaco e la visita di Boldrini: «Dobbiamo rimettere in sicurezza il territorio e riqualificare le periferie»
[L'aggressione in Loreto dei Trinitarios - Giuzzi](#)

TERRORISMO

Arrestato il tunisino Fezzani reclutatore Isis in Italia

di Andrea Galli



Conosciuto anche come Abu Nassim, è stato fermato in Sudan

INVESTIMENTI

Oro o bond? 6 consigli per investire nell'era Trump Spread oltre i 180 punti

di Pieremilio Gadda e Giuditta Marvelli



Sei domande e sei risposte per capire come orientarsi

mutazioni genetiche, responsabili dell'alterato controllo sia dell'appetito sia del metabolismo, che predispongono allo sviluppo della patologia. È vero che ci sono anche obesi che stanno bene: il 20% non ha altre patologie conclamate ma il rimanente 80% le ha. Ed oggi sappiamo che l'accumulo di grasso viscerale causerà nel corso della vita una serie di patologie».

Epidemia silenziosa

Per fare qualche esempio: sovrappeso e obesità sono responsabili dell'80% dei casi di diabete e del 55% dei casi di ipertensione. Si spendono 28 miliardi l'anno per costi diretti e indiretti dell'obesità. E l'obesità può essere anche mortale. Un'epidemia sommersa perché molto spesso le cartelle cliniche relative ai decessi non riportano la causa "obesità". Ma si stima che ogni anno 57 mila morti siano attribuibili all'obesità, mille a settimana, uno ogni 10 minuti. «L'obesità è una malattia e può essere curata – spiega Paolo Sbraccia, past president della Società italiana obesità –. Il paziente obeso spesso è ancora discriminato in quanto tale per il suo aspetto e per il "fastidio" che può arrecare in alcune situazioni, per esempio in aereo. Ma ha il diritto di essere curato. Per questo la malattia va riconosciuta come tale».

Le proposte

Gli autori nel *position paper* suggeriscono alcuni provvedimenti da adottare con urgenza: considerare l'obesità una vera e propria malattia da inserire nei Lea, i Livelli essenziali di assistenza; adottare nella pratica clinica dei medici di medicina generale la misura della circonferenza vita come parametro vitale utile nella lotta all'obesità informando i pazienti sul reale rischio di questa malattia; promuovere la formazione di una rete organizzata di strutture pubbliche di assistenza ospedaliera con centri di riferimento costituiti da un team multidisciplinare; inserire ore obbligatorie di educazione alimentare a partire dalle scuole; promuovere la nascita e lo sviluppo di "obesità unit" in cui sia presente un team multidisciplinare; contrastare l'ambiente "obesogeno", incentivando le attività sportive e promuovendo stili di vita attivi.

14 novembre 2016 (modifica il 14 novembre 2016 | 15:41)
© RIPRODUZIONE RISERVATA

DOPO AVER LETTO QUESTO ARTICOLO MI SENTO...



ALTRE NOTIZIE SU CORRIERE.IT

Entra in DoveClub

Ti aspetta un 2016 ricco di Viaggi, scegli la tua prossima meta



Tutto sui mutui. Segui il nuovo canale



I PIÙ LETTI

I PIÙ COMMENTATI

CORRIERE TV

Boldrini contro Trump: «Inquietante»

di Luca Gelmini



L'intervista della presidente della Camera a Corriere Tv: «lo resto in politica»

LE DOMANDE A BIG G

Referendum del 4 dicembre: serve il quorum?

di Renato Benedetto



L'avete chiesto a Google, vi rispondiamo noi

Lorenzin: la malattia entra nei Lea «Niente più ticket per la cura del diabete»

ROMA. Inserito il diabete nei nuovi livelli essenziali di assistenza: sarà una delle malattie che vanno fuori dai ticket. Lo annuncia il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, nella giornata mondiale del diabete. In Italia si stimano 5 milioni di malati, ma un milione, sottolinea la Società italiana di Diabetologia, non sa neanche di esserlo. Ogni anno fra le persone con diabete si registrano 75 mila infarti (uno ogni 7 minuti), 50 mila ictus (uno ogni 10 minuti) e 10 mila amputazioni (una ogni 52 minuti).



**Meno posti letto
più ambulatorio**

DIFFIDENTI A PAG. 4-5

PRESTAZIONI

Ancora tagli per i posti letto, cresce l'attività in ambulatorio

Si conferma un trend decrescente sia dei posti letto ospedalieri, sia dei ricoveri, sia in regime ordinario, sia diurno. Parallelamente, crescono molti segmenti di attività ambulatoriale, soprattutto per le prestazioni specialistiche complesse.

La crescita di queste prestazioni, che fino a pochi anni fa erano erogate in setting ospedaliero, è rilevante in termini di volumi, ma non se ne apprezza proporzionalmente il valore per il significativo ritardo nell'aggiornamento delle tariffe ambulatoriali a livello nazionale.

Allo stesso modo, crescono le attività riabilitative e per le cure intermedie, seppur frenate da vincoli sulle dotazioni infrastrutturali. Prosegue lo sviluppo del comparto socio-sanitario, soprattutto per l'assistenza ad anziani non autosufficienti. Ciò che colpisce, però, è la straordinaria variabilità inter-regionale nel confronto tra tutti i setting assistenziali.

Alcune Regioni hanno mantenuto un'offerta ospedaliera molto più ricca della media nazionale (es. Emilia Romagna, Provincia Autonoma di Bolzano e Friuli Venezia Giulia) e altre sono storicamente sotto media, in maniera significativa (es. Calabria, Campania, Sicilia, Puglia). Ma è soprattutto la differenza di dotazione strutturale in ambito riabilitativo, lungodegenziale e di strutture residenziali a essere sorprendente (si veda il grafico accanto), con una forbice che va da 1 posto letto per 1.000 abitanti in Campania a 10 in Provincia autonoma di Trento.

Ciò dimostra come in questo ambito

non vi sia stata una pianificazione compiuta né a livello nazionale né a livello regionale. Le differenze inter-regionali sono ancora più marcate nell'offerta specificatamente socio-sanitaria, correlata in maniera diretta con la ricchezza regionale e la capacità istituzionale di liberare risorse per il comparto.

Queste discrepanze nelle dotazioni strutturali per la post-acuzie impone all'agenda del Ssn una riflessione urgente e di grande rilievo, soprattutto alla luce della modifica dei mix di consumo in corso.

Da segnalare, inoltre, che l'importante segmento delle cure intermedie risente di un inquadramento nazionale lacunoso, di un'eccessiva eterogeneità di classificazioni regionali e di flussi informativi sottosviluppati o addirittura assenti a livello nazionale; si pensi ad esempio, al monitoraggio della dotazione strutturale e delle attività effettivamente svolte dagli ospedali di comunità e dalle altre strutture territoriali che non sono né ospedali, né istituti territoriali di riabilitazione, né strutture residenziali socio-sanitarie.

Al di là del calo dei posti letto ospedalieri, dei ricoveri a bassa complessità e del persistente gap interregionale nella post-acuzie, le piattaforme produttive del Ssn stanno attraversando profonde trasformazioni sul piano qualitativo. Le cause di tali trasformazioni sono diverse ma convergono negli scopi e nei risultati: merito del Pnc (Programma nazionali esiti), degli standard ospedalieri del Dm 70/2015 e degli indicatori per i piani di rientro delle grandi aziende

ospedaliere (legge di Stabilità 2016).

Parallelamente, i piani di rientro, in molte Regioni, hanno imposto limiti molto stringenti sul numero massimo di unità operative che ogni azienda può attivare. In alcune Regioni questo ha comportato una riduzione del 30% e oltre delle unità operative complesse (per esempio in piano di riordino della rete in Lazio e Piemonte).

In definitiva, resta apprezzabile la metrica che si è imposta nel Ssn e il significativo sforzo iniziale già condotto in molte regioni. Esistono però ancora notevoli margini di riorganizzazione interna e concentrazione della casistica per raggiungere ovunque i volumi necessari (ma non sufficienti) per la clinical competence e la sicurezza dei pazienti.

È utile osservare che laddove questi processi di trasformazione sono più avanzati, questo ha permesso di iniziare a separare il ruolo delle équipe professionali dalla loro collocazione fisica, andando nella direzione di team mobili sul territorio, a rotazione tra i vari stabilimenti e setting assistenziali. Questo significa rendere molto più ricco il potenziale delle soluzioni logistiche e organizzative disponibili.

Inoltre, la razionalizzazione della rete ospedaliera si traduce nella liberazione di spazi e nella disponibilità di personale con competenze specialistiche che rappresentano passaggi fondamentali per lo sviluppo delle cure intermedie e primarie.

Ernesto Diffidenti

© RIPRODUZIONE RISERVATA



le **i**nchieste del Mattino

Più strade e più malati ma il Sud riceve meno fondi del Nord

Marco Esposito

I numeri parlano chiaro: nel riparto di risorse per servizi essenziali il Sud è danneggiato. Il Mattino ha scelto due esempi, confrontando realtà omogenee, per ap-

profondire come vengono ripartite le risorse. I servizi presi a campione sono la manutenzione delle strade ex provinciali nelle Città metropolitane di Milano e di Napoli e i servizi sanitari in Piemonte e in Campania. **> A pag. 11**

MANUTENZIONE STRADE (importi in euro)			FONDO SANITARIO (importi in milioni di euro)		
	MILANO	NAPOLI		PIEMONTE	CAMPANIA
Popolazione	3.196.825	3.118.149	Popolazione	4.424.467	5.861.529
Autoveicoli	2.285.787	2.238.148	Speranza di vita uomini	79,9	78,3
Occupati	1.385.701	557.790	Speranza di vita donne	84,5	82,8
Km di strade gestite dall'ente	795	1.629	% affetti da diabete	5,3	6,7
Altitudine Max	238	1.444	% affetti da ipertensione	17,8	18,6
Strade di montagna (km)	0	0	% affetti da osteoporosi	6,4	7,3
Fabbisogno base: 3.138.43 a km	2.495.052	5.112.502	% affetti da malattie del cuore	3,6	3,1
Bonus città metropolitana	14.307	29.315	Riparto fondo sanitario 2016	8.043	10.161
Bonus occupati (17.87 euro per occupato 2013)	24.762.477	9.967.707	Euro procapite	1.818	1.733
Totale fondi assegnati per manutenzione strade	27.271.836	15.109.525	Riparto ipotesi quota pro capite	7.890	10.452
Euro per km	34.304	9.275	Euro Procapite	1.783	1.783

Strade e sanità, ecco i numeri del Mezzogiorno penalizzato

Più chilometri da mantenere e più malati da curare ma meno fondi

Buche

A Milano 34mila euro a Napoli solo 9mila per il bonus sugli occupati

Montagne

Pavia Rimini e Cesena considerate più accidentate del Fauto

Salute

In Campania più diabete ipertensione e osteoporosi ma mancano 291 milioni di risorse

Marco Esposito

I numeri, a cercarli, ci sono tutti. E parlano chiaro. Nel riparto di risorse per servizi sociali essenziali il Mezzo-

giorno è sistematicamente danneggiato. E ciò accade nel sistema sanitario come in quello universitario, nei servizi comunali come in quelli assegnati alle Regioni o alle Province



(alias Città metropolitane). La battaglia per nuovi criteri nel riparto del fondo sanitario intrapresa dal governatore Vincenzo De Luca in Conferenza delle Regioni (peraltro in continuità con l'azione del predecessore Stefano Caldoro) ha ragioni da vendere. E andrebbe semmai estesa ad altri settori, in sede Anci.

I numeri sono tanti, si è detto, e quindi c'è il rischio di perdersi. Ecco perché Il Mattino ha scelto due esempi circoscritti e concreti, confrontando realtà omogenee, per approfondire, in base ai criteri più aggiornati, come vengono ripartite le risorse. I servizi pubblici presi a campione sono la manutenzione delle strade es provinciali nelle Città metropolitane di Milano e di Napoli e la sanità in Piemonte e in Campania.

Strade. La manutenzione dei 130 mila chilometri di strade provinciali è uno dei punti deboli del sistema Italia e il crollo del viadotto in provincia di Lecco evidenzia che ci sono difficoltà sia a Nord che al Sud. Tuttavia la nota metodologica sulla «Determinazione dei fabbisogni standard per le Province e le Città metropolitane» nasconde tra le 88 pagine delle vere e proprie trappole

per il Mezzogiorno. Si prenda ad esempio il calcolo del fabbisogno di risorse per la manutenzione delle strade in due Città metropolitane: Milano e Napoli. Sono territori simili, che hanno più o meno il medesimo numero di abitanti (più di 3 milioni) e di veicoli circolanti (2 milioni). Le strade gestite dalla Città metropolitana di Milano sono quasi 800 chilometri mentre in quella di Napoli il doppio: 1.629 chilometri. Eppure a Milano vengono assegnati per la manutenzione 27 milioni e a Napoli 15 milioni. Com'è possibile? La formula elaborata dalla Sose (società del ministero del Tesoro) e validata dalla Cfs (Commissione tecnica fabbisogni standard) parte, come ci si aspetta, dal numero di chilometri di strade da mantenere e per il «fabbisogno

base» assegna a Napoli il doppio di Milano. C'è poi un piccolo correttivo, che vale per entrambi gli enti, legato al fatto che sono Città metropolitane e non più Province. Cisarebbe poi un secondo correttivo, proporzionale ai chilometri di strada in montagna, perché tali arterie richiedono una manutenzione più intensa. A Milano, in piena pianura Padana, è indicato giustamente zero visto che l'altura maggiore, nel Comune di Rescaldina, non arriva a 250 metri. E Napoli? Anche nella Città metropolitana di Napoli i chilometri di strada montana sono giudicati zero, nonostante vi siano ben tredici Comuni che superano i mille metri di quota, sia per la presenza del Vesuvio, sia del Faito, con il massimo a Piemonte che arriva a una vetta di 1.444 metri. Ogni chilometro di strada montana ha un bonus aggiuntivo di 2.744 euro, che a Napoli non scatta. Mentre il bonus arriva, per esempio, per Province non particolarmente montane come Pavia, Forlì-Cesena, Rimini o Latina. E non è finita qui. I tecnici della Sose sigla che sta per Soluzioni per il Sistema Economico - hanno introdotto un altro bonus che da solo vale più di tutte le somme precedenti: un gettone di 17,87 euro per ogni occupato. Cosa c'entri il tasso di occupazione con la riparazione delle buche è difficile da comprendere. Se proprio si voleva correggere il mero dato dei chilometri di asfalto, si poteva tener conto dei veicoli circolanti. Magli occupati, guarda caso, hanno il non trascurabile merito di essere presenti più al Nord che al Sud e così, per tornare al confronto Milano-Napoli, grazie a quasi 1,4 milioni di occupati la città lombarda riceve un bonus di 25 milioni (dieci volte il fabbisogno base) mentre la città campana deve accontentarsi di 10 milioni. Tirate le somme, Milano riceve 34 mila euro a chilometro e Napoli 9 mila, senza che nessun report ufficiale evidenzia e spieghi le ragioni di una tale palese sperequazione.

Sanità. Qui la vicenda è nota e ha indignato anche il vescovo di Napoli Crescenzo Sepe: si riducono risorse dove si ha la ventura di morire prima. La formula Calderoli sui costi standard - scritta nel 2011 e in funzione

dal 2013 - pesa la popolazione per fasce di età, favorendo i territori con più anziani, cioè quelli del Nord. Con la Campania che, a causa di tale criterio, è ultima in Italia per riparto pro capite. Ma se, invece di pesare le età, si contassero le malattie, il riparto cambierebbe. In un confronto Piemonte-Campania risulta evidente, in base alle rilevazioni Istat sulle «condizioni di salute» degli italiani nel 2015, che per non pochi parametri sono i cittadini campani a passarsela peggio e ad avere quindi bisogno di maggiore assistenza sanitaria. I dati sono evidenti per alcune malattie croniche come il diabete (che colpisce il 5,3% dei residenti in Piemonte e il 6,7% in Campania), l'ipertensione (17,8% in Piemonte e 18,6% in Campania), l'osteoporosi (6,4% in Piemonte e 7,3% in Campania). Per altri parametri, sono i piemontesi a vedersela peggio; tuttavia il dato riassuntivo della speranza di vita, sempre su fonte Istat, assegna a un piemontese 1,6 anni in più se maschio e 1,7 anni se femmina, segno di condizioni di salute generalmente migliori in Piemonte. Ci si aspetterebbe, quindi, un maggiore impegno pubblico per la sanità campana soprattutto sul fronte della prevenzione e, invece, accade esattamente il contrario visto che ogni piemontese, sul riparto 2016, vale per lo Stato italiano 1.818 euro, mentre il cittadino campano conta solo 1.733 euro. Se si ragionasse in base alle effettive esigenze sanitarie della popolazione, la Campania dovrebbe ricevere più di molte altre regioni, ma la proposta di De Luca è, semplicemente, di assegnare la medesima quota a tutti ovvero 1.783 euro a testa. In pratica la Campania recupererebbe 50 euro per abitante, cioè 291 milioni di euro. Con i quali si potrebbero - per restare agli esempi concreti - comprare mille colonoscopi ed effettuare più di un milione di analisi per lo screening del cancro del colon retto. Il più diffuso tumore nella popolazione italiana.

FISCO E SALUTE

Vai dal medico? Da oggi lo sa anche lo Stato

di **Giuseppe Marino**

a pagina 7

Privacy sulle spese mediche: così ci difendiamo dal Fisco

Da ieri è possibile evitare la segnalazione alle Entrate delle fatture pagate o degli esami sostenuti: ecco come

L'ANALISI

di **Giuseppe Marino**
Roma

Se la privacy e i dati personali fossero un titolo di Borsa, saremmo di fronte a un rialzo record. Nel 1996, quando fu istituito con legge il «Garante per la protezione dei dati personali», sembrava una faccenda da dietrologi con mania di persecuzione. Quella legge compie venti anni a dicembre e finalmente ci appare chiaro che peso, anche economico, abbiano quelle informazioni che tutti i giorni seminiamo noncuranti su *Facebook* o *Whatsapp*.

Con il 730 precompilato, ad esempio, si è avuto un saggio della capacità del Fisco di raccogliere informazioni non solo sulle nostre entrate, ma anche sulle spese. E ora ci è più chiaro che da queste spese si può risalire a informazioni delicatissime, incluso sapere se abbiamo una malattia, magari una di quelle socialmente più sensibili, malattie sessuali, cancro, disturbi psichiatrici. Dai farmaci che compriamo o dagli esami clinici che paghiamo, si può ricostruire nel dettaglio la nostra storia medica. Roba che scotta, perché, se di dominio pubblico potrebbe ad esempio dissuadere un'as-

sicurazione a stipulare una polizza o una banca a concederci un mutuo. Da ieri come contribuenti possiamo rifiutarci di consegnare questi dati all'Agenzia delle entrate. In farmacia si poteva già fare, bastava non consegnare la tessera sanitaria alla cassa. Oggi si può anche dall'oculista o dal radiologo. Bisogna specificare che ci si oppone alla comunicazione. Oppure si può andare sul sito del sistema tessera sanitaria (www.sistemats.it), consultare la nostra posizione e defalcare le spese di cui non vogliamo lasciare traccia.

Ma c'è un prezzo, come ormai per tutte le scelte che facciamo in materia di privacy. Se non consegniamo la tessera al farmacista non avremo lo scontrino «parlante» e dovremo rinunciare alla sgravio fiscale. Le spese per visite ed esami con annotato il rifiuto potranno invece essere portate dal commercialista e detratte dalla dichiarazione dei redditi. Ma le procedure così diventano più complicate. La verità è che se vogliamo garantirci la privacy, o ci infiliamo nella giungla delle avvertenze, costringendoci a leggere lunghi documenti, o riduciamo tutto a una semplice scelta: o riservatezza o vantaggi fiscali.

Ed è esattamente quello che sta succedendo in tutti i cam-

pi della vita quotidiana, in particolare laddove si applica la tecnologia. Internet, i *social network*, gli *smartphone*: invenzioni meravigliose che ci aprono possibilità cui non avremmo mai nemmeno pensato nel 1996. Ma a un costo.

A nessuno piace lo spam, ma se cerchi su Amazon il prezzo di una valigia o di una macchina del caffè, non solo ti arriveranno offerte simili sulla posta elettronica, ma sui siti che frequenti di solito spunteranno pubblicità di viaggi e caffè. Per cercare di limitare questo effetto tracciatura è stata introdotto l'odiosa avvertenza sui *cookies* che compare ogni volta che ci clicchiamo un sito web. Così continuiamo a farci tracciare, ma perdiamo tempo a cliccare «ok». La battaglia è persa, perché noi per primi ci siamo arresi. Il 33 per cento degli utenti di *Facebook* non controlla le proprie scelte in tema di privacy. Il 61 per cento non sa quali siti e software ha autorizzato ad accede-



re alle proprie informazioni.

Certo il Fisco non è una compagnia privata. Ma i rischi ci sono lo stesso. Proprio ieri Equitalia ha lanciato l'allarme per un'ondata di mail truffaldine a proprio nome inviate per appropriarsi di dati sensibili. E anche senza truffe, la difesa della *privacy* diventa più difficile se le regole sono complesse. E la semplificazione non è proprio la specialità del Fisco.

LE NOVITÀ

Quali spese mediche entrano automaticamente nel 730 precompilato



- ✓ Dispositivi medici CE
- ✓ Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale
- ✓ Visite mediche
- ✓ Prestazioni diagnostiche e strumentali
- ✓ Prestazioni chirurgiche
- ✓ Ricoveri ospedalieri al netto del comfort
- ✓ Certificazioni mediche

Le categorie entrate nel 730 precompilato dal 1 settembre 2016

-  Cliniche private
-  Infermieri
-  Ostetriche
-  Ottici
-  Parafarmacie
-  Psicologi
-  Radiologi
-  Veterinari

Come dire no

Ecco come opporsi all'inserimento nella dichiarazione precompilata delle spese sanitarie

Da ieri l'avvio dell'iter per evitare la segnalazione alle Entrate spetta al contribuente

Acquisto di farmaci o dispositivi medici detraibili
Non consegnare la tessera sanitaria al momento del pagamento

Prestazioni professionistiche
Chiedere di annotare (senza firmare alcunché) l'opposizione sulla fattura che non sarà così trasmessa

Fatture già emesse
Collegarsi al sistema Tessera Sanitaria (www.sistemats.it) e selezionare dall'elenco delle spese quelle da escludere

LEGO

Le richieste delle regioni sulla Manovra

Farmaci, tetti sulla spesa

DI PASQUALE QUARANTA

Nuovi tetti sulla farmaceutica, piani di rientro ospedaliero, linee di finanziamento per il personale sanitario, nuove disposizioni in materia di indennizzo per danni da emotrasfusioni e vaccinazioni, stabilizzazione del fondo per trasporto pubblico locale. Queste sono alcune proposte che le regioni hanno presentato al disegno di legge di bilancio 2017 in esame nella commissione bilancio della camera.

Emendamenti che, in parte, sarebbero lontani dalla visione del governo come, ad esempio, quelli che riguardano i nuovi tetti sulla farmaceutica che, secondo Palazzo Chigi, inciderebbe solo per il 14,85% sul totale della spesa sanitaria del Sistema sanitario nazionale. Di opinione diversa le regioni che ritengono insufficienti le misure dell'esecutivo e per tal motivo propongono la bocciatura della norma che vieta la possibilità alle centrali di acquisto di eseguire gare in equivalenza terapeutica e chiedono, contestualmente, stabilità normativa per quel che concerne le gare pubbliche sui farmaci biologici a brevetto scaduto per i quali siano presenti sul mercato i

relativi biosimilari.

Sul personale sanitario, invece, le regioni chiedono che le risorse attualmente utilizzate per la libera professione, così come previsto dal contratto collettivo nazionale di lavoro per la dirigenza medica e veterinaria e Spta, venga utilizzato, fino ad un massimo del 50%, per effettuare nuove assunzioni di medici a tempo indeterminato in attesa che vengano definiti i fabbisogni standard.

Le regioni hanno poi avanzato diverse ipotesi finalizzate alla salvaguardia dell'equilibrio economico dei singoli sistemi sanitari regionali che potrebbe essere raggiunto attraverso una riduzione della spesa del personale sanitario per gli anni dal 2015 al 2020 calcolato mediante una mappatura delle istituzioni sanitarie territoriali.

Depositati, infine, altri due emendamenti: il primo riguarda il fondo per gli interventi degli enti territoriali che, secondo le regioni, dovrà essere finanziato da risorse regionali mentre, il secondo, mira a stabilizzare il fondo per trasporto pubblico locale con l'obiettivo di garantire investimenti sul territorio per tutto il triennio 2017 - 2019.

—© Riproduzione riservata—■



MANOVRA 2017**Farmaci, scacco regionale***I governatori: novità sul personale - È rush alla Camera*

I governatori fanno muro sulle misure per la farmaceutica e chiedono modifiche sul personale. Intanto i sindacati rilanciano e chiedono a Renzi di dare sostanza alle promesse fatte dal premier sui contratti. La manovra 2017 a tappe forzate alla Camera.

MAGNANO A PAG. 7

Frenata sui bonus per l'industria: spazio ai biosimilari e ai risparmi nei pubblici acquisti

Farmaci, affondo delle Regioni

E sul personale: deroghe e assunzioni con i fondi per la libera professione

I requisiti Aifa dell'innovazione passino anche per la Cts

Se si spende meno stop ai servizi in outsourcing

Le Regioni rilanciano sul tavolo della Manovra 2017 giocando una mano molto forte su farmaci e personale Ssn. Per frenare i «bonus» indirizzati all'industria del pharma e per risolvere il nodo degli organici tra esigenze di budget, orario di lavoro Ue e liste d'attesa. La Conferenza Unificata ha sospeso il parere sul Ddl di Bilancio 2017 e lo ha rinviato a una «straordinaria» fissata il prossimo 17 novembre. Ma ha anche definito un corposo pacchetto di emendamenti da consegnare al Governo e da trasmettere alla Commissione Bilancio della Camera dei deputati, che ha tempi strettissimi per l'esame dal momento che il Ddl di bilancio va in aula dal 24 novembre.

Sul fronte farmaci, l'attenzione è concentrata sul capitolo biosimilari e le procedure di acquisto mediante utilizzo di accordi quadro. In particolare sull'abrogazione del comma 11 dell'art. 59, che prevede tra l'altro il divieto di sostituibilità automatica tra biologico di riferimento e un suo biosimilare o tra biosimilari. Secondo le Regioni, il comma 11 di fatto impedirebbe la possibilità di fare gare al prezzo più basso e ostacolerebbe qualsiasi

riduzione di prezzo, con un mancato risparmio complessivamente pari a un miliardo, a tutto vantaggio delle aziende farmaceutiche che producono biologici a brevetto scaduto (i biosimilari attualmente in commercio sono 17 riferiti a 6 farmaci biotech). Una seconda importante proposta di modifica riguarda l'impossibilità - prevista dall'art. 59 - di porre in gara nello stesso lotto principi attivi differenti, anche se hanno le stesse indicazioni terapeutiche. Una norma che secondo le Regioni è contraria ai principi di carattere scientifico contenuti nelle linee guida per l'impiego di principi attivi all'interno di una categoria terapeutica omogenea.

Un ulteriore emendamento introduce come base d'asta non il prezzo massimo di cessione del biotecnologico ma il prezzo medio tra tutti i prodotti biotecnologici e biosimilari disponibili per evitare un prezzo di partenza elevato e ottenere un maggiore risparmio.

Stop inoltre al riferimento contenuto nella norma dei tre prodotti in graduatoria con il prezzo più basso (per ogni prodotto biotech esistono 1 o 2 biosimilari, quindi se si accetta il principio dei tre prodotti, fanno osservare

le Regioni, di fatto si annulla il valore competitivo dell'asta e si favorisce l'allineamento dei prodotti al prezzo più alto). Infine sull'adozione dei criteri per stabilire il grado di innovatività dei farmaci, le Regioni chiedono di prevedere il previo parere positivo della Commissione tecnico scientifica (Cts) dell'Aifa. Questo per evitare che decisioni di una tale portata siano adottate con provvedimento esclusivo e discrezionale in capo al dg Aifa.

Articolato il pacchetto di emendamenti sul personale. Ecco alcuni tra i più rilevanti. Le Regioni propongono l'assunzione a tempo indeterminato di dirigenti medici mediante utilizzo del 50% delle risorse che finanziano l'istituto previsto dall'art. 55 comma 2 del Ccnl 8/6/2000, ossia la libera professione a favore dell'azienda, ai fini della riduzione delle liste d'attesa derivanti anche da carenze di organico.

Sui contratti a tempo determinato, cococò e lavoro flessibile, le Regioni



propongono di quantificare il limite di costo a livello di regione e non più di singola azienda. E sempre sulle assunzioni a tempo si propone di poter derogare al vincolo di costo posto dal dl 78/2010.

Da un lato l'assunzione di nuovi precari, dall'altro la stabilizzazione dei «vecchi». Sulla seconda possibilità, le Regioni prevedono una integrazione del Dpcm 6.3.2015 anche con riferimento al personale medico in servizio presso i servizi di emergenza e urgenza per i quali si prevede il requisito del rapporto di lavoro autonomo o convenzionato.

Previsto anche un freno all'outsourcing. Le Regioni propongono infatti di agevolare la reinteralizzazione di servizi sanitari in precedenza affidati all'esterno qualora si attesti che la stessa determina economie di gestione rispetto all'assegnazione in appalto.

Tra le altre proposte avanzate dalle Regioni, sul fronte del personale sanitario e in particolare del nursing, c'è lo stop ufficiale all'incremento dell'indennità infermieristica, che già da anni peraltro alcune Regioni non erogano più.

Intanto i sindacati non stanno a guardare, con i medici ospedalieri in stato di agitazione e il personale della medicina territoriale (rappresentato da Fimmg, Fimp e Sumai) che chiede un "incontro urgente" alla ministra della Salute **Beatrice Lorenzin** per chiarire l'impegno del Governo sul tema del finanziamento per il rinnovo dei contratti del personale convenzionato con il Ssn.

Le promesse di Renzi infatti non bastano a nessuno. Il premier la scorsa settimana ha lanciato un amo al personale Ssn: «È arrivato il momento del rinnovo del contratto dei medici e degli infermieri», ha detto durante l'inaugurazione di un Pronto soccorso. Ma l'Anao Assomed ha subito chiesto cifre certe. «Da quello che è possibile capire dal meccanismo e dall'entità del finanziamento a scatole cinesi che la legge di bilancio riserva alla pubblica amministrazione - spiega il segretario nazionale **Costantino Troise** - i tempi non sono affatto brevi e, soprattutto, la quota destinata al contratto del comparto sanità, e ai medici e dirigenti sanitari in particolare, è francamente esigua, simbolica per usare le parole adoperate a suo tempo dal Presidente del Consiglio».

Rosanna Magnano

© RIPRODUZIONE RISERVATA

RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE

Rischio clinico con nebbie

I nodi: restyling isorisorse e copertura dei danni "opaca"

Agli sforzi di chiarezza ed equilibrio che porta con sé il nuovo Ddl sulla responsabilità professionale da questa settimana in aula al Senato, si affianca una serie di opacità e delle mancanze vere e proprie, segnalate dagli esperti. Tra le opacità, i sistemi di copertura finanziaria dei danni e di gestione dei rischi,

dovuti al fatto che la nuova disciplina mantiene ambiguità che richiederanno ancora chiarimenti giurisprudenziali. Tra le "assenze" segnalate, il riordino isorisorse che pone seri ostacoli alla creazione delle unità di risk management.

A PAG. 13

RESPONSABILITÀ/ Agli sforzi di chiarezza ed equilibrio si affianca una serie di incertezze

Tutte le opacità del Ddl Risk

Tra i punti critici la copertura dei danni - Giurisprudenza ancora in campo

Il 2 novembre scorso, la Commissione Igiene e sanità del Senato ha licenziato il disegno di legge 2224, recante disposizioni in materia «di sicurezza delle cure e di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie». L'articolato, che ora è all'esame dell'aula, si sviluppa lungo direttrici abbastanza chiare: un maggiore riequilibrio tra i diritti dei pazienti e la responsabilità dei professionisti, oggi oggettivamente sbilanciato a favore dei primi; un potenziamento delle attività di prevenzione e di gestione dei rischi, anche attraverso l'attenzione ai flussi informativi e alla disponibilità di dati; la ridefinizione della responsabilità degli esercenti la professione sanitaria in ambito penale e, soprattutto, civile.

L'articolo 1 reca norme generali di principio in materia di sicurezza delle cure sanitarie, chiamando a concorrere alla realizzazione delle stesse il personale delle «strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private», anziché delle sole «aziende sanitarie pubbliche».

Nel successivo articolo 2, chiarificatoria appare la definizione di «rischi ed eventi avversi» al posto di «errori sanitari», che implica una diversa e, probabilmente, più proattiva visione del risk management in sanità, confermata, tra l'altro, dall'esplicito collegamento alla legge di Bilancio 2015 (la n. 208), dove è prevista la costituzione di un'apposita funzione all'interno delle strutture sanitarie.

Particolarmente rimaneggiato, rispetto al testo approvato alla Camera il 28 gennaio scorso, è l'articolo 5, di cui è evidente l'intento di sistematizzare le linee guida e le

buone pratiche clinico-assistenziali, integrandole nel Sistema nazionale per le linee guida (Snlg). In tale contesto, viene notevolmente allargata la platea dei soggetti chiamati a elaborare tali raccomandazioni, avendo previsto anche «enti e altre istituzioni pubbliche e private» accanto alle società scientifiche. Queste ultime, tra l'altro, dovranno possedere alcuni requisiti minimi per poter essere iscritte in un apposito elenco istituito con decreto del ministro della Salute.

In punto di responsabilità civile (articolo 7) il provvedimento appare certamente animato dal proposito di fugare i molti dubbi che aveva generato il decreto legge cosiddetto Balduzzi, da un lato, sancendo definitivamente uno spostamento del baricentro della responsabilità civile in capo alla struttura sanitaria, pubblica o privata che sia, per tutte le condotte dolose o colpose degli esercenti la professione sanitaria, di cui si sia avvalsa nell'adempimento della propria obbligazione, «anche se scelti dal paziente e ancorché non dipendenti della struttura stessa»; dall'altro lato, codificando in termini extraccontrattuali la responsabilità degli operatori sanitari, con le evidenti ripercussioni sostanziali e processuali, che riguardano essenzialmente la distribuzione dell'onere della prova e dei criteri di imputabilità, nonché il diverso termine di prescrizione. Sono fatte salve, tuttavia, le ipotesi in cui l'operatore sanitario «abbia agito nell'adempimento di un'obbligazione contrattuale assunta con il paziente».

Più problematica pare la soluzione risarcitoria indicata negli articoli 138 e 139 del codice delle as-

sicurazioni private (danno biologico per le lesioni di non lieve e di lieve entità) che viene ora estesa ai danni provocati dall'esercente la professione sanitaria e dalla struttura pubblica o privata.

Come noto, però, solo l'articolo 139 ha ricevuto attuazione, non così l'articolo 138, delineandosi, in tal modo, un quadro normativo articolato e complesso, il quale continuerà a richiedere un significativo intervento dell'opera giurisprudenziale.

Più problematiche paiono le implicazioni del disegno di legge sui sistemi di copertura finanziaria dei danni e di gestione dei rischi, poiché la nuova disciplina si muove ancora in ambiti di grande ambiguità.

Di assoluto rilievo, in un contesto teso evidentemente a replicare il modello della rca, senza tuttavia precisare l'architettura normativa di rimando, è la previsione contenuta nell'articolo 8, che sancisce l'obbligo per tutte le parti di partecipare al procedimento di consulenza tecnica preventiva, imponendo alle compagnie di assicurazione, tra l'altro, anche l'obbligo di «formulare l'offerta di risarcimento del danno», ovvero di comunicare i motivi per cui si ritiene di non for-



mularla, e, nell'ipotesi, di mancata formulazione dell'offerta, l'invio della sentenza all'Ivass «per gli adempimenti di propria competenza».

Viene dettata una disciplina specifica dell'azione di rivalsa (articolo 9), esercitata, a dispetto di quanto stabilito nel testo approvato alla Camera, dal Pubblico ministero presso la Corte dei conti. Inoltre, nel giudizio di rivalsa «il giudice può desumere argomenti di prova dalle prove assunte nel giudizio instaurato dal danneggiato nei confronti della struttura sanitaria o sociosanitaria o dell'impresa di assicurazione», solo se il professionista è stato parte di detti giudizi.

Poco chiara e non ubiquitaria appare l'equiparazione tra le strutture che hanno trasferito il rischio alle assicurazioni e strutture che operano in regime di autoassicurazione: se, da un lato, l'articolo 10 impone un ragionevole obbligo alle strutture sanitarie di iscrivere comunque a bilancio un "fondo rischi" e un fondo riserva sinistri; dall'altro lato, la nuova formulazione dell'articolo 14 - ancorché disponga l'opportuna costituzione di un Fondo di garanzia per i risarcimenti eccedenti i massimali previsti dai contratti di assicurazione stipulati dalle strutture e per le ipotesi di insolvenza del debitore - attribuisce, tuttavia, l'alimentazione di tale fondo solo alle «imprese autorizzate all'esercizio delle assicurazioni per la responsabilità civile per i danni causati da responsabilità sanitaria», senza alcun riferimento, almeno apparentemente, alla posizione delle strutture che hanno optato per il regime di autoassicurazione.

A chiusura del sistema della disciplina dell'assicurazione sono state introdotte alcune specificità

per il regime claims-made legato alla vigenza della polizza, prevedendo all'articolo 11, per un verso, l'obbligatoria retroattività della garanzia assicurativa per dieci anni (in precedenza facoltativa e limitata a cinque anni) e, per altro verso, una ultrattività per i dieci anni successivi riferita «a fatti generatori della responsabilità verificatisi nel periodo di efficacia della polizza incluso il periodo di retroattività della copertura».

Tutte queste novità potrebbero ulteriormente aggravare la già difficile situazione sulla assicurabilità di tale tipo di rischi, come molti commentatori avevano già messo in evidenza.

In conclusione, si tratta certamente di un testo foriero di importanti novità, ispirato da logiche di sintesi e razionalizzazione dei contenuti delle precedenti proposte di legge succedutesi nel corso di circa vent'anni, teso a una sistematizzazione organica della materia, sia sotto il versante dei nuovi profili sostanziali della responsabilità civile e penale, sia sotto l'aspetto del sistema assicurativo, sia attraverso l'indubbio merito di voler investire, tra l'altro, nella gestione preventiva del rischio; un provvedimento, dunque che richiederà un profondo impegno sul piano interpretativo, anche ai fini di un coordinamento con il sistema che deve accoglierlo, dove un ruolo fondamentale, ancora una volta, sarà giocato dall'elaborazione giurisprudenziale.

Ernesto Macri

*docente Cineas del master
in Hospital risk management
e componente del Tavolo Cineas:*

Assicurazione e sanità

Antonio Furlanetto

*risk insurance manager,
F&M Martini e Associati*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Stranieri qui per le cure Ma il sistema è al collasso e pagano solo gli italiani

Il racconto di un medico: sempre più spesso arrivano immigrati che provano a sfruttare le pieghe della legge

LA TESTIMONIANZA

di Stefano Carugo*

Milano ore 9,30 ambulatorio di cardiologia. Si presentano due giovani donne velate egiziane, di cui una in gravidanza, che si affacciano alla porta della stanza con un'impegnativa di visita cardiologica. Entrano, non una parola di italiano, cerchi di farli capire. «Signora perché fa questa visita?». A gesti ti mostra il pancione e la tessera sanitaria, nonché un documento di identità con scritto: ricongiungimento familiare. Cerchi di chiedere: «Come sta? Da quanto tempo è qui? Prende delle medicine?». Nulla. Con il telefonino chiamano un uomo, a detta loro il marito che in un italiano stentato ti dice: «Mia moglie è qui per partorire». Lei conferma che a dieci giorni dal parto sono venute in Italia. E qualche mese prima un'altra visita. Avanti e indietro dall'Egitto.

Altro caso: donna rumena anziana, la figlia da qualche anno vive a Milano. Scoprono alla mamma malattia di cuore in Romania e la portano in pronto soccorso da noi. Viene ricoverata con un successivo parere cardiocirurgico che conferma le indicazioni per un intervento. Spieghi ai parenti che la signora deve avere la tessera sanitaria obbligatoria, ma loro si rifiutano assolutamente di andare al consolato perché lì gli fanno perdere tempo e la pratica costa 40 euro. La paziente viene operata.

Sono tanti i casi che vediamo sempre più spesso nei nostri ospedali di persone che, in modo più o meno congruo o furbecco, sfruttano le cosiddette pieghe della legge: se sono qui non possiamo farci nulla, dobbiamo intervenire. E che dire dei sempre più spesso utilizzati codici Stp (Straniero temporaneamente presente, ovvero più semplicemente stranieri non in regola con il permesso di soggiorno) che tanti immigrati utilizzano per le prestazioni?

Premessa: come medico e cristiano sono per la solidarietà, ma non sono disposto a chiudere gli occhi di fronte ai giochi di furbizia che stanno ormai diventando una prassi. Perché bisogna rendersi conto che per il nostro sistema sanitario non è più possibile sostenere un carico di lavoro e di spesa che sempre più grava sulle casse del nostro servizio pubblico e quindi sulle nostre tasche di cittadini.

Urgono delle scelte per regolamentare e razionalizzare tutto questo, soprattutto nella nostra Regione perché la Lombardia è assai attrattiva per gli utenti, ma allo stesso tempo vede sempre di più allungarsi le liste di attesa per i nostri cittadini.

Gli operatori sanitari si prodigano, fanno molto spesso molto più di quanto sarebbe nel loro mansionario, ma le istituzioni non possono più rifiutarsi di mettere un freno a questo «turismo del parto» o al «turismo delle operazioni». A tutto c'è un limite.

*direttore del reparto di Cardiologia dell'Ospedale San Paolo di Milano



L'ORGANIZZAZIONE AUSTRIACA «GRIECHENLANDHILFE»

I medici che operano gratis i greci pronti a sbarcare in Meridione: anche i vostri poveri sono a rischio

AIUTI UMANITARI

Ogni anno da Vienna partono per Atene camion pieni di farmaci

Giovanni Masini

Atene Oggi in Grecia, domani in Italia. Là dove la crisi economica colpisce più duramente e lo stato sociale arretra, i servizi di base vengono affidati all'iniziativa del volontariato. A partire da quelli sanitari.

Organizzazioni come Griechenlandhilfe ogni anno inviano da Vienna da Atene convogli di aiuti umanitari per soccorrere i cittadini europei lasciati senza nulla. E l'anno prossimo hanno in cantiere l'estensione del programma di soccorso anche al sud Italia.

Per il momento i tir austriaci si fermano alla Clinica Metropolitan community di Atene: un ospedale di volontari per assicurare cure gratuite a chi è stato lasciato senza niente dalle politiche di au-

sterità che da anni devastano la Grecia. Nascosta fra gli oleandri e i capannoni industriali in rovina, la clinica aprì nel 2011 per iniziativa di un gruppo di medici guidati dal cardiologo Giorgios Vichas. Lo sguardo vispo sotto la chioma corvina, Vichas ci accoglie nel suo studio fra scatoloni di medicine. «Sono donazioni da tutta Europa - spiega indicando le confezioni tutt'intorno -. Ma anche da greci di ogni classe sociale».

Da mesi il dottore e i suoi colleghi visitano fino a duecentocinquanta persone a settimana, con un aumento dell'affluenza nell'ultimo anno. «Viene da noi chi non può permettersi di pagare l'assicurazione sanitaria - chiarisce Vichas -. Donne con bimbi in fasce, disoccupati, anziani. Da tutte le zone di Atene, quelle popolari e quelle un tempo considerate borghesi».

Il governo Tsipras ha ripristinato l'assistenza sanitaria gratuita ai disoccupati ma pa-

radossalmente questa mossa ha ingolfato ancor di più gli ospedali già oberati di lavoro. Mettendo a nudo un'altra criticità del sistema sanitario ellenico: l'ormai cronica mancanza di personale medico-infermieristico. Nei nosocomi privi di strumentazioni e farmaci scarseggiano anche i professionisti: «Le misure di austerità imposte con i vari memorandum - scuote la testa Vichas - impediscono di assumere nuovi medici a tempo indeterminato». Secondo la Federazione panelenica dei dipendenti degli ospedali pubblici, all'ospedale Kratico Gennimatas di Atene oltre il 40% delle posizioni sono vacanti.

La clinica invia parte delle donazioni ad alcuni ospedali cittadini. «Quegli scatoloni di garze e cotone - ammicca una signora sui cinquant'anni sporgendosi dal banco dell'accettazione - sono stati donati da Medici senza Frontiere, ma finiranno diritti all'ospedale Aghia Sofia».

Il 2 novembre, all'indoma-

ni delle vacanze di Ognissanti, l'ospedale di Laikò è rimasto senza farmaci per la chemioterapia, fra i più costosi sul mercato.

Gli effetti sulla salute pubblica già si vedono: secondo la Banca di Grecia, nel Paese la mortalità infantile è cresciuta dal 2,65% del 2008 al 3,75% del 2014, mentre la percentuale di depressi è schizzata dal 3,3% del 2008 al 12,3% del 2013. Cresce anche il numero dei nati sottopeso e degli adulti che soffrono di una patologia cronica.

Moltissimi attribuiscono alla Troika la responsabilità di questa catastrofe, ma a Vichas non importa: a lui basta fare il proprio lavoro. Con un solo sassolino da levarsi dalla scarpa: l'anno scorso l'Europarlamento ha conferito alla sua clinica il premio di «Cittadino europeo dell'anno». «Non hanno fatto niente per alleviare questa situazione. Niente - sorride amaro -. E io dovrei accettare i loro premi?».

I numeri

+1,10%

È l'aumento della mortalità infantile registrato in Grecia fra il 2008 e il 2014 (dati Banca di Grecia)

+9%

I greci malati di depressione nel 2008 erano il 3,3%, nel 2013 il 12,3% (sempre dati della Banca di Grecia)



La maggioranza degli italiani cerca su internet consigli e cure. Un comportamento pericoloso

Inaffidabile Dottor Google

Quando stiamo poco bene, è il dottore a visitarci e a spiegarci cosa abbiamo e che farmaci dobbiamo prendere per guarire. Ma sempre più persone, almeno all'inizio, si affidano al "dottor Google": cioè fanno una ricerca su internet per trovare informazioni su sintomi, malattie, diagnosi e cure. Secondo una ricerca della società specializzata Medipragma, otto italiani su dieci (soprattutto giovani con meno di 30 anni) utilizzano la Rete per chiedere spiegazioni su argomenti relativi alla salute, e solo il 9% di questi poi si confronta con un medico. Nel 58% dei casi, invece, chi cerca queste informazioni online si ritiene soddisfatto, e magari si comporta di conseguenza, scegliendo da solo cure e farmaci. Un comportamento che può essere molto pericoloso.

Internet è un grande calderone che contiene di tutto, ed è molto difficile distinguere le informazioni corrette da quelle parziali, non aggiornate o semplicemente false. Per questo bisogna fare molta attenzione alle fonti delle notizie. Tra chi cerca informazioni mediche sulla Rete il 24%, per esempio, usa i social network: un canale su cui filtra di tutto, senza controlli. Il 19% si rivolge ai portali specializzati, certamente più sicuri come i siti istituzionali, scelti dal 16% del campione. Il 12% invece sceglie l'enciclopedia online Wikipedia, che permette a tutti di modificare le voci e quindi, a volte, può risultare una fonte poco affidabile. Va bene insomma cercare qualche informazione online, ma poi bisogna chiedere sempre conferma al medico.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



INFLUENZA

Finiranno a letto 6 milioni di italiani

■ Quest'anno l'influenza arriverà prima e sarà più cattiva. Il virus, del ceppo A/H3, giunto dalla Libia, minaccia di mettere a letto tra i 6 e i 7 milioni di italiani (l'anno scorso furono meno di 5). E questa volta molti in piena età lavorativa, tra i 50 e 60 anni. L'allarme arriva dal Congresso dei medici di famiglia della Fimmg. I sintomi sono più o meno i soliti: infezioni alle vie respiratorie, con tosse e mal di gola, febbre anche alta, mal di testa e dolori alle articolazioni. Tutte cose che la scorsa stagione hanno fatto passare in media sei giorni a letto a chi è stato colpito dall'influenza. Ma che ogni anno, secondo stime dell'Istituto superiore di sanità (Iss), provocano la morte di 8.000 persone, soprattutto anziani, per le complicazioni, come polmonite e broncopolmonite, insorte dopo aver contratto il virus. Per questo Tommasa Maio, segretario nazionale della Fimmg, dice che «quest'anno è più che mai necessario vaccinarsi per tempo, soprattutto se si appartiene a una categoria a rischio, ossia ultrasessantacinquenni, diabetici, immunodepressi, malati oncologici, cardiopa-

tici, donne al secondo e terzo mese di gravidanza» (vedi box in alto).

Quest'anno, comunque, l'invito a vaccinarsi è rivolto anche agli adulti sani tra i 50 e i 60 anni e ai bambini sani, visto che l'influenza da 0 a 4 anni colpisce 10 volte più che tra gli anziani, e 8 volte in più tra i 5 e i 14 anni.

A far prevedere un'ondata influenzale più pesante del solito sono due fattori, spiega Tommasa Maio: «Il primo è il largo anticipo con il quale quest'anno, già a fine agosto, è stato isolato il virus in un bambino nato in Marocco e proveniente dalla Libia. Fatto questo che ne prefigura una più ampia diffusione, soprattutto tra le persone non ancora vaccinate. In secondo luogo, i virus A/Hong Kong (H3N2) e B/Brisbane, isolati dall'Istituto superiore di sanità, contengono piccole mutazioni che predispongono a una maggiore circolazione dell'influenza. Questo perché né i bambini, né le persone a rischio che solitamente si vaccinano possiedono gli anticorpi che fungono da barriera alla malattia».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



LIBIA L'influenza arriva dall'Africa





Pillole di salute

Bullismo e internet Esperti a confronto sui rischi per i ragazzi

LUCA BERNARDO*

■ ■ ■ “Hot topics in pediatria e neonatologia” è stato il titolo del Convegno presentato a Milano presso l’Hotel Nhow. Due giornate, venerdì 11 e sabato 12 Novembre, di clinica e ricerca dedicate all’età evolutiva, con diversi specialisti provenienti da tutta Italia e la presenza di professionisti. L’obiettivo è stato quello di promuovere la riflessione e il confronto culturale e scientifico, attraverso la condivisione delle migliori best practices e delle principali tematiche dell’area medica dell’età evolutiva.

Diverse le sessioni dedicate, quali per esempio allergologia, pneumologia, neurologia, nutrizione, che hanno visto la presenza di un giusto mix di relatori e moderatori che rappresentano già il nostro presente, oltre che una garanzia per l’età evolutiva. La giornata è stata organizzata con il patrocinio della Federazione Italiana Medici Pediatri, della Società Italiana di Allergologia e Immunologia Pediatrica, della Società Italiana di Pediatria, della Società Italiana per le malattie respiratorie infantili.

Entrando nello specifico degli argomenti, una particolare attenzione è stata rivolta al disagio adolescenziale e sul tema del bullismo, cyber bullismo e di tutti quei fenomeni illegali in rete sono intervenuti l’onorevole della Commissione Infanzia e Adolescenza, M.V. Brambrilla; la Senatrice Elena Ferrara, prima firmataria del ddl prevenzione e contrasto del cyber bullismo, M. Corradino, dell’Autorità Nazionale Anticorruzione; G. Colletti, Comandante sezioni indagini telematiche; e tanti altri personaggi di rilievo, interessati in prima linea nella tutela e nel benessere dei minori. Per la parte dedicata agli esperti nazionali del mondo dell’associazionismo e le organizzazioni Onlus e No profit operanti nel territorio, tra i diversi esponenti, sono in-

tervenuti il Dirigente Scolastico di Milano e Provincia, Dr. M. Bussetti; la Dr.ssa M.R. Parisi, psicoterapeuta e membro del Comitato Onu per il diritto del fanciullo.

La violenza viaggia in rete per colpire alcuni dei nostri ragazzi sempre di più esposti all’aggressività e alla crudeltà. Gli accessi aumentati in maniera esponenziale ci portano a riflettere sui pericoli della rete che le giovani generazioni vanno incontro quando vi è un uso scorretto o inconsapevole da parte di alcuni ragazzi. Gli spazi virtuali e in particolar modo i social network dove molti adolescenti si ritrovano e condividono con il resto del mondo le loro fotografie, i loro pensieri o diversi filmati, possono purtroppo essere anche utilizzati per offendere, deridere, infastidire altri utenti, per compiere furti d’identità e truffe, adescamenti di minori o atti di cyber bullismo. Fenomeni che si declinano nelle varie forme: cybercrimine, bullismo sessuale, cyber bullismo e altri in cui le azioni aggressive e i comportamenti prevaricatori avvengono attraverso messaggi, immagini, foto, mail o chat. Queste sono state alcune riflessioni.

Oggi mondo reale e virtuale si integrano ma bisogna contrastare quelli che sono i pericoli a cui i giovani possono andare incontro. Aiutiamo i nostri ragazzi a crescere bene sia nel mondo reale che nel mondo virtuale.

***Direttore del Dipartimento Materno-Infantile
ASST Fatebenefratelli Sacco**



Il Rapporto Oasi 2016 del Cergas Bocconi promuove il Ssn ma segnala le disparità sul sociosanitario

«La sanità è motore dello sviluppo»

Spesa a 149 mld «fa ricchezza» - Il ciclo economico abbatte i recinti pubblico-privato

Nel 2015 la spesa sanitaria corrente ha raggiunto i **149 miliardi di euro**, in crescita dello 0,9% rispetto all'anno precedente. Un aumento sostanzialmente da ricondurre ai consumi sanitari privati, che valgono 34 miliardi e rappresentano il 23% della spesa totale. Nel 2010-2014 la spesa del Servizio sanitario nazionale è addirittura diminuita (-1,4%). Nell'Ue, solo Grecia, Portogallo e Lussemburgo hanno registrato cali più marcati. Spesa sanitaria pubblica e privata appaiono legate al ciclo economico, la prima a causa della stretta fiscale, la seconda a causa

del minore reddito disponibile delle famiglie: la possibilità che si compensino a vicenda è remota. Il livello di spesa sanitaria privata per abitante è più elevata (circa 700 euro) nel Nord. In Campania, Sardegna e Calabria i valori più bassi di spesa privata, sotto i 375 euro pro-capite. I tassi di copertura del bisogno sono particolarmente critici sul versante socio-sanitario, che deve rispondere a una domanda di 2,7 milioni di anziani non autosufficienti. La presa in carico di questi pazienti in strutture residenziali sfiora il 40% in alcune aree del Nord, mentre è quasi inesistente in alcune Regioni del Mezzogiorno.

A PAG. 2-5

RAPPORTO OASI 2016/ Sanità vettore per la crescita però troppi rinunciano a curarsi

Un Ssn in salute ma diseguale

La spesa sale a 149 mld - Dislivello regionale sul fronte sociosanitario

DI PATRIZIO ARMENI *
LORENZO FENECH *
ALESSANDRO FURNARI *
FRANCESCO LONGO *
FRANCESCO PETRACCA *
E ALBERTO RICCI *

In Italia, nel 2015, la spesa sanitaria corrente ha raggiunto i **149 miliardi di euro**, in crescita dello 0,9% rispetto all'anno precedente. Questo marginale aumento è sostanzialmente da ricondurre ai consumi sanitari privati, che valgono 34 miliardi e che rappresentano il 23% della spesa totale.

Nel 2010-2014 la spesa del Servizio sanitario nazionale è addirittura diminuita (-1,4%); nel panorama europeo, solo Grecia, Portogallo e Lussemburgo hanno registrato cali più marcati. Spesa sanitaria pubblica e privata appaiono entrambe legate al ciclo economico, la prima a causa della stretta fiscale, la seconda a motivo da parte del minore reddito disponibile delle famiglie: la possibilità che si compensino a vicenda è remota. A riprova di ciò, il livello di spesa sanitaria privata per abitante più elevata (circa 700 euro) si registra in Trentino Alto Adige, Lombardia, Emilia Romagna e Veneto, Regioni considerate tra le migliori per quanto riguarda l'offerta qualitativa dei servizi Ssn. Al contrario,

in Campania, Sardegna e Calabria si registrano i valori più bassi di spesa privata, sotto i 375 euro per abitante.

Questa dinamica pone interrogativi sulla possibilità di coprire adeguatamente il bisogno sanitario dei territori e delle fasce sociali più deboli: tra 2013 e 2014, la percentuale di pazienti che auto-dichiara la rinuncia alle cure per ragioni economiche è salito ancora, seppur lievemente: dal 6 al 6,2 sul totale della popolazione e dal 13,1 al 13,3 nel primo quintile per reddito (Eurostat, 2016).

L'aspettativa di vita in buona salute è mediamente di 60 anni al Nord, di 55,4 nel Mezzogiorno (Istat, 2015). Ciò in un panorama epidemiologico destinato a peggiorare: il rapporto tra ultra 65enni e minori di 14 anni ha raggiunto quota 158/100 a livello nazionale, a confronto con una media europea di 118/100, senza nessun segnale di controtendenza.

I tassi di copertura del bisogno sono particolarmente critici sul versante socio-sanitario, che deve rispondere a una domanda di 2,7 milioni di anziani non autosufficienti. La presa in carico di questi pazienti in strutture residenziali è attorno al 40% in alcune aree del Nord, mentre è quasi inesistente in alcune Regioni del Mezzogiorno (si veda la figura 1),

attestandosi al 20% su scala nazionale. Il restante 80% dei pazienti non autosufficienti, assistito in modo informale grazie all'autorganizzazione delle famiglie, al peggioramento delle proprie condizioni cerca di accedere a un qualsiasi servizio sanitario o socio-sanitario professionale disponibile, soprattutto se gratuito, pur di trovare una risposta formalizzata e strutturata. Questa quota di domanda socio-sanitaria non governata ha prevedibili impatti sull'appropriatezza della presa in carico e la funzionalità del sistema sanitario.

Nel 2015, per il quarto anno consecutivo, il Ssn registra un avanzo di 346 milioni, pari allo 0,3% delle risorse correnti complessivamente a disposizione del Ssn. Gli automatismi per riaggiustare eventuali disavanzi creano un sistema robusto di incentivi alla sostenibilità dei singoli Ssr, responsabilizzando le comunità



regionali e i loro meccanismi di rappresentanza. A questo proposito, un dato di rilievo è l'equilibrio finanziario di quasi tutti i sistemi regionali. La figura 2 descrive i trend dei disavanzi registrati annualmente dai Ssr nelle tre macro-aree del Paese: si nota una rapida diminuzione dei deficit del Centro-Sud a partire dalla metà degli anni 2000. Anche sulla copertura dei debiti pregressi, almeno sul versante dei fornitori del Ssn, si rilevano evidenti segnali di miglioramento. A livello nazionale, tra 2012 e 2016, i tempi di pagamento massimi delle aziende sanitarie pubbliche sono stati dimezzati, passando da 307 giorni a 161 (Assobiomedica, 2016). In definitiva, il percorso di risanamento economico-finanziario è solidamente avviato e ha raggiunto risultati importanti.

Negli ultimi tre anni, in molti Servizi sanitari regionali (9 su 21) sono stati avviati estesi processi di riordino istituzionale. Tre sono state le dinamiche prevalenti: accorpate il numero delle aziende territoriali, rendendole sempre più vaste (si veda la figura 3); reintegrare istituzionalmente servizi ospedalieri e servizi territoriali; rafforzare il ruolo della capogruppo regionale o delle sue agenzie di supporto. Si tratta di un trend evidente: a ottobre 2016, la popolazione media delle aziende sanitarie italiane ha già raggiunto i 501.368 abitanti, facendo aumentando del 22% rispetto al 2013 e del 70% rispetto al 2001.

Queste riforme istituzionali possono effettivamente accelerare l'innovazione a patto che le energie si focalizzino sui "fini" del cambiamento, cioè il riallineamento dell'offerta ai bisogni epidemiologici e il governo delle interdipendenze orizzontali tra setting assistenziali, tra settore sanitario, socio-sanitario e so-

cio-assistenziale, tra spesa pubblica e spesa privata delle famiglie.

Bisogna invece evitare di disperdersi eccessivamente sui soli mezzi istituzionali discutendo solo di allocazione verticale dei poteri (Stato-Regioni-agenzie-aziende). Ciò avviene se i sistemi di pianificazione e monitoraggio delle riforme sono dotati di robusti incentivi di politico-istituzionali e manageriali per raggiungere velocemente gli obiettivi strategici prefissati. Peraltro, se si osservano reti di offerta regionali e aziende, ci si rende conto che la trasformazione delle piattaforme erogative sta già avvenendo, seppur con modalità e velocità differenti nei vari Ssr.

Al di là del costante calo dei posti letto ospedalieri e dei ricoveri a bassa complessità, in quasi tutte le regioni sia assiste alla razionalizzazione dell'offerta, che viene innescata, di norma, dalla rimodulazione dei servizi ospedalieri collegati alle reti tempo-dipendenti, con cambiamenti che riguardano la concentrazione del case mix, l'accorpamento delle strutture organizzative interne e la diminuzione dei punti fisici di accesso ai servizi ospedalieri, spesso riconvertiti in strutture intermedie.

A titolo esemplificativo: la percentuale di colecistectomie laparoscopiche in reparti con almeno 90 casi è passato dal 65% al 74% tra 2008 e 2014; quello di interventi per tumore al seno in reparti con almeno 135 casi è salito dal 51,6% al 61,4 per cento (*Programma nazionale Esiti, 2015*). Al netto di azioni di razionalizzazione effettuate negli ultimi due anni, sono ancora comunque molti i presidi generalisti di piccole o piccolissime dimensioni - bacino di utenza minore di 80mila abitanti - in cui è presente un punto nascita e/o vengono presi in carico pazienti che

necessitano di trattamenti relativamente complessi (angioplastica percutanea, infarto miocardico acuto), che dovrebbero essere erogati nei presidi ospedalieri di primo e di secondo livello. Per queste prestazioni, ma anche per alcuni interventi di chirurgia generale, la maggior parte dei piccoli ospedali non è in linea con gli standard minimi di volume di casistica ex Dm 70.

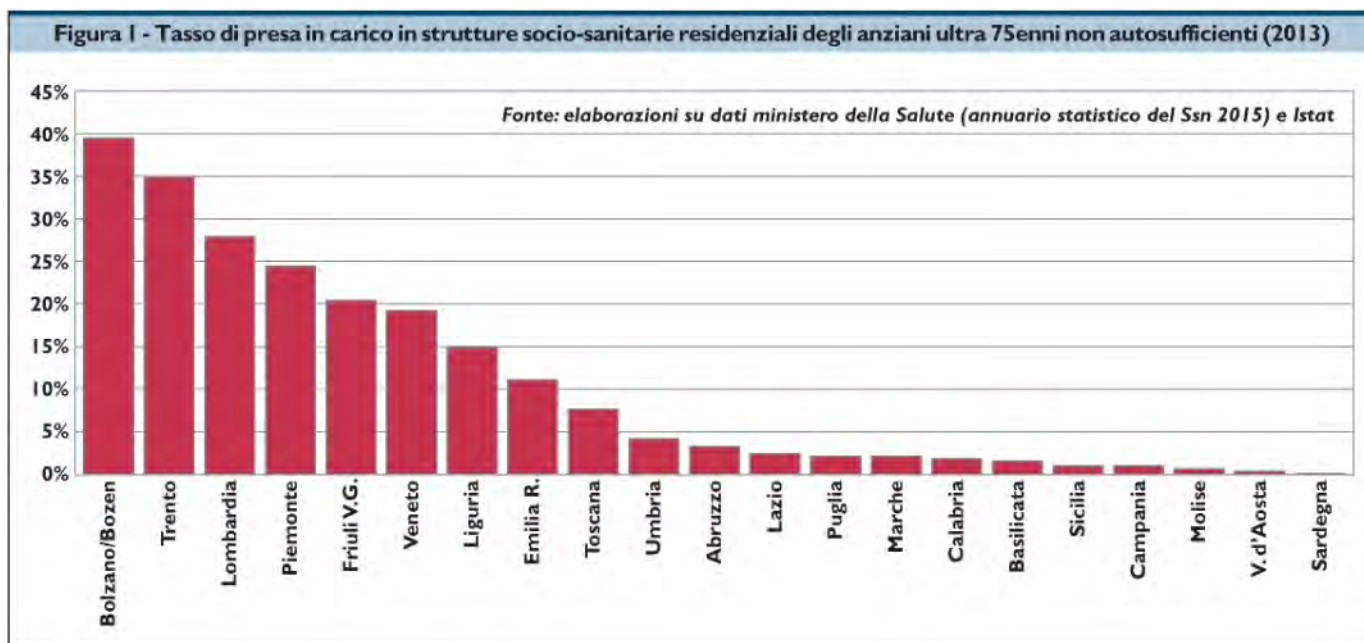
La razionalizzazione della rete ospedaliera va completata, innanzitutto per raggiungere la clinical competence necessaria a garantire sicurezza ai pazienti; inoltre, la razionalizzazione si traduce nella liberazione di spazi e nella disponibilità di personale con competenze specialistiche fondamentali per lo sviluppo delle cure intermedie e primarie.

Le dinamiche del personale. L'età media dei dipendenti Ssn, nel 2014, era pari a 53 anni per i medici dipendenti e a 47 per le professioni sanitarie (Conto annuale, 2016). Da un lato, la sanità italiana soffre i costi correlati all'invecchiamento della propria piramide professionale (alto burn out, scarsa propensione all'innovazione e al cambiamento, clima organizzativo negativo ecc.) e all'incornguenza del suo skill mix rispetto ai bisogni emergenti.

Allo stesso tempo, si tratta di una grande finestra di opportunità. Il ritrovato equilibrio finanziario e l'inevitabile, fisiologico rallentamento del blocco delle assunzioni permette di scegliere lo skill mix del futuro. È una discussione che deve collocarsi rapidamente al centro dell'agenda del Ssn, perché la sua compiuta attuazione richiede almeno 10 anni di lavoro, necessari per formare, selezionare e inserire i professionisti.

* Cergas - Università Bocconi

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Dir. Resp.: Mario Calabresi

IL RECORD DELLE ALLERGIE AI CIBI

Troppe intolleranze? È anche colpa dei test

ELVIRA NASELLI

BASTANO un po' di stanchezza, una cefalea e qualche dolore addominale per far scattare l'allarme: è un'intolleranza alimentare. Poi uno o due test nel laboratorio sotto casa o in farmacia e il verdetto: intollerante a... E giù una lista di alimenti. Che si eliminano dalla dieta, così si perde anche un po' di peso e ci si sente meglio. Fatto che avvalora l'ipotesi iniziale e conferma l'autodiagnosi. Tra tutte le intolleranze possibili regna incontrastata quella al glutine. Il punto è che non c'è un test di laboratorio specifico.

ALLE PAGINE 36 E 37

Alimentazione. C'è chi mangia gluten free senza essere celiaco

Chi elimina latticini, lieviti, persino pomodori. Sempre più italiani si credono allergici

Cambiano menù. E alimentano un business miliardario. Senza nessuna ragione medica

Intolleranze il trucco c'è E si vede

7-8%

dei bambini under 3
soffre di allergia
alimentare

ELVIRA NASELLI

BASTANO un po' di stanchezza, una cefalea, una difficoltà di concentrazione e qualche dolore o gonfiore addominale per far scattare l'allarme: è un'intolleranza alimentare. Poi uno o due test nel laboratorio sotto casa o persino in farmacia e il verdetto: intollerante a... E giù una lista di alimenti. Che si eliminano prontamente dalla dieta, così si perde anche un po' di peso e ci si sente meglio. Fatto che, ovviamente, avvalora l'ipotesi iniziale e conferma l'autodiagnosi. Tra tutte le intolleranze possibili - va forte quella a lieviti e latticini - regna incontrastata quella al glutine non celiaca (Ncgs), suffragata da testimonial e siti internet che dipingono il glutine come causa di ogni possibile male. Basti pensare che un americano su quattro ha rinunciato spontaneamente agli ali-

menti normali, spingendo il mercato dei prodotti gluten free l'anno scorso a quasi 12 miliardi di dollari, in aumento.

Il punto è che non c'è un test di laboratorio specifico, ed è dunque difficile fare una diagnosi. Difficile ma non impossibile. «Il primo passo dovrebbe essere quello di escludere alcune patologie come celiachia, intolleranza al lattosio, malattie infiammatorie e parassitosi intestinali - premette Antonio Craxi, presidente Sige, Società italiana di gastroscopia ed endoscopia digestiva - che costituiscono il 95 per cento delle cause organiche dei sintomi lamentati. Solo dopo si possono indagare le intolleranze, con l'unico mezzo a disposizione che abbiamo: le diete di esclusione».

Si parte, dunque, con una dieta a basso contenuto di allergeni per circa due settimane. Partendo da prodotti crudi. Permessi riso e derivati, carne d'agnello, pesce, oli vegetali, prevalentemente d'oliva, frutta e verdura. Vietati gli alimenti più frequentemente oggetto di reazioni: latte vaccino (non di capra e d'asina), crostacei, alcuni legumi (ceci, lenticchie), uova,

agrumi e fragole, cacao e derivati (quindi il cioccolato), frutta a guscio, carne bovina e avicola, tutti i prodotti industriali. Se dopo questa dieta i sintomi sono regrediti, si comincia pian piano a reintrodurre alcuni alimenti, partendo da quelli segnalati dal paziente stesso come potenzialmente responsabili di una reazione. «È un procedimento empirico e per niente facile - continua Craxi - intanto perché richiede moltissimo tempo, anche anni, poiché si introduce un alimento per volta, e poi perché si sovrappone un fortissimo effetto placebo: se il paziente è convinto che un alimento gli faccia male, avrà dei sintomi in ogni caso ogni volta che lo ingerisce. Eppure questa è l'unica strada perché anche i prick test con gli alimenti dimostrano una reattività cutanea, ma non ci sono prove scientifiche che si verifichi una analoga reazione a livello gastrointestinale».

Nal caso della sensibilità al glutine non celiaca, per esempio, se i sintomi dovessero presentarsi dopo aver mangiato degli alimenti a base di grano, non bisognereb-

berla comunque una diagnosi a vita, come è invece la celiachia, ma transitoria. «Da rivalutare ogni anno - ragiona Craxi - poiché potrebbe essere legata ad assunzioni di farmaci, o a situazioni particolari a livello intestinale».

Insomma, una strada complicata, e multidisciplinare. Perché il gastroenterologo, che ha il compito di escludere patologie vere e proprie, dovrebbe poi lasciare il posto al dietista o al nutrizionista, che devono impostare il regime alimentare. E - se necessario - all'allergologo.

«In realtà la parola intolleranza ha poco senso - premette Antonella Muraro, presidente Eaaci, l'accademia europea di allergia ed immunologia clinica - ed anzi viene utilizzata quando non si sa

che pesci prendere. Sarebbe più corretto parlare di reazioni avverse agli alimenti non mediate da meccanismi immunologici, come sono invece le allergie. Tra le intolleranze più comuni ci sono quelle al lattosio, dovute a carenza di enzima lattasi o secondaria ad infezioni intestinali e diagnosticabile con Breath test, il test del respiro, ma anche il favismo, che è un altro deficit enzimatico. E poi la Ncgs, per la quale nel nostro centro, dopo un periodo di esclusione del grano per 2-3 settimane, procediamo con prick test e test di provocazione alimentari. Se sono positivi si prescrive la dieta di esclusione e si rivaluta dopo un anno, con un altro test di provocazione per vedere se è aumentata la soglia di tolleranza, o se è rientrata la risposta. Queste risposte sono in aumento, è vero, e sono legate ai processi di panificazione sempre più brevi a partire da panetti industriali che spesso hanno additivi, e comunque con l'utilizzo di nuove varietà di grano selezionate per una maggiore resa ma che provocano anche un numero maggiore di reazioni. Parliamo sempre di numeri non grandi, mentre stiamo assistendo ad una percezione emotiva abnorme, che diventa quasi una guerra di religione al glutine. La cosa più importante è ascoltare il paziente, anche per evitare di ritardare la diagnosi di malattie serie, come le infiammatorie croniche intestinali, dal Crohn alla rettocolite ulcerosa. E invece andiamo sempre di fretta e abbiamo spinto i pazienti a credere che i test di laboratorio possano aver sostituito il processo clinico di diagnosi. Se non ci riappropriamo della parte essenziale della nostra professione, che è fatta di ascolto, c'è solo spazio per i ciarlatani, che di tempo per ascoltare ne danno a iosa».

© RIPRODUZIONE RISERVATA