



RASSEGNA STAMPA

05-12-2016

1. O.M.A.R. - Tumori testa-collo, il dr.Paolo Bossi premiato agli AIOM Award 2016
2. PHARMASTAR Ca al colon, mortalità più bassa se è a sinistra
3. PHARMASTAR Combinazione vaccino/inibitore di PD-1 promettente nel ca alla prostata resistente alla castrazione metastatico
4. PHARMASTAR Ca ovarico epiteliale, chirurgia citoriduttiva primaria batte la chemio neoadiuvante
5. PHARMASTAR Ca mammario, cardiotoxicità di trastuzumab contrastabile con ACE-inibitori e betabloccanti
6. MATTINO NAPOLI Veronesi e la sfida di inseguire scienza e ragione
7. REPUBBLICA Fine vita senza dolore La Asl deve tutelarlo - "Morire senza dolore è diritto del malato" il fine vita ordinato dal giudice alla Asl
8. REPUBBLICA TORINO Curò cancro senza l'uso di farmaci Verdetto lontano - Curò cancro senza farmaci Tempi lunghi per il verdetto
9. CORRIERE DELLA SERA Ilva, i fantasmi di Tamburi - Io e i fantasmi del campetto
10. SOLE 24 ORE Un sistema misto per l'assistenza
11. GIORNO - CARLINO - NAZIONE Dai braccialetti alla teleassistenza Così la spesa scende
12. QUOTIDIANOSANITA.IT La settimana in Parlamento. Audizione Lorenzin sui nuovi Lea. Legge Bilancio approda in Senato
13. CORRIERE DELLA SERA La meningite fa paura, corsa al vaccino Raddoppiate le richieste in Lombardia



05-12-2016

(Prima agenzia giornalistica nazionale, regolarmente registrata, interamente dedicata al mondo della malattie e dei tumori rari)

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

Tumori testa-collo, il dr. Paolo Bossi premiato agli AIOM Award 2016

Roma – Merck, azienda leader in ambito scientifico e tecnologico, annuncia il **vincitore della seconda edizione del Premio per il miglior progetto di management multidisciplinare dei tumori della testa e del collo**. Ad aggiudicarsi il prestigioso riconoscimento, promosso dall'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) e sostenuto da Merck, è stato il **Dottor Paolo Bossi**, con il progetto dal titolo "La personalizzazione della scelta terapeutica nei pazienti anziani con carcinoma localmente avanzato del distretto testa-collo". **Il progetto del Dottor Bossi**, Oncologo Medico presso la Struttura Semplice Dipartimentale Oncologia Medica e tumori testa-collo dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano, **intende mettere a punto una griglia di trattamento** utile a chirurghi otorinolaringoiatri, radioterapisti, medici oncologi e geriatri nella gestione multidisciplinare dei pazienti anziani con una neoplasia della testa e del collo. Questa griglia permetterà l'ottimizzazione della scelta terapeutica sulla base delle sottoclassi di pazienti che verranno individuate attraverso l'utilizzo di appropriati strumenti di selezione. "Attraverso la griglia – ha affermato il **Dottor Bossi** – il gruppo multidisciplinare sarà in grado di **adattare il trattamento sulla base delle condizioni cliniche del paziente** e consentirà di individuare percorsi terapeutici personalizzati. Questo progetto risponde all'esigenza di definire come il fattore età non sia semplicemente un dato anagrafico, ma sia specchio di una realtà molto più complessa." "Grazie al sostegno dell'AIOM – ha aggiunto il Dottor Bossi – possiamo quindi intraprendere il primo step di un percorso di [ricerca](#) più complesso, che porterà al **primo studio prospettico multicentrico nella popolazione anziana con tumore della testa e del collo**, utile anche a verificare l'esattezza e la congruità di questa griglia. L'idea di questo studio ha già ricevuto pareri positivi in ambito internazionale e si appresta a diventare la prima esperienza in questa tipologia di tumori. Siamo lieti che il 'la' sia arrivato dall'Italia, grazie al supporto di AIOM e di Merck."

Il progetto, che sarà supportato grazie ad un grant del valore di 15.000 euro, **si articolerà in due fasi**: la prima sarà dedicata alla valutazione della fattibilità dello studio e al training del personale medico e paramedico per l'utilizzo delle risorse di valutazione del paziente anziano; la seconda fase si concentrerà sullo [studio clinico](#) con endpoint di bilanciamento ed efficacia del trattamento con relative tossicità nelle diverse classi di fragilità e sulla raccolta dei bisogni riabilitativi e di supporto. "Abbiamo ribadito il nostro sostegno al Premio AIOM – ha sottolineato **Antonio Messina**, a capo del business biofarmaceutico di Merck in Italia – perché riteniamo sia fondamentale proseguire nella ricerca scientifica nell'ambito di queste neoplasie per le quali esistono ancora importanti bisogni non soddisfatti. Da anni siamo a fianco delle società scientifiche nell'individuare azioni e strategie terapeutiche in grado di migliorare realmente la qualità di vita dei pazienti." "Nel trattamento di patologie così gravi e difficili da affrontare come i tumori della testa e del collo – ha continuato **Alessandra Aloe**, Medical Affairs Director di Merck in Italia – **l'approccio multidisciplinare è in grado di fare una reale differenza nella vita dei pazienti**. Per questo motivo, rinnoviamo il sostegno ad iniziative come questa che vanno al di là del farmaco, e ad altre attività al servizio del paziente, come ad esempio piattaforme multimediali e App."

I **tumori della testa e del collo** sono il sesto tipo di tumore più diffuso a livello mondiale. In Italia i pazienti affetti da tumore della testa e del collo sono circa 116.000 e nel 2016 sono stati registrati 12.978 nuovi casi. Nel nostro Paese, il tasso di incidenza aumenta con l'età in tutte le sedi colpite, ad eccezione del nasofaringe, e fra gli uomini si registra un più alto rischio di ammalarsi rispetto alle donne.

<http://www.pharmastar.it>

Ca al colon, mortalità più bassa se è a sinistra

I tumori al colon primari che si formano sul lato sinistro sono associati a una mortalità significativamente inferiore rispetto a quelli che si sviluppano sul lato destro. Una conferma di quanto sta emergendo da qualche tempo arriva da una revisione sistematica e una metanalisi di autori italiani, pubblicata di recente su JAMA Oncology.



I tumori al colon primari che si formano sul lato sinistro sono associati a una mortalità significativamente inferiore rispetto a quelli che si sviluppano sul lato destro. Una conferma di quanto sta emergendo da qualche tempo arriva da una revisione sistematica e una metanalisi di autori italiani, pubblicata di recente su JAMA Oncology.

Nell'introduzione, Fausto Petrelli, del dipartimento di oncologia dell'ASST Bergamo Ovest, e gli altri autori scrivono che studi precedenti hanno suggerito come il cancro del colon sinistro e quello sul lato destro abbiano caratteristiche biologiche, molecolari e cliniche diverse.

I tumori sul lato destro sono associati a una maggiore prevalenza di anemia sideropenica a causa della perdita di sangue occulto e con geni della riparazione dei mismatch difettosi, oltre che a mutazioni dei geni KRAS e BRAF, quelli sul lato sinistro, invece, sono associati a una maggiore incidenza di ematochezia e alterazioni dell'alvo, e sono legati più comunemente al pathway di instabilità cromosomica, a p53, NRAS, microRNA-146A, microRNA-147b e microRNA-1288.

In virtù di queste differenze, spiegano i ricercatori, la localizzazione del tumore primario sta emergendo come importante fattore prognostico. Tuttavia, il lato di origine del cancro al colon non rappresenta ancora un parametro prognostico quando ci si trova a decidere se sottoporre il paziente a una chemioterapia adiuvante o palliativa.

Per questo motivo, Petrelli e i colleghi hanno effettuato la metanalisi ora pubblicata su *Jama Oncology*, con l'intento di stabilire quale sia il ruolo prognostico del lato su cui si sviluppa il tumore nei pazienti con un cancro al colon.

La loro metanalisi è stata fatta su 66 studi che hanno coinvolto in totale 1.437.846 pazienti, dei quali era stato riportato il lato su cui si trovava il tumore ed erano e disponibili i dati di sopravvivenza. Il follow up mediano era di 65 mesi.

I pazienti con un tumore primario localizzato sul lato sinistro hanno mostrato un rischio di morte significativamente più basso, -18%, rispetto a quelli con tumori sul lato destro (HR 0,82; IC al 95% 0,79-0,84; $P < 0,001$). Questa relazione è risultata indipendente da altri fattori, tra cui lo stadio del tumore, la razza, la chemioterapia adiuvante, l'anno di pubblicazione dello studio, il numero di partecipanti e la qualità dello studio, anche se nei trial in cui erano stati arruolati solo pazienti con malattia in stadio IV si è trovata una riduzione ancora maggiore del rischio di decesso, - 27%, nei pazienti con tumori situati a sinistra.

"Si sta accumulando una quantità sempre maggiore di prove che mostrano come i tumori del colon prossimale e distale alla flessura splenica siano entità cliniche e biologiche distinte" scrivono gli autori italiani. "Oltre ad avere una diversa origine embrionale ... il colon destro mostra le differenze peculiari dell'immunologia della mucosa, probabilmente a causa di differenze nella flora intestinale" aggiungono Petrelli e i colleghi.

Per esempio, si è scoperto che il colon prossimale presenta una concentrazione maggiore di eosinofili e cellule T intraepiteliali, il che potrebbe essere dovuto al fatto che le cellule immunitarie del colon-retto distale devono camminare su un confine ancora più sottile tra immunogenicità contro gli agenti patogeni e tolleranza verso il normale microbiota intestinale.

"Questa osservazione potrebbe anche spiegare le differenze nella risposta immunologica ai tumori che si sviluppano nel colon prossimale, caratterizzati da una maggiore attività immunitaria e, a sua volta, riflette le specifiche differenze nella patogenesi e negli outcome".

Sulla base dei loro risultati, Petrelli e i colleghi concludono che "il lato su cui si origina il tumore dovrebbe essere riconosciuto come criterio per stabilire la prognosi in tutti gli stadi della malattia", sia quella in fase iniziale sia quella avanzata, "e dovrebbe anche essere preso in considerazione quando si deve decidere l'intensità del trattamento nel setting metastatico, oltre che rappresentare un criterio di stratificazione nei prossimi studi sulla terapia adiuvante".

F. Petrelli, et al. Prognostic Survival Associated With Left-Sided vs Right-Sided Colon CancerA
Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Oncology*. 2016 Oct 27. doi:
10.1001/jamaoncol.2016.4227.

<http://www.pharmastar.it>

Combinazione vaccino/inibitore di PD-1 promettente nel ca alla prostata resistente alla castrazione metastatico

Fino ad oggi, gli inibitori dei checkpoint immunitari hanno mostrato una scarsa attività clinica come agenti singoli contro il cancro alla prostata metastatico, resistente alla castrazione, ma una combinazione di un vaccino DNA e un inibitore del checkpoint immunitari o PD-1 si è dimostrata promettente per migliorare la risposte immunitarie antitumorali in un studio preliminare presentato di recente al congresso della Society for Immunotherapy of Cancer (SITC) a National Harbor, nel Maryland.



Fino ad oggi, gli inibitori dei checkpoint immunitari hanno mostrato una scarsa attività clinica come agenti singoli contro il cancro alla prostata metastatico, resistente alla castrazione, ma una combinazione di un vaccino DNA e un inibitore del checkpoint immunitari o PD-1 si è dimostrata promettente per migliorare la risposte immunitarie antitumorali in un studio preliminare presentato di recente al congresso della Society for Immunotherapy of Cancer (SITC) a National Harbor, nel Maryland.

"Se si vaccinano gli animali, l'espressione di PD-1 temporaneamente aumenta e se la si blocca in quel momento si ottiene una risposta antitumorale migliore; questo si è visto in modelli in

cui la sola terapia anti-PD-1 non faceva nulla. Così abbiamo pensato che questo potesse essere un buon approccio per il cancro alla prostata" ha spiegato in un'intervista Douglas G. McNeel, della University of Wisconsin di Madison, illustrando il razionale dello studio.

McNeel e il suo gruppo stanno sperimentando il potenziale terapeutico della combinazione dell'inibitore di PD-1 pembrolizumab con un vaccino a DNA sperimentale mirato contro la fosfatasi acida prostatica (PAP), lo stesso antigene bersaglio di sipuleucel-T, in pazienti con un cancro alla prostata resistente alla castrazione metastatico. Il vaccino aumenta l'espressione di PD-1.

I ricercatori avevano dimostrato in precedenza che i pazienti immunizzati con un vaccino a DNA codificante la PAP (pTVG-HP, attualmente in fase II) sviluppavano cellule T PAP-specifiche e regolate da PD-1, e mostravano un aumento dell'espressione di PD-L1, il ligando di PD-1, nelle cellule tumorali circolanti. Il gruppo ha anche dimostrato in studi preclinici su modelli murini che un aumento dell'espressione di PD-1 sulle cellule T CD8-positive indotte dal vaccino ha portato a risposte immunitarie antitumorali inferiori, e che bloccare PD-1 al momento dell'attivazione delle cellule T con il vaccino ha migliorato le risposte antitumorali.

"Lo studio pilota in corso è stato progettato per valutare se il blocco di PD-1 dopo l'immunizzazione o in concomitanza con l'immunizzazione si traduce in risposte antitumorali nei pazienti con un tumore alla prostata resistente alla castrazione avanzato, metastatico" scrivono McNeel e colleghi.

Al congresso della SITC sono state riferite le impressioni preliminari riguardo all'efficacia e alla sicurezza della combinazione in 12 uomini con un cancro alla prostata resistente alla castrazione metastatico. I pazienti avevano tutti segni di progressione della malattia, non facevano la chemioterapia da almeno 6 mesi e potevano essere stati trattati in precedenza con enzalutamide o abiraterone, ma sono stati esclusi se erano stati trattati con il vaccino sipuleucel-T.

I partecipanti sono stati assegnati in modo casuale al trattamento con sei dosi di pTVG-HP nell'arco di 10 settimane con quattro dosi di pembrolizumab in concomitanza o quattro dosi di pembrolizumab somministrate ogni 3 settimane iniziando 2 settimane dopo l'ultima dose di vaccino.

Il trattamento con la combinazione, riferiscono gli autori, si associa a variazioni dei livelli di antigene prostatico specifico (PSA) associati a cambiamenti radiografici oggettivi e "suscita un'immunità basata su Th1 e PAP-specifica robusta e persistente".

McNeel e il suo gruppo hanno anche trovato prove che suggeriscono come la somministrazione concomitante del vaccino e dell'inibitore di PD-1 possa essere più efficace

della somministrazione sequenziale, sulla base di differenze dei valori sierici del PSA e della PAP.

Gli eventi avversi sono stati generalmente lievi e simili a quelli osservati in altri studi su pembrolizumab e il vaccino a DNA, con solo tre eventi di grado 3 e nessuno di grado 4.

I ricercatori sperano ora di prolungare il progetto pilota oltre le 12 settimane previste originariamente e hanno in programma di studiare possibili biomarcatori di risposta al vaccino sulla base della proliferazione delle cellule T nei tumori e nei linfonodi regionali vista con l'imaging.

<http://www.pharmastar.it>

Ca ovarico epiteliale, chirurgia citoriduttiva primaria batte la chemio neoadiuvante

Nelle donne con carcinoma ovarico epiteliale in stadio avanzato, la chirurgia citoriduttiva primaria sembra essere associata a una sopravvivenza maggiore rispetto alla chemioterapia neoadiuvante. Il dato, emergente da una revisione retrospettiva pubblicata da poco su JAMA Oncology, potrebbe, tuttavia, essere spiegato dal performance status più scarso del gruppo sottoposto alla chemio neoadiuvante.



Nelle donne con carcinoma ovarico epiteliale in stadio avanzato, la chirurgia citoriduttiva primaria sembra essere associata a una sopravvivenza maggiore rispetto alla chemioterapia neoadiuvante. Il dato, emergente da una revisione retrospettiva pubblicata da poco su JAMA Oncology, potrebbe, tuttavia, essere spiegato dal performance status più scarso del gruppo sottoposto alla chemio neoadiuvante.

"Il ruolo della chemioterapia neoadiuvante nel trattamento del carcinoma ovarico epiteliale rimane controverso" spiegano nell'introduzione gli autori dello studio, coordinati da J. Alejandro Rauh-Hain Fernandez, del Massachusetts General Hospital di Boston. Infatti, diversi studi retrospettivi hanno fornito evidenze a favore della superiorità della chirurgia citoriduttiva primaria rispetto alla chemioterapia neoadiuvante, mentre due trial randomizzati

di fase III hanno dimostrato la non inferiorità della chemioterapia neoadiuvante in donne con un carico di malattia elevato. Tutti gli studi, però, presentavano alcuni problemi metodologici, sottolineano i ricercatori.

La nuova analisi ha riguardato 22.962 donne di età inferiore ai 70 anni incluse nel National Cancer Database degli Stati Uniti che erano state sottoposte a un trattamento per un carcinoma ovarico epiteliale stadio in stadio IIIC e IV diagnosticato tra il 2003 e il 2011. Di queste, 19.836 (l'86,4%) erano state sottoposte alla chirurgia citoreducente primaria e 3126 (il 13,6%) alla chemioterapia neoadiuvante; un'analisi 'propensity-matched' ha coinvolto 2935 pazienti di ciascun gruppo di trattamento.

La sopravvivenza globale (OS) mediana nell'analisi 'propensity-matched' è risultata di 37,3 mesi nel gruppo sottoposto alla chirurgia citoreducente primaria e 32,1 mesi in quello sottoposto alla chemioterapia neoadiuvante (HR 1,18; IC al 95% 1,11-1,26). In entrambi i gruppi i ricercatori hanno evidenziato un miglioramento della sopravvivenza negli ultimi anni del periodo dello studio rispetto ai primi anni dalla diagnosi, ma in entrambi i casi l'associazione tra miglioramento della sopravvivenza e chirurgia citoreducente primaria è rimasta.

La differenza è apparsa un po' più pronunciata nelle pazienti in stadio IIIC, con un HR pari a 1,24 (IC al 95% 1,11-1,37) a favore della chirurgia citoreducente primaria, mentre in quelle in stadio IV l'HR è risultato pari a 1,13 (IC al 95% 1,04-1,23).

Tuttavia, il miglioramento della sopravvivenza nel gruppo trattato chirurgicamente potrebbe essere spiegato con le differenze di performance status, perché il 60% delle donne sottoposte alla chemioterapia neoadiuvante avevano un performance status ECOG di 1 o 2 contro il 50% nel gruppo trattato con la chirurgia citoreducente primaria, il che negherebbe la differenza in termini di sopravvivenza.

"Sarà importante raccogliere queste informazioni per i futuri studi osservazionali" scrivono gli autori. "La ricerca futura dovrebbe concentrarsi sull'identificare le pazienti che possono beneficiare maggiormente della chirurgia citoreducente primaria oppure della chemioterapia neoadiuvante per personalizzare il trattamento delle donne con tumore epiteliale ovarico in stadio avanzato" concludono i ricercatori.

J.A. Rauh-Hain, et al. Overall Survival Following Neoadjuvant Chemotherapy vs Primary Cytoreductive Surgery in Women With Epithelial Ovarian Cancer Analysis of the National Cancer Database. *JAMA Oncol.* 2016; doi:10.1001/jamaoncol.2016.4411.

<http://www.pharmastar.it>

Ca mammario, cardiotoxicità di trastuzumab contrastabile con ACE-inibitori e betabloccanti

Nelle pazienti con un carcinoma mammario HER2-positivo in terapia con l'anticorpo monoclonale trastuzumab, l'uso di un ACE-inibitore o un betabloccante potrebbe proteggere contro il calo della frazione di eiezione ventricolare sinistra (FEVS) legato alla terapia antitumorale.



Nelle pazienti con un carcinoma mammario HER2-positivo in terapia con l'anticorpo monoclonale trastuzumab, l'uso di un ACE-inibitore o un betabloccante potrebbe proteggere contro il calo della frazione di eiezione ventricolare sinistra (FEVS) legato alla terapia antitumorale. A suggerirlo sono i risultati di un nuovo studio randomizzato e controllato con placebo, lo studio MANTICORE 101–Breast, appena uscito sul Journal of Clinical Oncology. Il trattamento con l'antipertensivo, tuttavia, non ha impedito il rimodellamento del ventricolo sinistro mediato da trastuzumab.

"L'aggiunta di trastuzumab ai regimi adiuvanti per il trattamento del cancro al seno HER2-positivo in fase iniziale ha migliorato in modo significativo gli outcome" scrivono D. Ian Paterson, del Walter C. Mackenzie Health Sciences Centre di Edmonton, e gli altri autori. "Tuttavia, aggiungono, si è visto che in una percentuale di casi che arriva circa il 18% tale aggiunta si associa a una disfunzione ventricolare sinistra indipendente dalla dose e in una percentuale fino al 4% a un'insufficienza cardiaca conclamata".

Poiché gli ACE-inibitori e i beta-bloccanti sono farmaci raccomandati come trattamento iniziale dell'insufficienza cardiaca e della disfunzione cardiaca correlata alla terapia antitumorale, gli autori hanno provato a valutare se questi agenti siano in grado di prevenire la cardiotoxicità correlata a trastuzumab.

A tale scopo, hanno arruolato 94 pazienti con un cancro alla mammella HER2-positivo in stadio iniziale in terapia con trastuzumab e le hanno assegnate in rapporto 1: 1: 1 al trattamento con perindopril, bisoprololo o un placebo per tutta la durata del trattamento con l'anticorpo.

La partecipanti sono state sottoposte a risonanza magnetica cardiaca al basale e dopo il ciclo 17 al fine di determinare i volumi del ventricolo sinistro e la FEVS. La cardiotoxicità è stata valutata come variazione del volume telediastolico indicizzato (una misura del rimodellamento cardiaco) e della FEVS.

Dopo 17 cicli di trastuzumab, la variazione del volume telediastolico indicizzato è risultata simile nei tre gruppi di trattamento: $+4 \pm 11$ ml/m² nel gruppo placebo, $+7 \pm 14$ ml/m² nel gruppo trattato con perindopril e $+8 \pm 9$ ml/m² nel gruppo trattato con bisoprololo (P = 0,36).

I due agenti, quindi, non hanno centrato l'obiettivo primario dello studio, che era la prevenzione del rimodellamento ventricolare. Tuttavia, hanno mitigato la riduzione della FEVS correlata al trattamento con trastuzumab.

Il declino della FEVS rispetto al basale, infatti, è risultato meno marcato nelle pazienti trattate con bisoprololo ($-1 \pm 5\%$) rispetto a quelle trattate con perindopril ($-3 \pm 4\%$) o con il placebo ($-5 \pm 5\%$; P = 0,001). Questo effetto, scrivono gli autori, "non sembra essere mediato da effetti favorevoli sulla geometria cardiaca"-

L'analisi multivariata ha mostrato che solo i valori del volume telediastolico indicizzato basale erano predittivi della variazione di tale parametro dopo il trattamento. Tuttavia, nel caso della FEVS, oltre che i valori basali di questo parametro, sono risultati predittivi del suo mantenimento sia l'utilizzo di perindopril (P = 0,016) sia quello di bisoprololo (P < 0,001).

I farmaci testati sono stati ben tollerati e non si sono manifestati eventi avversi gravi o correlati al farmaco durante lo studio.

"Abbiamo dimostrato che il trattamento profilattico con perindopril o bisoprololo impedisce il calo della FEVS mediato da trastuzumab" concludono gli autori. "Di ulteriore rilevanza clinica, queste terapie hanno anche mostrato di prevenire la disfunzione cardiaca correlata

alla terapia antitumorale e le interruzioni ad essa associate nella donne in trattamento con trastuzumab".

Nella discussione, Paterson e i colleghi auspicano che si facciano ora studi più ampi e con un follow-up più lungo per confermare gli effetti cardioprotettivi degli ACE-inibitori e dei betabloccanti in questo gruppo di pazienti. Inoltre, aggiungono, "considerazioni importanti per i prossimi studi futuri comprendono anche l'identificazione della durata ottimale del trattamento e dei sottogruppi di pazienti che hanno più probabilità di beneficiare di terapie di profilassi primaria".

E. Pituskin, et al. Multidisciplinary Approach to Novel Therapies in Cardio-Oncology Research (MANTICORE 101–Breast): A Randomized Trial for the Prevention of Trastuzumab-Associated Cardiotoxicity. *J Clin Oncol.* 2016; doi:10.1200/JCO.2016.68.7830.

Il ricordo

Veronesi e la sfida di inseguire scienza e ragione

A meno di un mese dalla scomparsa di Umberto Veronesi, la Federico II, con il Ceinge-Biotecnologie Avanzate e la Scuola Superiore Europea di Medicina Molecolare, ricorderanno domani (ore 10.30, Aula Coviello di Giurisprudenza, via Porta di Massa) lo scienziato, il maestro e il grande chirurgo oncologo.

Franco Salvatore

Crede che la storia degli uomini che lasciano solchi della loro presenza e delle loro azioni si possa meglio apprezzare e descrivere col tempo che passa, e che fa anche sedimentare le emozioni un po' immediate della scomparsa anche di uomini e donne che hanno lasciato tracce del loro cammino sulle vie del sapere, nonché in quelle del saper essere e del saper fare, come lo è stato per Umberto Veronesi. Con il piccolo e sommessimo orgoglio da parte degli organizzatori di aver saputo essere tra i primi a commemorare l'uomo scomparso, sono sicuro che la storia di Umberto Veronesi può iniziare ad essere scritta anche subito.

E ciò perchè tante sono le testimonianze di atti e di pensieri che la sua fervida mente e le sue azioni hanno prodotto e che non consentono oggi già di parlarne e ricordarne per lo meno alcune che più si affollano e sono rimaste impresse nella attenzione di chi scrive anche sotto la spinta emotiva causata dalla mancata esistenza.

In questa frase che segue, credo che sia racchiuso, a mio modo di vedere e come osservatore un po' privilegiato per averlo conosciuto per diversi decenni ed essere stato insieme a lui in tavoli di programmazione per la ricerca scientifica, e aver fondato insieme anche ad altri illustri studiosi la Scuola Superiore di Medicina Molecolare, - molta parte del suo credo, delle modalità e della tensione umana e civile del suo essere, oltre che di quella verso il sapere e l'opera di Medico.

Nella frase: «Andate avanti, perchè il mondo ha bisogno di scienza e di ragione», è proprio qui che Egli rivela il suo essere laico, ma non nel senso banale di oppositore al convenzionale credo e pratica cattolica, - cosa che non ha mai fatto, era tra l'altro un ottimo amico personale del Cardinale Martini, anch'egli uomo di grande apertura umana e morale -, ma piuttosto nel significato che a laico han-

no dato sia Claudio Magris, che anche Stefano Rodotà. Significato, cioè, di grande valore umano e anche scientifico, cioè quello di «ragionare», di credere nel metodo e nelle acquisizioni scientifiche ragionando e seguendo sempre un metodo che attraverso una logica riesce ad ottenere sequenzialità di concetti fermi, e anche sicuri, rispetto al punto di partenza da cui si è iniziato a percorrere con il pensiero logico e che poi sia coerente nelle varie tappe seguite dall'inizio alla fine.

Un importante concetto che da questa frase anche emana è quello di spronare gli altri, soprattutto i giovani, gli allievi, ma anche i pazienti, i cosiddetti «malati» che egli considerava tutti, per prima cosa come delle «persone» dal completo e complessivo valore come esseri umani prima che come pazienti ammalati, ed ecco perchè questi tutti lo amavano. E lo amavano anche, e tutte, le donne che erano sue pazienti e che avevano avuto modo di incontrarlo e di essere seguite da lui per il suo tratto umano e carisma professionale. Spronava tutti ad andare avanti, non fermarsi mai, era un grande innovatore, un vero Ricercatore con la «R» maiuscola, forse anche un curioso nel senso anglosassone del sapere «curiosity driven», così contribuendo alla conoscenza di qualcosa di nuovo non noto, proprio come fa il vero ricercatore facendo ricerca scientifica e creando nuovo sapere. E poi egli credeva seriamente e non certo per civetteria da scrittore o conferenziere, che oggi, nel divenire dell'antropologia culturale, sono le donne, il genere femminile, ad avere una marcia in più. Diceva in un recente suo scritto: «Credo che il pensiero femminile sia destinato a dominare e prevalere in tutti i settori, da ora in poi» e ancora «una società pacifica e basata sul dialogo è per definizione appannaggio delle donne che sono naturalmente, geneticamente, dalla parte della vita! E sono più brave a scuola, più portate a trovare soluzioni diplomatiche, hanno uno spiccato senso della giustizia, dell'organizzazione e dell'ordine...». E forse, sia pur da maschio, devo ammettere che aveva proprio ragione!

In fondo la frase citata all'inizio è un inno alla ragione ed alla scienza, anche se quest'ultima è poco «curata» nel nostro Paese, basta vedere il PIL in confronto della spesa e dell'investimento in paragone con le altre nazioni occidentali. Sono proprio questi, cioè la ragione e la scienza i due motori essenziali per l'innovazione ed il progresso, e infine anche per la cosiddetta crescita e sviluppo di una comunità nazionale, come quella italiana, purchè sia temperata dalla solidarietà e dall'equilibrio ragionevole dei vari aspetti sociali ed economici della stessa comunità.

Per finire, su questi brevi limitati appunti sui temi e le azioni di Umberto Veronesi, cosa dire di quelli ai confini con la scienza e la medicina e che invadevano molto spesso la bioetica ed il biodiritto. Egli li ha perseguiti per tutta la sua vita con grande tenacia, ma con grande attenzione e rispetto proprio per i diritti fondamentali della persona umana, dalla sua nascita alla sua fine, passando per la tragedia della malattia, proprio, tra l'altro, quella tra le peggiori che egli curava da grande oncologo e che nell'immaginario collettivo dell'italiano medio era come una condanna a morte anzitempo e che egli ha grandemente e ragionevolmente smitizzato, riportando, - col suo ottimismo e la sua serenità -, la presenza del tumore alla speranza e alla fiducia nella cura, oltre che alla lotta attiva dell'ammalato stesso contro la malattia. E in coerenza massima con il suo sapere e la sua ideologia ha chiesto ed ottenuto dai suoi di non perseguire qualsiasi accanimento terapeutico negli ultimi giorni della sua vita, che così serenamente si è spenta.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



LA SENTENZA A CAGLIARI

Fine vita senza dolore La Asl deve tutelarla

CATERINA PASOLINI

È UN diritto rifiutare le cure e andarsene senza soffrire: sedati per non sentire ansia o dolore. E a garantire una fine dignitosa deve essere il Servizio sanitario nazionale. Lo stabilisce una sentenza del tribunale di Cagliari che ha accolto la ri-

chiesta di un malato di Sla — Walter Piludu, ex presidente della provincia — di vedersi interrotto ogni trattamento e morire. Piludu se n'è andato un mese fa, dormendo accanto ai suoi affetti. I medici, dopo averlo sedato, gli hanno staccato il respiratore. Un caso che potrebbe segnare una svolta.

A PAGINA 23

La sentenza. Svolta nella decisione sul ricorso di Walter Piludu, ex presidente della provincia di Cagliari affetto da Sla. Il richiamo del tribunale alla Costituzione

“Morire senza dolore è diritto del malato” il fine vita ordinato dal giudice alla Asl

Per la prima volta autorizzato lo stop alla ventilazione forzata e la sedazione

L'associazione Coscioni: «Finalmente si stabilisce che lo Stato ha il dovere di attuare le richieste»

CATERINA PASOLINI

ROMA. «È un diritto rifiutare le cure e andarsene senza soffrire: sedati per non sentire ansia o dolore». E chi deve garantire una fine dignitosa, «accompagnando e accudendo il malato», è il servizio sanitario nazionale.

La sentenza arriva dal tribunale di Cagliari dove il giudice tutelare Maria Luisa Delitala ha accolto la richiesta di un malato di sla di vedersi interrotto ogni trattamento, nutrizione e ventilazione, e morire. Non solo, ha invitato i medici a sedarlo aprendo, secondo alcuni, alla possibilità di andarsene serenamente dormendo a tutti i malati terminali che rinunciano alle cure, come avviene in Francia.

Lui si chiamava Walter Piludu. Ex presidente Pci della provincia di Cagliari aveva avuto una vita segnata da impegno politico e civile, tra passioni musicali e viaggi, fino a quando la malattia neurologica non lo aveva imprigiona-

to limitandogli gli spazi, non l'animo battagliero.

«Io non ho manie suicide, gli occhi di mia moglie, il sorriso di mia figlia, l'affetto di sorelle e amici mi tengono attaccato alla vita nonostante le asprezze di giornate tra tubi nella pancia per nutrirmi e il respiratore. Il mio corpo è immobile, ho solo lo sguardo per comunicare. Vorrei poter decidere io quando andarmene e morire accanto alle persone che amo, senza emigrare in Svizzera. Perché la vita non può essere una prigionia, c'è un diritto di dignità e di libertà», scriveva l'anno scorso a *Repubblica* col puntatore ottico.

Un diritto riconosciuto da questa sentenza. Piludu è morto un mese fa. Se n'è andato dormendo accanto ai suoi affetti. I medici, dopo averlo sedato, gli hanno staccato la nutrizione, il respiratore. Lo hanno fatto su ordine della giudice Delitala e così non ci sono state accuse di omicidio del consenziente, come accadde dieci

anni fa all'anestesista Riccio che addormentò Welby prima di spegnere il respiratore.

Ma cosa dice la sentenza? «Ha ragione Piludu di pretendere dai sanitari il distacco dei presidi medici compresa la ventilazione assistita», scrive il magistrato. E motiva il suo sì, indicando «l'interruzione del sostegno artificiale previa sedazione», con leggi, costituzione, sentenze. Parlando di salute che non è solo «assenza di malattia, ma benessere psico fisico, che coinvolge la percezione che ciascuno ha di sé, aspetti interiori della vita e la relazione



con altri».

Il giudice accoglie il ricorso perché la Costituzione «tutela il diritto alla salute e anche quello ad autodeterminarsi, a scegliere se fare o meno un trattamento sanitario». Cita il consenso informato «in base al quale si può rinunciare alle cure anche se questo porta alla morte». E aggiunge che «il rifiuto può essere esteso ai trattamenti vitali perché per legge non si possono imporre cure».

Il tribunale ricorda poi come la Cassazione abbia specificato che tutto questo «non è eutanasia, ma la scelta di lasciare che la malattia faccia il suo corso». E alla fine, a mo' di monito, il giudice segnala ai medici la decisione di aprile del Tar lombardo che condanna la Regione per non aver eseguito la sentenza che imponeva di staccare dalle macchine Eluana Englaro, in coma da 17 anni.

«Questa sentenza è una rivoluzione perché ordina alla Asl, dice che è il sistema sanitario nazionale deve rispondere alle richieste che verranno dai malati. E senza bisogno che intervenga un giudice». Marco Cappato dell'associazione Coscioni che ha seguito la storia di Welby e ha accompagnato Piludu nella sua battaglia legale, poi aggiunge: «Ci vorrebbe una circolare del ministero in modo che tutte le Asl si comportino in modo uguale e la possibilità di andarsene sedati sia data a tutti. Altrimenti c'è, come ora, discriminazione tra chi ha conoscenze, soldi per gli avvocati e chi no».

È una sentenza che pesa visto che in questi giorni in Parlamento la commissione sta lavorando ad un testo unico sul testamento biologico. «Sarà una buona legge solo se servirà a garantire la sedazione anche per chi non è attaccato ad una macchina o un respiratore, seguendo il modello francese. Altrimenti è solo un passo indietro», insiste Cappato. «In dieci anni di inerzia parlamentare le sentenze hanno cambiato la situazione. Quattro quelle fondamentali: la sentenza che ha assolto Riccio per la sedazione di Welby, la Cassazione che autorizza a staccare le macchine ad Eluana, il Tar che condanna della regione Lombardia per non averlo fatto. E infine questa che fa un passo avanti: ordina alla Asl di staccare respiratori e terapie prevedendo anche la sedazione».

GRIPRODUZIONE RISERVATA



WELBY

Nel luglio del 2007 l'anestesista Riccio che ha sedato e tolto il respiratore a Welby viene assolto dall'accusa di omicidio del consenziente. Il Gup: «giusto assecondare il malato»

ENGLARO

Nel novembre 2008 la corte di Cassazione stabilisce, su richiesta del padre, che nutrizione e idratazione possono essere legalmente sospese ad Eluana Englaro

ENGLARO BIS

In aprile 2016 il tar lombardo condanna a pagare i danni la Regione Lombardia per non aver eseguito la sentenza che prevedeva di staccare Eluana dalle macchine che la tenevano in vita

Curò cancro senza l'uso di farmaci Verdetto lontano

Il caso

Via al processo alla dottoressa
seguace del metodo Hamer

PROCESSO AL VIA

Curò cancro senza farmaci Tempi lunghi per il verdetto

GIUSTETTO

Serve prudenza:
l'Ordine non ha
poteri investigativi
Aspettiamo l'aula

FEDERICA CRAVERO

IL PROCESSO penale s'inizia mercoledì, il procedimento disciplinare è avviato, ma ci vorranno molti anni prima che si stabiliscano le responsabilità di Germana Durando, il medico accusato di omicidio colposo aggravato per aver seguito con cure ispirate alla medicina hameriana Marina L., una paziente deceduta a 53 anni per un melanoma degenerato con metastasi al cervello. Nel frattempo la dottoressa, specializzata in omeopatia, resta libera di continuare a esercitare la professione. Assistita dall'avvocato Stefano Castrale, Durando sarà convocata dalla commissione disciplinare dell'ordine dei medici di Torino nelle prossime sedute, ma è probabile che il procedimento venga sospeso in attesa dell'esito del dibattimento che inizia mercoledì al tribunale di Torino, primo processo in Italia a un professionista per aver applicato con conseguenze fatali le terapie della "Nuova Medicina Germanica" di Ryke Geerd Hamer, fondate sulla psicoterapia piuttosto che sulle cure tradizionali.

QUESTO significa che, per quanto il processo penale abbia già subito un'accelerata anticipando a dopodomani la prima udienza, inizialmente prevista per il 5 luglio 2017, potrebbero passare diversi anni prima che la sentenza diventi definitiva e che di conseguenza venga presa una decisione anche dell'ordine professionale nei confronti della Durando. «In casi complessi come questo - afferma il presidente dell'Omceo, Guido Giustetto - occorre essere prudenti: la nostra commissione non ha poteri investigativi e aspetteremo che sia il dibattimento a chiarire alcuni aspetti di questa vicenda ed è anche per questo che ci siamo costituiti parte civile».

Secondo l'accusa mossa dal pm Stefano Demontis, che aveva ricevuto una denuncia presentata dal fratello di Marina, Germana Durando suggerì alla paziente di evitare operazioni chirurgiche e chemioterapia sostituendole con rimedi omeopatici e colloqui psicologici. «Scelte terapeutiche scellerate», secondo gli avvocati Marino Careglio e Silvia Ingegneri, che assistono i familiari della vittima. Si dovrà però capire con il processo se la paziente fosse o meno pienamente consapevole della decisione di rifiutare le cure tradizionali contro il melanoma.

Tuttavia anche la sentenza

della magistratura ordinaria non metterà la parola fine all'iter della commissione disciplinare. È previsto infatti che, nel caso di una sanzione, il medico possa fare appello alla Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie (Cceps) ed eventualmente presentare ricorso ancora in Cassazione. Ed è per questo che negli uffici di corso Francia 8 ci sono fascicoli fermi da anni, in attesa di sciogliere la riserva sulle posizioni controverse di alcuni medici. «Noi non abbiamo molta autonomia - continua Giustetto - e possiamo adottare una sospensione cautelare del collega solo quando sia stata disposta nei suoi confronti dalla magistratura una misura restrittiva, come l'arresto ovviamente, ma anche solo il blocco dei conti correnti. Naturalmente, però, il collega può anche accelerare il procedimento che lo riguarda rinunciando alla pregiudiziale penale, che è un diritto ma non un obbligo, e quindi può chiedere di essere esaminato dalla nostra commissione disciplinare prima della decisione del giudice».

GRIPRODUZIONE RISERVATA



Dir. Resp.: Luciano Fontana

INCHIESTA I DIMENTICATI

Ilva, i fantasmi di Tamburi

di Goffredo Buccini

Antonio Cavallo, 63 anni, una vita nel rione di Taranto, case basse su cui incombono le ciminiere dell'Ilva: «Giocavo a calcio a Tamburi, da allora 40 amici sono morti. Ci hanno lasciati da soli».

a pagina 25

L'INCHIESTA I DIMENTICATI

Io e i fantasmi del campetto

Antonio Cavallo, 63 anni, una vita nel rione di Taranto a ridosso dell'Ilva
«Giocavo a calcio a Tamburi, da allora 40 amici sono morti. Lasciati da soli»

Le chiese

«Gli abitanti sono dimezzati. Solo le chiese sono sempre affollate, per i funerali»

dal nostro inviato a Taranto
Goffredo Buccini

ATamburi i dimenticati non dimenticano. Anche perché uno di loro s'è preso il fardello d'incarnare la storia di questo rione, cerniera tra il resto di Taranto e l'Ilva; di queste case basse su cui incombono le ciminiere; di queste lapidi del cimitero, rosa, caso unico al mondo, come rosa di polvere è quasi tutto qua attorno, «rosa acciaieria, pure la morte è rosa».

Antonio Cavallo è un omo-
ne di 63 anni, lo chiamano
Ciccio da quando, ragazzo,
giocava centravanti di sfonda-
mento in una delle 37 squad-
re amatoriali di qui: ora di
squadra ne è rimasta solo
una. «Gli abitanti sono di-
mezzati dai quarantamila che
erano. Scappati o morti. Tutti
se ne sono fregati di noi, e
prima di tutti i consiglieri comu-
nali che eleggevamo. Ma io mi
ricordo». Da anni raccoglie
foto, filmati, giornali, necro-
logi. Gli amici, al MiniBar di
piazza Gesù Divin Lavoratore,

lo guardano con rispetto:
«Ciccio è un vocabolario che
parla».

Ciccio è fluviale, e parla
tanto, sì, ma con voce roca,
forse per le famigerate polveri
(«non posso accusare nessu-
no, dicono che è stato uno
sbalzo termico tanto tempo
fa, però ci credo poco»). Ri-
assume in sé la caduta verticale
di un rione dove tra gli anni
Settanta e Ottanta gli operai si
sognarono classe media e in
cambio rinunciarono alla sa-
lute. Collaudatore di tubificio,
non lo assunsero all'acciaieria
allora Italsider: scartato alla
visita medica («non avevo la
chiamata», dice, intendendo
la raccomandazione). Poi pic-
colo bottegaio nell'emporio
ereditato dal padre. Ora pen-
sionato a 501 euro al mese, il
minimo, sfruttando l'inden-
nizzo Inps per i commercianti
in crisi che riconsegnano la li-
cenza. «Ho chiuso un anno fa,
le tasse erano più alte dei gua-
dagni, una rovina. Tamburi
s'è impoverito. Lo Stato ti co-
stringe a cambiare un regi-
stratore fiscale ogni tre anni e
le nonnine di qui ti dicono "ti
pago quando mi pagano la
pensione". Così ho lasciato
prima. Vivo con mia sorella,
che ha settant'anni e una pen-
sione sua, meno male che c'è
lei». Da allora tocca sopravvi-
vere, la pensione piena è un
obiettivo lontano e le serran-
de del negozio di famiglia so-

no malinconicamente abbas-
sate su via Leopardi. Ciccio è
nato poche strade più in là, in
via Machiavelli («sulla targa
c'era Macchiavelli con due "c",
pensa come stavamo messi al
Comune»).

Mentre parliamo passa il
funerale di un pensionato del-
la fabbrica, banda e paramenti
neri marciano lenti verso la
chiesa col suo mosaico del Ge-
sù lavoratore in mezzo alle ci-
miniere. «A Tamburi abbiamo
tre chiese, e ormai paiono pa-
netterie per quanto sono pie-
ne, infornano malati di tumo-
re e sfornano morti». Una di-
menticanza gli è rimasta in
gola: «Il ministro Clini disse
che il quartiere è nato dopo la
fabbrica. Macché! Qui, prima
dell'acciaieria, venivano a cu-
rarsi tbc e pertosse, Mussolini
mandò il fratello Arnaldo a
inaugurare l'istituto Testa: i
malati aprivano la finestra e
dalla collina respiravano il
mare. C'erano gli alberi, qui, e
le vie avevano i nomi dei fiori,
prima. Ricordo bene l'inaugu-
razione della fabbrica: 9 lu-



glio 1960. C'era il ministro Colombo, avevo sette anni e la fame era tanta. Quelli davano panini gratis. Tornai a casa alle tre di notte. Mia madre mi caricò di mazzate e mi disse: 'sta data non te la scordi più. Teneva ragione».

Da ragazzo girava il mondo, collaudando tubi d'acciaieria. «I francesi mettevano lepri, corvi e tulipani vicino alle fabbriche e dicevano: finché sono vivi, possiamo starci pure noi. Noi qua mettiamo i cristiani al posto delle lepri». Il lavoro da collaudatore era salutare, zero contributi, ma gli risparmiava l'area a caldo, il vero inferno. A Tamburi, però, se le analisi epidemiologiche non mentono, non fa gran differenza stare dentro o fuori. L'inferno, per decenni, è stato il rione intero, le sue inalazioni letali. Ora sui giornali s'incrociano i 50 milioni per la sanità di Taranto evaporati dalla legge di bilancio e il miliardo e trecento milioni annunciato da Renzi, quattrini dei Riva, i padroni «del Nord» sotto processo che qui non sono molto popolari (sui muri i «Riva Boia» non si direbbero graffiti contro il bomber del Cagliari anni Settanta). «Renzi lo sapeva, ha fatto scaricare il nervosismo e il giorno dopo s'è preso i meriti con questo colpo di scena»,

ipotizza Ciccio: «Ma io sono agnostico, mai votato, manco stavolta al referendum, ho stracciato tutto, ce l'ho coi politici da tanto prima di Renzi». Un ragazzo passa, saluta rispettoso. La voce di Ciccio è un filo: «Poverino, gli è morto il fratello di tumore: trent'anni, lavorava dal benzinaio qua vicino. Tutti i giorni è sempre 'sta storia. Ci hanno tolto pure la Tac dal quartiere, mo' per farla o paghi o aspetti un secolo. Ma manco ci serviva: la gente si fa la doccia, sente una pallina sulla pelle e sa già che è un linfonodo. La doccia è la nostra Tac».

Per anni Ciccio e i suoi compagni hanno giocato a pallone nel vecchio campo di Tamburi, accanto ai parchi minerari della fabbrica. Erano operai e calciatori. Correvano e respiravano veleno, lo narra un bel libro di questi giorni, «Ilva Football Club» di Fulvio Colucci e Lorenzo D'Alò. Ciccio enumera tre o quattro formazioni di amici morti: «La Carbonara, Ripiano, De Gennaro... ne ho persi una quarantina». Come capita ai salvati, vive in colpa verso i sommersi. Quando è troppo, e tutta questa memoria diventa un peso, se ne va nel cimitero rosa, «a fare due passi». E s'immagina ancora una partita.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Chi è

● Antonio Cavallo, 63 anni, detto «Ciccio» (foto) ha sempre vissuto a Taranto, vicino all'Ilva. Faceva il collaudatore di tubi poi è diventato bottegaio, ora è pensionato

● Da anni raccoglie foto, filmati, giornali, documenti e necrologi: «I politici, tutti, di noi se ne sono sempre fregati»



La parola

TAMBURI

Il nome deriva da «tamburo», il recipiente per la raccolta delle acque provenienti da un cunicolo sulla collinetta «Le Fornaci», nell'antico Acquedotto del Triglio. È anche una circoscrizione di Taranto con 17.644 abitanti



WELFARE

Un sistema misto per l'assistenza

di **Bianca Lucia Mazzei**

Trasformare l'indennità di accompagnamento - che spetta a chi, per motivi fisici o mentali, non è in grado di camminare autonomamente o non riesce a compiere i normali atti della vita quotidiana - in una "dote" da utilizzare per ottenere ciò di cui si ha bisogno. Con l'obiettivo di aumentare e migliorare le prestazioni a favore dei soggetti più deboli.

È la proposta elaborata dalla Fondazione Easy Care, un organismo nato nel 2007 per promuovere moderni sistemi di welfare. Da giugno 2009 la Fondazione ha sviluppato il modello Prontoserenità, un'iniziativa partita a Milano e oggi presente in 16 regioni che realizza, attraverso uno o più network di soggetti erogatori, una rete di servizi volti a soddisfare profili assistenziali diversificati. La proposta verrà illustrata in un'audizione al Senato.

«L'indennità di accompagnamento nacque per dare un sostegno economico alle disabilità gravi a partire dalla cecità - spiega Fabio Diana, direttore della Fondazione Easy Care -. Nel tempo si è però, via via, imposta come uno strumento centralizzato e scollegato da ogni altra forma prestazionale, molto ampio, ma poco equo e inefficace».

La proposta, basata sulla collaborazione pubblico-privato, punta a rendere l'indennità di accompagnamento una "dote" che permette di ottenere i servizi di cui il soggetto ha bisogno. Il primo passo resterebbe l'accertamento e l'individuazione delle esigenze da parte dell'apparato pubblico. Dopodiché, però, non si passerebbe all'attribuzione diretta dell'assegno di mantenimento, ma un professionista, denominato Care manager, accreditato dalle strutture pubbliche, andrebbe a individuare i servizi che, caso per caso, meglio rispondono alle esigenze specifiche. Questi servizi verrebbero poi forniti da provider accreditati fra cui il soggetto interessato potrebbe liberamente scegliere.

«Il Care manager dovrebbe instaurare un rapporto fiduciario con le persone e funzionare quindi da tutor assistenziale - aggiunge Diana -. Questo sistema permetterebbe inoltre di garantire maggiori servizi, grazie alle economie di scala, e di adeguarli ai bisogni dell'individuo e alla loro variazione nel tempo. Se in alcuni periodi la dote non venisse del tutto utilizzata, potrebbe essere accantonata per far fronte a momenti più difficili».

Questo nuovo sistema, secondo la proposta elaborata dalla Fondazione Easy Care, non andrebbe a sostituire i casi di accompagnamento "puro", ossia quelli in cui «vengono realizzati gli obiettivi per cui la legge è nata sottolinea Diana -, e cioè consentire alle persone con disabilità di attuare un progetto di vita indipendente, ma riguarderebbe tutte le situazioni in cui questo non succede».

Un sistema articolato in cui al pubblico spetta un compito di controllo e monitoraggio stringente, volto a verificare se i servizi erogati rispondono ai bisogni del soggetto in difficoltà in maniera completa, economica ed efficiente.

«Sarebbe opportuno - conclude Diana - tener conto del reddito e uniformare a livello nazionale i criteri di definizione della non autosufficienza».

La spesa privata

Il budget sanitario, socio-sanitario e assistenziale gestito dalle famiglie. **In miliardi di euro**

Tipologia di spesa/costo	Importo
Spesa sanitaria non intermediata, al netto di quella intermediata da fondi, mutue e assicurazioni	27
Spesa per assistenza familiare/badanti	9
Spesa compartecipazione servizi sociali	4,2
Mancato reddito caregiver (autoproduzione)	4,1
Agevolazioni fiscali	n.d.
Trasferimenti assistenziali informali da famiglia a famiglia	9,1
Totale	53,3

Fonte: Elaboraz. tratta da "La dote e la rete" a cura di Fondazione Easy Care

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Dir. Resp.: Andrea Cangini

IL TREND

**Dai braccialetti
alla teleassistenza
Così la spesa scende**

■ ROMA

IN ITALIA la spesa sanitaria privata è salita nel 2015 a 34,5 miliardi con un aumento, ci dice il Censis, del 3,2% rispetto al 2013. Ma, appunto, la sanità privata costa. Ecco perché, ben prima che in Italia, le assicurazioni di una serie di paesi occidentali hanno cominciato a sperimentare polizze sulla salute digitale che permettono risparmi consistenti. Nel solo mercato Usa, gli investimenti in materia arrivano a quota 1,9 miliardi di dollari. Dispositivi come i braccialetti *activity tracker* (monitorano attività fisiche, dieta e sonno) supportati da app per *smartphone*, rappresentano piattaforme potenti per profilare lo stile di vita degli individui. Un'azienda americana regala ai propri assicurati un braccialetto contapassi collegato al piano di assicurazione e all'app dedicata. Ogni giorno l'app presenta al cliente un obiettivo personalizzato al raggiungimento del quale gli viene accreditato un dollaro. Alla fine del mese l'assicurazione regala ai suoi clienti più disciplinati un buono da 20 dollari da spendere in *shopping on line*.

IN GERMANIA un gruppo assicurativo ha lanciato un programma digitale per i clienti che sottoscrivono una «copertura temporanea caso morte» o di «invalidità professionale». Il sistema è semplice: l'assicurato che si iscrive al programma se è virtuoso (smette di fumare, si sottopone a controlli medici, fa una bella pedalata in bici) viene premiato. A seconda dello stile di vita può risparmiare l'11% sulla polizza vita e il 16% su quella per l'invalidità professionale. Gli sconti sono estesi a farmaci, abbonamenti in palestra, acquisto di cibi sani. Una compagnia francese ha invece progettato un servizio di teleassistenza mobile mediante connessione con orologio da polso. Questo dispositivo, dotato di sim e app dedicata, permette, grazie a un pulsante, di richiedere aiuto in caso di necessità.

o. p.



Redazione | Pubblicità | Contatti

quotidianosanita.it

Governo e Parlamento

 Quotidiano on line
 di informazione sanitaria
 04 DICEMBRE 2016

Home | Cronache | Governo e Parlamento | Regioni e Asl | Lavoro e Professioni | Scienza e Farmaci | Studi e Analisi | Archivio

Cerca

segui quotidianosanita.it


[Tweet](#) stampa

La settimana in Parlamento. Audizione Lorenzin sui nuovi Lea. Legge Bilancio approda in Senato

La Ministra della Salute sarà in audizione presso la commissione Affari sociali. Attesa per lunedì al Senato la capigruppo che dovrà calendarizzare i lavori per la Legge di Bilancio e sulla Responsabilità professionale.



04 DIC - La **Camera** riprende i lavori martedì 6 dicembre (ore 10) avrà luogo la discussione generale delle mozioni 1-744 e 1-1296 concernenti iniziative per promuovere una corretta alimentazione, in particolare al fine di prevenire l'obesità infantile; 1-01375 concernente iniziative di competenza in relazione alle stragi naziste del 1943-1945, con particolare riferimento all'esecuzione in Germania delle sentenze di condanna emesse dai tribunali italiani. Saranno poi numerosi i ddl di ratifica di accordi internazionali

Mercoledì 7 dicembre alle ore 15, avranno luogo interrogazioni a risposta immediata (question time) con trasmissione in diretta televisiva.

La **Commissione Affari sociali** svolgerà, nel corso della settimana, il seguito dell'audizione della Ministra della salute, **Beatrice Lorenzin**, sull'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza. In sede di atti del Governo, proseguirà dunque l'esame dello Schema di decreto del Presidente del Consiglio dei ministri recante definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Atto n. 358).

In sede consultiva, per il parere alla VIII Commissione (Ambiente), esaminerà il disegno di legge di conversione del decreto legge n. 189 del 2016: Interventi urgenti in favore delle popolazioni colpite dal sisma del 24 agosto 2016 (C. 4158).

Si riunirà, infine, il Comitato ristretto nominato per l'esame delle proposte di legge recanti Norme in materia di consenso informato e di dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari (C. 1142).

L'Assemblea del **Senato** torna a riunirsi martedì 6 dicembre, per comunicazioni del Presidente sul nuovo calendario dei lavori, che verrà fissato dalla Conferenza dei Capigruppo lo stesso giorno alle ore 13. Molta è l'attesa sia per lo sbarco in commissione Bilancio a

Palazzo Madama della Legge di Bilancio, approvata dalla Camera, sia per la calendarizzazione del Ddl sulla Responsabilità professionale.

In **Commissione Igiene e Sanità** proseguono le audizioni sui Lea.

04 dicembre 2016

© Riproduzione riservata

Altri articoli in Governo e Parlamento



Manovra. Gelli (Pd) su rinnovo contratti dirigenti: "Si attinga da fondi regionali"



Referendum. Gelli (PD): "Ecco perché il Sì è un'occasione irripetibile per migliorare il Paese e la sanità italiana"



Referendum. D'Ambrosio Lettieri (CoR): "A rischio integrazione sistema farmacia nel patto di solidarietà sociale"



Responsabilità professionale. Dal Forum Risk di la difesa del Ddl. Parlano De Biasi, Gelli e Bianco: "Non è sbilanciato su operatori sanitari"



Mandelli replica a Gelli: "Se le Regioni sono il diavolo, perché fare i presidenti commissari?"



Nuovi Lea. "Ormai bisognerà aspettare l'anno prossimo. Si è perso troppo tempo e gli 800 milioni del 2016 sono andati persi". Intervista a Nerina Dirindin

[ISCRIVITI ALLA NOSTRA NEWS LETTER](#)

Ogni giorno sulla tua mail tutte le notizie di Quotidiano Sanità.



La legge di Bilancio passa alla Camera. Le misure per la sanità

tutti gli speciali

iPiùLetti (ultimi 7 giorni)

- 1 I medici che la notte...
- 2 Dal 1 dicembre in farmacia il primo "auto test" per l'HIV. Iardino: "Il nostro obiettivo è fare emergere il sommerso e fare prevenzione"
- 3 Medici in fuga dall'Italia. E il Servizio sanitario nazionale rischia di restare senza 7.280 ospedalieri. Il dossier e le proposte dell'Anaa
- 4 Contratto PA. Governo e Sindacati firmano intesa: aumento medio di 85 euro. **IL TESTO**
- 5 Cervello. In quello dei bambini la musica è un "ponte" tra i due emisferi
- 6 Tra cronicità e sostenibilità. Ecco come deve cambiare la sanità. Per rispondere ai nuovi bisogni di assistenza di una popolazione sempre più anziana e affetta dalle multi-patologie
- 7 *Speciale Forum Risk management.*

La meningite fa paura, corsa al vaccino Raddoppiate le richieste in Lombardia

Prenotano soprattutto i giovani tra 14 e 25 anni. A Roma lo fanno intere famiglie

ROMA Da un eccesso all'altro. Da vaccinazione trascurata al boom di richieste. Dopo la morte delle due studentesse milanesi e le ripetute piccole epidemie in Toscana, sull'onda dell'emotività gli italiani si mettono in coda per difendersi dalla meningite. Le prenotazioni riguardano per la maggior parte adolescenti e giovani adulti, tra 14 e 25 anni, ma ci sono anche i più grandi.

Una popolazione rimasta fino a questo momento indifferente al rischio di un'infezione che colpisce di rado ma con conseguenze mortali e danni gravi. Molte Asl non erano preparate al grande impatto. Anche per la scarsità di dosi, in attesa di potenziare le scorte, hanno dovuto programmare appuntamenti al 2017. Centrato in pochi mesi il risultato cercato per anni attraverso campagne di sensibilizzazione partite quando sono entrati in commercio l'antimeningococco C e B, il più recente. Due germi che si annidano in modo benigno nella gola di portatori sani e sporadicamente contagiano chi ha con loro contatti ravvicinati. Ecco come mai adolescenti e giovani che si ritrovano insieme per studio o svago sono i più esposti.

L'aumento della domanda di profilassi oscilla tra 10 e 80%. La stima è preliminare, svolta a campione in alcune Regioni. Migliaia le telefonate alle aziende sanitarie milanesi che danno la precedenza nell'agenda di appuntamenti alla fascia 0-18 anni. «Siamo al doppio delle richieste — afferma Maria Gramegna, direttore prevenzione della Regione Lombardia —. Stiamo decidendo le modalità di offerta».

In Toscana dall'inizio della campagna vaccinale, nell'aprile 2015, sono stati già protetti in circa 800 mila, aggiorna l'assessore alla Sanità Stefania Saccardi. La gratuità è stata protratta fino all'aprile 2017. Comprati in farmacia, i due vaccini costano anche 400 euro. «La spesa è stata superata in ogni Usl rispetto alle attese — dice Francesca Russo, responsabile prevenzione del Veneto —. Noi siamo già avanti anche con la campagna per raccomandare il meningococco B». Le percentuali sono condizionate dalla strategia sanitaria delle singole amministrazioni. Dove l'antimeningite C, da solo o in combinazione, veniva proposta senza ticket, come in Liguria, l'aumento è stato meno significativo. «Si partiva da una solida

base di immunizzati. La domanda è concentrata a Chiavari e La Spezia, la curva si va abbassando», spiega Giancarlo Icardi, coordinatore della commissione vaccini ligure.

Mobilitazione anche a Reggio Calabria col più 25% calcolato da Sandro Giuffrida, direttore igiene pubblica della Asl. A Roma, in uno dei servizi di prevenzione più vivaci della città, registrata un'affluenza superiore del 40% rispetto allo scorso anno. «Genitori che portano i figli e si fanno vaccinare tutti insieme — racconta Roberto Ieraci, responsabile del centro al quartiere Prati —. Speriamo che il fenomeno non si spenga con il ritorno alla normalità. Sono venuti giovani che non avevano mai fatto una dose di niente».

Nelle Marche Massimo Agostini, dipartimento igiene pubblica, fa il punto: «Ora si preoccupano solo della meningite. Ma la guardia dovrebbe restare altissima anche per poliomielite e morbillo». Per il presidente uscente della società di igiene e prevenzione, Carlo Signorelli «l'immagine dei vaccini è stata rivalutata. Era scaduta inespugnabilmente agli occhi della gente. Non dobbiamo perdere terreno».

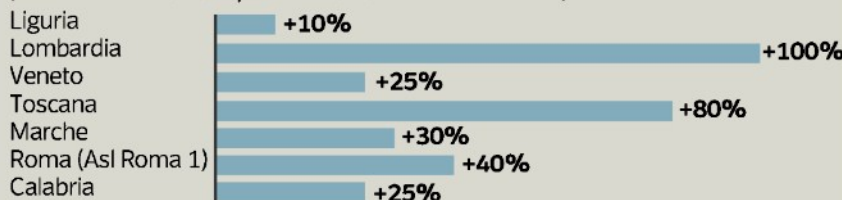
Margherita De Bac
mdebac@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I dati

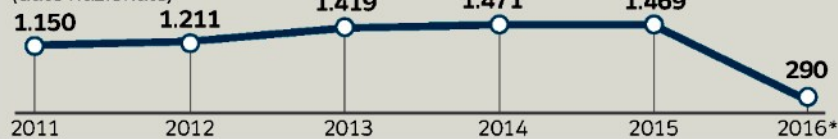
Le richieste di vaccinazioni antimeningite

(aumento nel 2016 rispetto al 2015 - bambini e adulti)



I casi di malattie batteriche infettive

(dato nazionale)



Fonte: elaborazione Corriere della Sera su dati forniti dagli enti locali. I.S.S.

Corriere della Sera

I numeri

● Per il Centro nazionale di epidemiologia dal 2015 al 24 novembre 2016 in Toscana sono stati notificati 57 casi di meningite da meningococco C (31 nel 2015, 26 nel 2016), responsabili di 12 decessi (6 nel 2015, 6 nel 2016)

