



RASSEGNA STAMPA

10-03-2017

1. QUOTIDIANO SANITÀ Trapianti, 50% dei pazienti a rischio tumore. Il progetto Giotto
2. REPUBBLICA SALUTE Contro il cancro meglio muoversi, siglata intesa tra oncologi e Coni
3. MESSAGGERO Coni, sì a "Insieme contro il Cancro" 16
4. ANSA Troppo presto per uso aspirina per la prevenzione primaria di cuore e tumori
5. HEALTH DESK Aspirina, un "asso" prevenzione di malattie cardiovascolari e (forse) dei tumori
6. ABOUTPHARMA Pazienti oncologici e internet: un portale per orientarli
7. PHARMASTAR Nasce MY DAY, un portale dedicato al paziente oncologico
8. HEALTH DESK Metropoli italiane a rischio salute
9. ABOUTPHARMA I medici di famiglia all'Aifa: più coinvolti nella prescrizione di innovativi
10. SANITÀ24 SOLE24ORE Farmaci innovativi, mozione Comitato nazionale bioetica per accesso equo
11. QUOTIDIANO SANITÀ Fimmg ad Aifa: "Più ruolo ai mmg "
12. QUOTIDIANO SANITÀ Farmaci innovativi. Il Comitato nazionale per la bioetica: "Ridurre i prezzi per garantire l'accesso a tutti. A partire dall'epatite C e dal cancro"
13. QUOTIDIANO SANITÀ Sfida al dolore. L'associazione Hope lancia il numero verde per i cittadini
14. ASKA NEWS Terapia del dolore, il NienteMale Roadshow arriva ad Asti
15. QUOTIDIANO SANITÀ Quando la dieta diventa un killer
16. SECOLO XIX Malati terminali, oblio sulla legge per andarsene senza soffrire - Morire senza dolore
17. AVVENIRE Legge sul fine vita: accanto al paziente ma senza ambiguità
18. CORRIERE DELLA SERA L'indifferenza fa più danni del conservatorismo
19. LIBERO QUOTIDIANO Agenzia del farmaco senza capo Un favorito c'è, ma è inleggibile
20. SANITÀ24 SOLE24ORE Farmaci/Remuzzi, Vella, Gaudio: ecco la terna per la presidenza Aifa
21. LIBEROQUOTIDIANO.IT "Presenza femminile fondamentale nel mondo del farmaco del Duemila"
22. REPUBBLICA L'operaio licenziato dopo il trapianto sarà riassunto
23. QUOTIDIANO SANITÀ Mobilità sanitaria interregionale. Nel 2015 una spesa di oltre 4,100 miliardi per curarsi fuori regione. Ecco chi ci guadagna e chi ci rimette
24. REPUBBLICA MILANO Polo tecnologico di oncologia dove ci sarà la Città della salute - Chiusa la prima fase della maxi bonifica sulla Città della salute resta l'incognita lavori

Giovedì 09 MARZO 2017

Trapianti, 50% dei pazienti a rischio tumore. Il progetto Giotto per studiare i rimedi

Tra i pazienti che hanno subito un trapianto di organo solido il rischio di ammalarsi di tumore è del 50%. Altre patologie, stili di vita scorretti e i farmaci antirigetto sono tra i principali responsabili. Per mettere a punto strategie preventive, diagnostiche e terapeutiche è nato il progetto Giotto. Ecco i primi risultati.

Sottoporsi ad un trapianto di organo può salvare la vita, ma può anche aumentare il rischio di tumore. Un recente studio condotto su un centinaio di trapiantati ha dimostrato che in circa il 50% dei casi, nell'arco di 10 anni, si è manifestato un tumore, con una prevalenza di carcinomi cutanei, con una frequenza di 6 su 10.

I soggetti più vulnerabili sono i pazienti con immunodepressione iatrogena e il rischio riguarda soprattutto i tumori indotti da virus cancerogeni: sarcoma di Kaposi (HHV8), linfomi (EBV), carcinomi anogenitali (HPV) ed epatocarcinoma (HBV/HCV). Lo spettro comprende anche neoplasie con eziologia virale controversa, come i carcinomi cutanei. Per questi ultimi, in particolare, il rischio stimato è di 60-70 volte superiore a quello della popolazione generale, dello stesso sesso e fascia di età.

Farmaci immunosoppressori: rischi e benefici

Nel corso del tempo, la disponibilità di farmaci immunosoppressori sempre più potenti ha migliorato le aspettative di vita dei trapiantati d'organo solido.

Nonostante ciò, lo sviluppo delle neoplasie rimane un problema sostanziale per una serie di fattori concomitanti. Innanzitutto la persistenza di una immunodepressione cronica, poi l'invecchiamento fisiologico dei pazienti, la presenza di infezioni con virus cancerogeni e gli stili di vita dei pazienti scorretti, come fumo di sigaretta o uso di alcool. A tutto ciò si aggiunge pure l'azione cancerogena diretta di alcune classi di farmaci immunosoppressori, come gli inibitori della calcineurina, ciclosporina e tacrolimus, e fra gli antiproliferativi, l'azatioprina. Ne scaturisce che le neoplasie che insorgono nei pazienti immunodepressi sono caratterizzate da un'elevata aggressività neoplastica e da una prognosi infausta.

L'ambulatorio per i trapiantati

Nel corso del 2013 è stato attivato presso l'Istituto Nazionale dei Tumori di Aviano un ambulatorio dedicato ai pazienti sottoposti a trapianto di organo solido, a cui afferiscono trapiantati di cuore, fegato e rene regionali ed extraregionali. Il modello organizzativo è simile a quello attivato per l'HIV-AIDS e si avvale della collaborazione degli altri Dipartimenti dell'area clinica e pre-clinica dell'Istituto. In particolare vengono studiati, oltre agli aspetti clinici e terapeutici, anche gli aspetti immunologici e virologici di questi pazienti. La responsabile di questo ambulatorio nell'ambito della Struttura Operativa Semplice di Malattie Infettive del Dipartimento di Oncologia Medica, è la dr.ssa Emanuela Vaccher, e già diverse centinaia di pazienti sono stati valutati e trattati presso questo ambulatorio e nel reparto.

Trapianti e tumori: i risultati dello studio

I risultati preliminari dello studio verranno presentati nel corso del prossimo meeting Giotto che si svolgerà a Bologna, domani, 10 marzo 2017. L'analisi preliminare è stata focalizzata su 108 pazienti con un periodo di osservazione di almeno un anno. Tra questi il 77% ha subito un trapianto di rene (KTRs) e il 23% di cuore/fegato (H/LTRs). In entrambi i gruppi la durata media dell'immunodepressione è stata di 10 anni i. Globalmente, la prevalenza del cancro è risultata del 52%, 46% nei KTRs e 74% negli H/LTRs, compresi 36% e 29% diagnosticati nel corso di un solo anno di sorveglianza. I carcinomi cutanei sono risultati i tumori più frequenti (65%), seguiti dagli altri tumori solidi (34%) e dalla Patologia Linfoproliferativa Post-Trapianto, nota come Ptld, (1%).

I numeri del trapianto di organo solido

Si tratta di una procedura medica consolidata nella terapia della malattia terminale d'organo. Nel corso del 2010 sono stati eseguiti oltre 105 mila trapianti in tutto il mondo, nella maggior parte dei casi si tratta di trapianti di rene (58%), seguiti dai trapianti di fegato (22%), di cuore (10%) e di polmone (4%). In Italia nel periodo 2000-2011 sono stati eseguiti 34.720 trapianti, di cui 54% di rene, 33% di fegato, 11% di cuore e 2% di polmone.

La disponibilità di farmaci antirigetto sempre più efficaci ha ridotto in modo significativo il tasso del rigetto acuto e cronico, con un netto miglioramento della sopravvivenza dell'organo trapiantato ad un anno, che attualmente è stimata fra l'80-90% contro il 40-50% dei primi anni settanta. I dati italiani sono sovrapponibili a quelli internazionali, con una sopravvivenza dell'organo ad un anno compresa fra il 92% e l'82%, una sopravvivenza del paziente ad 1 e 5 anni rispettivamente del 97-65% e 92-46%, con la prognosi migliore nei pazienti sottoposti a trapianto di rene e la più infausta nei trapiantati di polmone.

Che cos'è Giotto

È un progetto che ha lo scopo di mettere in atto studi multicentrici e prospettici sulle migliori strategie preventive, diagnostiche e terapeutiche. I coordinatori di Giotto sono i professori Umberto Tirelli, oncologo medico ad Aviano e Antonio Pinna, chirurgo trapiantologo a Bologna, e segretari scientifici sono i dottori Emanuela Vaccher, oncologo medico ad Aviano, Marcello Tavio, infettivologo ad Ancona, e Paolo Di Sandro, chirurgo trapiantologo al Niguarda di Milano. Le strategie diagnostiche e terapeutiche che verranno messe in atto sono state riportate il 9-10 giugno 2016 quando a Padova il gruppo si è riunito per fare il punto sui lavori in atto, sotto la conduzione della prof. Anita De Rossi, Professoressa di Virologia dell'Università di Padova.

www.la.repubblica.it/

Contro il cancro meglio muoversi, siglata intesa tra oncologi e Coni

Diversi studi hanno dimostrato l'influenza positiva che l'attività fisica può avere su alcuni dei tumori più frequenti. Ma sono ancora troppi gli italiani che non praticano nessuna attività sportiva. Oggi a Roma firmata un'intesa tra la Fondazione 'Insieme contro il Cancro' e il Coni oer sensibilizzare i cittadini sull'importanza del movimento

di IRMA D'ARIA



Riduce del 12% il rischio di sviluppare il [cancro al seno](#), del 44% al [colon retto](#) e del 55% al [polmone](#). Non è una nuova terapia, ma l'attività fisica i cui benefici per alcune delle neoplasie più frequenti sono state dimostrate da diversi studi. Il 20% dei tumori, infatti, è causato dalla sedentarietà e proprio in Italia le persone che non praticano nessuno sport rappresentano il 39,2% della popolazione, pari a circa 23 milioni di persone. Una vera e propria epidemia di sedentarietà, con conseguenze rilevanti visto che il 35,3% della popolazione è in sovrappeso e il 9,8% obeso. Inoltre, la sedentarietà rappresenta uno dei principali fattori di rischio dei tumori. Un trend da invertire al più presto. Ecco perchè oggi la [Fondazione "Insieme contro il Cancro"](#) e il [Coni](#) hanno siglato a Roma un protocollo d'intesa (biennale) per promuovere campagne di sensibilizzazione sugli stili di vita sani (no al fumo, attività fisica costante e

dieta corretta).

Attività fisica come un farmaco. Nel 2016 in Italia sono stati stimati 365.800 nuovi casi di cancro e le persone vive dopo la diagnosi superano i 3 milioni. Ma si stima che complessivamente ogni anno più di 73mila casi di tumore potrebbero essere evitati grazie al movimento, con conseguenze importanti anche in termini di risparmi. Le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità consigliano circa 150 minuti a settimana, cioè due ore e mezza, di attività fisica aerobica, come camminare, correre, andare in bicicletta, a un ritmo moderato-intenso. "Il cancro è una malattia con una fortissima incidenza, le cure hanno aumentato di tanto la sopravvivenza ma il cancro è comunque un problema sociale perchè riguarda più di tre milioni di persone. Ecco perchè è importante potenziare la prevenzione primaria, agire cioè sulle cause che provocano questa malattia come il fumo di sigaretta, l'inquinamento e appunto la sedentarietà" ha dichiarato **Francesco Cognetti**, presidente di 'Insieme contro il Cancro'. "Per fortuna sono tutte cause evitabili. Attraverso questa intesa, abbiamo deciso di usare lo sport come strumento di prevenzione forte perchè è un'attività molto influente in Italia anche tra i ragazzi che vedono l'allenatore come un modello da seguire. Oggi scienza e sport uniscono le forze in un'alleanza strategica" ha proseguito **Cognetti**. "Il movimento fisico esercita effetti preventivi e terapeutici e può essere [paragonato a un farmaco](#) che, opportunamente somministrato, previene gravi malattie come i tumori e ne impedisce lo sviluppo, garantendo considerevoli vantaggi sia ai cittadini che al sistema sanitario. Questa intesa rafforza ancora di più la nostra collaborazione. Stiamo mettendo in cantiere una serie di iniziative che ci aiuteranno a fare prevenzione in modo attivo tra cui un libro che raccoglie le testimonianze di alcuni personaggi importanti di vari settori e che uscirà nei prossimi mesi".

Le ricerche. Le ultime conferme sul ruolo dello [sport nella prevenzione oncologica](#) vengono dalla pubblicazione di due lavori sulla prestigiosa rivista scientifica Jama. Il primo è un'indagine epidemiologica condotta su circa un milione e mezzo di cittadini negli Usa e nel Nord-Europa che stabilisce una forte correlazione tra attività fisica e riduzione della mortalità per [13 forme diverse di tumore](#): con un calo stimato tra il 10 e il 42%. A questo si aggiungono i risultati di un'altra indagine che ha scoperto una riduzione del 37% del rischio di neoplasie del sistema digestivo. "Un altro aspetto rilevante, anche se troppo spesso sottovalutato, riguarda il ruolo dell'attività fisica nelle persone che hanno già ricevuto una diagnosi" conclude Cognetti. "Purtroppo solo il 20-30% di questi pazienti pratica sport al termine delle cure. In realtà, i vantaggi sono chiari. Ad esempio al [Gastrointestinal Cancers Symposium](#) che si è svolto a San Francisco lo scorso gennaio è stato presentato uno studio che ha coinvolto più di 1.200 pazienti con tumore del colon retto in fase metastatica: la mortalità si è ridotta del 19% e la progressione della malattia del 16% nelle persone che hanno svolto 30 minuti di attività fisica moderata al giorno. E nel tumore del seno l'esercizio regolare riduce il rischio di recidiva di ben il 50% nelle donne con neoplasie ormono-dipendenti, cioè con un alto numero di recettori per gli estrogeni".

Il risparmio per il Ssn. Svariate ricerche dimostrano che i livelli attuali di attività sportiva in Italia fanno risparmiare 1,5 miliardi di euro l'anno al Servizio sanitario nazionale. La pratica sportiva continuativa, infatti, permette di evitare 25.880 malattie ogni anno (in particolare patologie cardiovascolari, ictus, tumori del seno e del colon retto, diabete di tipo II) e il ricorso a cure che costerebbero un miliardo e 283 milioni. A questa cifra si aggiungono 178 milioni di costi non sanitari. "Inoltre" aggiunge Cognetti "se si abbassasse soltanto dell'1% la percentuale di persone sedentarie si otterrebbero ulteriori risparmi pari a

200 milioni di euro l'anno".

Qualcosa si muove. "Sono felice oggi di siglare questa intesa" ha sottolineato **Giovanni Malagò** presidente del Coni "che rappresenta il punto di partenza di progetti ad ampio raggio, rivolti a tutti i cittadini, per valorizzare temi fondamentali come l'importanza dell'attività motoria per la tutela della salute e la promozione di corretti stili di vita. Fortunatamente i dati più recenti indicano tendenze positive: dopo la flessione registrata fra il 2010 e il 2013, i livelli di partecipazione alla pratica sportiva hanno iniziato a risalire nel 2014 e nel 2015. E mai nel nostro Paese sono stati raggiunti livelli di pratica sportiva così elevati come nel corso del 2016. La percentuale di italiani, sopra i 3 anni d'età, che dichiara di praticare sport con continuità nel proprio tempo libero ha raggiunto il 25,1%, ovvero nel 2016 una persona su quattro fa sport. Se a questi si aggiungono coloro che dichiarano di fare sport saltuariamente si arriva al 34,8%. La percentuale di praticanti sportivi è cresciuta di un punto e mezzo nell'ultimo anno e di 4,2 punti tra il 2013 e il 2016, crescendo in media di circa 1,4 punti percentuali all'anno.

Le iniziative regionali. In termini assoluti, dal 2013 al 2016, si sono avvicinati alla pratica sportiva 2 milioni e 519mila italiani, ma come spesso accade non c'è omogeneità tra le regioni: "I dati della Campania sono preoccupanti: solo il 13% delle persone si muove contro una media nazionale del 34%. Ci auguriamo" prosegue Malagò "che il protocollo d'intesa sia uno strumento in grado di aumentare queste percentuali e di combattere la sedentarietà che ancora interessa milioni di cittadini. Metteremo in cantiere varie iniziative soprattutto sul territorio. Dobbiamo andare nelle scuole, nelle università, dobbiamo preparare i master e i corsi di specializzazione perchè è ormai certificato che sei fai sport vivi di più e anche meglio" ha concluso Malagò.

La forza dell'unione. "Ho seguito la Fondazione Insieme contro il cancro fin dalla sua nascita" ha dichiarato l'onorevole Gianni Letta partecipando stamattina alla cerimonia. "Anche se ce ne sono tante di associazioni e fondazioni che si pongono come obiettivo quello di fare prevenzione oncologica, questa è particolare perchè opera mettendo insieme pazienti, medici e famiglie per far capire che proprio insieme e non singolarmente la battaglia contro il cancro si può vincere. A maggior ragione bisogna coinvolgere le istituzioni e quella di oggi con il Coni è un'intesa strategica perchè lo sport può davvero fare la differenza parlando ai ragazzi nel loro stesso linguaggio".

L'accordo

Coni, sì a "Insieme contro il Cancro"

ROMA Il 20% dei tumori è causato dalla sedentarietà. E proprio in questo senso l'attività fisica può produrre benefici: lo sport, è stato dimostrato, riduce del 12% il rischio di sviluppare il cancro al seno, del 44% al colon retto e del 55% al polmone. In Italia però sono ancora molti i cittadini non praticano nessuna attività sportiva: i sedentari rappresentano il 39,2% della popolazione, pari a circa 23 milioni di persone. Per questo la Fondazione "Insieme contro il Cancro" e il Coni hanno siglato ieri a Roma un protocollo d'intesa (biennale) per promuovere campagne di sensibilizzazione sugli stili di

vita sani (no al fumo, attività fisica costante e dieta corretta). «In Italia ogni anno più di 73 mila casi di tumore potrebbero essere evitati grazie al movimento», commenta Francesco Cognetti, presidente di "Insieme contro il Cancro". «La firma del protocollo - sottolinea Giovanni Malagò, presidente del Coni - rappresenta il punto di partenza di progetti ad ampio raggio, rivolti a tutti i cittadini, per valorizzare l'importanza dell'attività motoria per la tutela della salute e la promozione di corretti stili di vita».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



<http://www.ansa.it>

Troppo presto per uso aspirina per la prevenzione primaria di cuore e tumori

Esperti, servirebbe prima carta di rischio



È ancora presto per usare l'aspirina nella prevenzione primaria di malattie cardiovascolari e tumori, cioè su persone ancora non malate e non su chi ha già avuto eventi, e in attesa dei risultati degli studi servirebbe una 'carta del rischio' per capire quali sono i soggetti che potrebbero beneficiarne di più. Lo afferma un 'position paper della Siprec, la società italiana di Prevenzione Cardiovascolare. "La creazione di una carta o di un punteggio per il calcolo del rapporto rischio/beneficio cardiovascolare ed oncologico integrato - afferma il professor Massimo Volpe, presidente eletto della Siprec - sarebbe quindi fortemente auspicabile e potrebbe costituire uno strumento di fondamentale importanza a disposizione del clinico, in attesa che gli studi prospettici (sono 5 quelli attualmente in corso che stanno vagliando il ruolo dell'aspirina in prevenzione primaria, tra i quali ACCEPT-D, ASCEND, ARRIVE, ASPREE) siano in grado di chiarire il duplice ruolo combinato dell'aspirina nella prevenzione di patologie cardio-vascolari e neoplastiche".

Negli ultimi 30 anni, sottolinea la Siprec, in Italia la mortalità per cardiopatia ischemica si è ridotta del 63% e quella per ictus del 70% grazie ad uno stile di vita più salutare e delle terapie utilizzate in fase acuta, in prevenzione secondaria e primaria, e l'aspirina è tra i protagonisti di questo successo. A far sospendere il giudizio sulla possibilità di utilizzarla come prevenzione primaria sono i possibili effetti collaterali, a partire dalle emorragie.

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

MEDICINA

Aspirina, un “asso” per la prevenzione di malattie cardiovascolari e (forse) dei tumori

Usata finora in prevenzione secondaria, gli esperti si chiedono se i tempi siano maturi per utilizzarla anche in prevenzione primaria. Senza dimenticare il rovescio della medaglia, cioè il rischio di sanguinanti

Negli ultimi trent'anni in Italia la mortalità per cardiopatia ischemica si è ridotta del 63% e quella per ictus del 70%, grazie a stili di vita più salutari e alle terapie utilizzate in fase acuta, in prevenzione secondaria e primaria.

La prevenzione cardiovascolare in Italia è dunque una storia di successo della quale l'aspirina è senza dubbio uno dei protagonisti.

Come per tutti i farmaci, però, è necessario valutarne con attenzione il rapporto tra benefici e rischi. E questi ultimi, nel caso dell'aspirina, si traducono essenzialmente nei sanguinamenti a livello gastro-intestinale e cerebrale. Mentre nella prevenzione secondaria di infarti e ictus il ruolo protettivo dell'aspirina e la sua supremazia sul rischio di sanguinamenti è indiscusso, gli studi clinici non hanno ancora dato un verdetto definitivo sull'opportunità di usarla nella prevenzione primaria degli eventi cardiovascolari. Anche sul fronte dei tumori, sebbene le evidenze scientifiche suggeriscano un ruolo protettivo dell'aspirina (soprattutto contro il tumore del colon), non esistono ancora prove certe.

In attesa che tutti questi punti vengano chiariti, nella pratica quotidiana il medico si trova a dover decidere se trattare o no i suoi pazienti con l'aspirina, anche in prevenzione primaria, in assenza di qualunque linea guida o raccomandazione. E adottare un atteggiamento troppo prudente, cioè quello di evitare l'uso dell'aspirina in prevenzione primaria in tutti i pazienti, può portare a perdere un'occasione importante di prevenire un certo numero di infarti, ictus e forse tumori.

Per aiutare i medici a prendere decisioni delicate nella pratica clinica, in attesa dei risultati degli studi in corso e di linee guida dedicate all'argomento, gli esperti della Società italiana per la prevenzione cardiovascolare (Siprec) hanno messo a punto un documento di *expert opinion*, raccogliendo il punto di vista di grandissimi esperti del campo.

In grande sintesi, considerando che mancano ancora prove certe di un beneficio nettamente superiore ai rischi, la comunità scientifica suggerisce di valutare caso per caso se iniziare la terapia con aspirina in un'ottica di prevenzione primaria integrata (cardiologica e oncologica).

«La creazione di una carta o di un punteggio per il calcolo del rapporto rischio/beneficio cardiovascolare e oncologico integrato – sostiene Massimo Volpe, presidente eletto della Siprec – sarebbe quindi fortemente auspicabile e potrebbe costituire uno strumento di fondamentale importanza a disposizione del clinico, in attesa che gli studi prospettici siano in grado di chiarire il duplice ruolo combinato dell'aspirina nella prevenzione di patologie cardiovascolari e neoplastiche».

Impossibile, per gli esperti, indicare in maniera netta quando dare l'aspirina in prevenzione primaria. Secondo Raffaele De Caterina dell'Istituto di Cardiologia dell'Università G. d'Annunzio di Chieti, sarebbe meglio avvalersi, per questa scelta, di soglie del rischio che, per quanto arbitrarie, sono comunque meglio della totale assenza di raccomandazioni. «Gli elementi già disponibili – precisa De Caterina – suggeriscono che l'uso dell'aspirina in prevenzione primaria riduce la mortalità, anche extra-vascolare, riduce gli infarti e probabilmente anche gli ictus ischemici, al costo di un numero di sanguinamenti maggiori, in gran parte reversibili, e di un piccolissimo aumento del rischio di ictus emorragico, evento rarissimo».

Il medico di famiglia, secondo il parere di Augusto Zaninelli, professore di Medicina generale dell'Università di Firenze, dovrebbe «farsi custode della storia clinica globale del singolo paziente e del suo rischio cardiovascolare globale arrivando a considerare finanche la sua storia familiare. Pertanto -aggiunge - lo sviluppo di questo nuovo paradigma di prevenzione primaria cardiovascolare e neoplastica globale conferma, e anzi incrementa, la centralità dell'attività del medico di Medicina generale anche nell'ottica di un attento follow up a lungo termine dei pazienti in terapia con aspirina».

<http://www.aboutpharma.com/>

Medicina scienza e ricerca

Pazienti oncologici e internet: un portale per orientarli

Sempre più pazienti e caregiver chiedono a “Dr Google” informazioni su terapie e progressione delle patologie, e condividono esperienze di cura e carichi emotivi sui social network. Nasce da qui My Day un portale realizzato da Teva per aiutarli a districarsi nel complesso mondo del web



Mai come oggi, ai tempi di Google, pazienti e caregivers si rivolgono al mondo del web per trovare risposte a domande insoddisfatte. Soprattutto quando si tratta di patologie gravi, difficili da accettare per cui non sempre gli specialisti danno una risposta chiara con una terminologia a portata di tutti. Così si finisce per chiedere a dottor Google il significato della parola “mastectomia totale” o “il livello di sopportazione di un dolore di tipo 4”; o si cerca sempre in rete qualcuno con cui condividere preoccupazioni, pensieri carichi emotivi. Per esempio da una ricerca commissionata da Teva a livello europeo – che ha analizzato oltre 20mila conversazioni on line che avevano come oggetto il tumore – è emerso che pazienti e caregiver necessitano di informazioni corrette e comprensibili, che siano un aiuto pratico e forniscano un sostegno psicologico nei momenti più difficili.

La ricerca alla base del progetto ha analizzato circa 21mila post dal 2013 al 2016 e ha esaminato il comportamento sui social network di pazienti e caregiver con 4 tipologie di patologie oncologiche: tumore alla prostata, al polmone, al seno e linfoma. È emerso come donne e uomini si avvicinano al web in modo differente: l'analisi indica che i pazienti con tumore alla prostata utilizzano un linguaggio molto meno emotivo rispetto alle pazienti con tumore al seno e si concentrano sui dettagli tecnici della patologia. L'analisi ha anche evidenziato come le donne sembrino molto più attive degli uomini nel parlare di tumore online. La ricerca indica come per il tumore alla prostata, il 65% delle conversazioni online siano ad opera dei caregiver (ovvero mogli, compagne, familiari di soggetti affetti da carcinoma prostatico), mentre per il tumore al seno solo il 17% delle conversazioni online è riconducibile a mariti, compagni o familiari di donne affette dalla patologia. Ciò implica che le donne con carcinoma mammario sembrano ottenere molto meno sostegno e partecipazione online dai loro caregiver. Tuttavia, per il carcinoma mammario, la complessità delle tipologie di tumore e

la mancanza di strumenti valutativi relativamente semplici potrebbero rendere più difficile la condivisione online dei "dettagli tecnici" per le donne che ne sono affette.

Dall'analisi del web emerge inoltre come pazienti e caregiver svolgono un ruolo più diretto nella gestione della loro salute, attraverso pratiche discorsive che hanno sempre più luogo online. Stare in contatto con pazienti e caregiver che attraversano la stessa esperienza tramite comunità virtuali in rete può essere fonte di conforto. Comprendere la tipologia di conversazioni sul tumore che si svolgono online è fondamentale per aiutare i professionisti sanitari a instaurare un confronto produttivo e faccia a faccia con i pazienti.

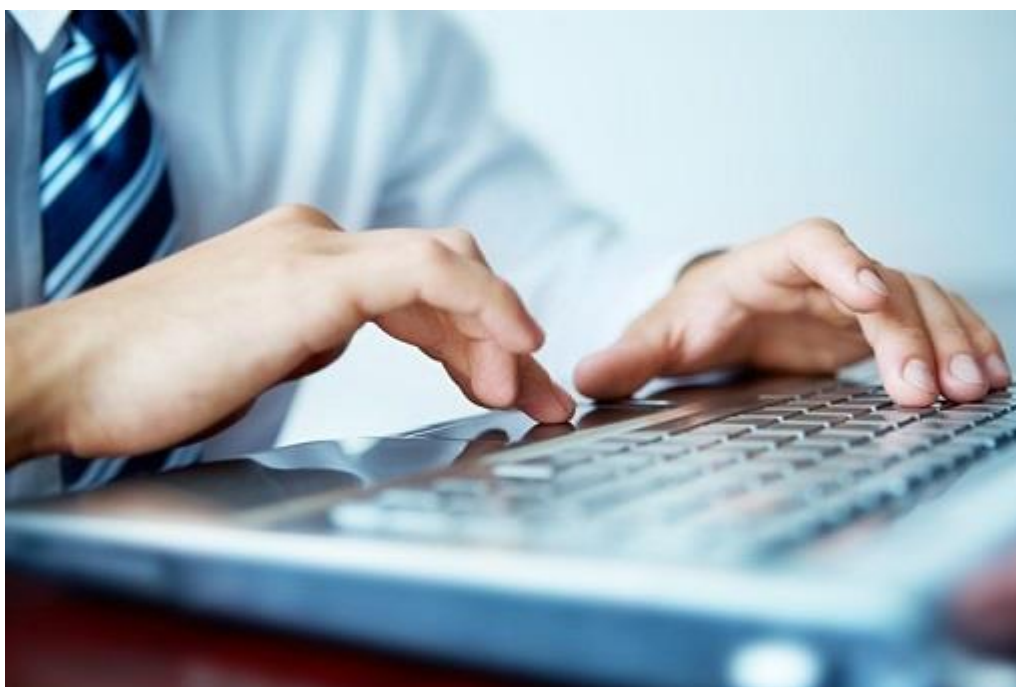
Per andare incontro a questa esigenza Teva ha realizzato [My Day](#), un portale dedicato alle patologie oncologiche il cui scopo è quello di aiutare i pazienti e i loro caregiver. Le persone a cui è stata appena effettuata una nuova diagnosi infatti si trovano in una situazione emotiva di paura e incertezza e, allo stesso tempo, devono assimilare grandi quantitativi di informazioni e prendere coscienza di importanti questioni relative alla loro particolare condizione. In tutto questo devono, inoltre, attraversare gli intricati meandri dei sistemi sanitari, elemento questo che può diventare altra fonte di stress. Scopo del portale è appunto essere una bussola in questo intrigato mare di informazioni. "Con My Day vogliamo accompagnare il paziente nella ricerca di contenuti per affrontare il percorso di cura, a partire dalla diagnosi, con informazioni sulla patologia, e il confronto con il momento del fine vita o con la nuova quotidianità dopo aver superato la malattia. Il portale fornisce indicazioni su corretti stili di vita, alimentazione e strumenti interattivi personalizzati utili nella gestione del trattamento: promemoria per gli appuntamenti con gli specialisti, gestione delle terapie e come migliorare il proprio benessere", ha commentato Roberta Bonardi, Senior Business Unit Innovative Director di Teva Italia.

My Day fornisce informazioni sulle patologie oncologiche e link a risorse relative a tale argomento a chi ha recentemente ricevuto una diagnosi di tumore, a chi è in terapia o a chi è in remissione. Il portale include diversi tipi di contenuti: 1) storie, ritratti di persone e contenuti emotivi per sostenere i pazienti che hanno appena ricevuto una nuova diagnosi a gestire conversazioni difficili, quando per esempio devono comunicare ad amici e familiari la malattia; 2) informazioni sul tumore, per aiutare pazienti e caregiver a districarsi nel labirinto delle informazioni e a saperne di più sulle loro condizioni; 3) indicazioni sulla salute e il benessere, come ad es. consigli dietetici e nutrizionali, insieme a strumenti per il monitoraggio degli obiettivi personali, pro-memoria per la terapia e gli appuntamenti con gli specialisti.

<http://www.pharmastar.it>

Nasce MY DAY, un portale dedicato al paziente oncologico

Sono stati presentati oggi i dati della ricerca "Teva Global Cancer", che ha analizzato oltre 20mila conversazioni on line che avevano come oggetto il tumore. La ricerca è stata la base di partenza di un progetto in ambito oncologico che vede coinvolti pazienti, medici e caregiver. Ne è emerso un quadro ben preciso: pazienti e caregiver necessitano di informazioni corrette e comprensibili, che siano un aiuto pratico e forniscano un sostegno psicologico nei momenti più difficili. Avere notizie utili e affidabili è parte integrante della terapia. La risposta alle esigenze dei pazienti è My Day, un portale dedicato alle patologie oncologiche il cui scopo è quello di aiutare i pazienti e i loro caregiver.



Sono stati presentati oggi i dati della ricerca "Teva Global Cancer", che ha analizzato oltre 20mila conversazioni on line che avevano come oggetto il tumore. La ricerca è stata la base di partenza di un progetto in ambito oncologico che vede coinvolti pazienti, medici e

caregiver. Ne è emerso un quadro ben preciso: pazienti e caregiver necessitano di informazioni corrette e comprensibili, che siano un aiuto pratico e forniscano un sostegno psicologico nei momenti più difficili. Avere notizie utili e affidabili è parte integrante della terapia. La risposta alle esigenze dei pazienti è My Day (<https://myday.eu.com/it>): un portale dedicato alle patologie oncologiche il cui scopo è quello di aiutare i pazienti e i loro caregiver.

Le persone a cui è stata appena effettuata una nuova diagnosi si trovano in una situazione emotiva di paura e incertezza e, allo stesso tempo, devono assimilare grandi quantitativi di informazioni e prendere coscienza di importanti questioni relative alla loro particolare condizione. In tutto questo devono, inoltre, attraversare gli intricati meandri dei sistemi sanitari, elemento questo che può diventare altra fonte di stress. "Con My Day vogliamo accompagnare il paziente nella ricerca di contenuti per affrontare il percorso di cura, a partire dalla diagnosi, con informazioni sulla patologia, e il confronto con il momento del fine vita o con la nuova quotidianità dopo aver superato la malattia. Il portale fornisce indicazioni su corretti stili di vita, alimentazione e strumenti interattivi personalizzati utili nella gestione del trattamento: promemoria per gli appuntamenti con gli specialisti, gestione delle terapie e come migliorare il proprio benessere", ha commentato Roberta Bonardi, Senior Business Unit Innovative Director di Teva Italia.

La ricerca alla base del progetto ha analizzato circa 21mila post dal 2013 al 2016 e ha esaminato il comportamento sui social network di pazienti e caregiver con 4 tipologie di patologie oncologiche: tumore alla prostata, al polmone, al seno e linfoma. È emerso come donne e uomini si avvicinano al web in modo differente: l'analisi indica che i pazienti con tumore alla prostata utilizzano un linguaggio molto meno emotivo rispetto alle pazienti con tumore al seno e si concentrano sui dettagli tecnici della patologia. L'analisi ha anche evidenziato come le donne sembrano molto più attive degli uomini nel parlare di tumore online. La ricerca indica come per il tumore alla prostata, il 65% delle conversazioni online siano ad opera dei caregiver (ovvero mogli, compagne, familiari di soggetti affetti da carcinoma prostatico), mentre per il tumore al seno solo il 17% delle conversazioni online è riconducibile a mariti, compagni o familiari di donne affette dalla patologia. Ciò implica che le donne con carcinoma mammario sembrano ottenere molto meno sostegno e partecipazione online dai loro caregiver. Tuttavia, per il carcinoma mammario, la complessità delle tipologie di tumore e la mancanza di strumenti valutativi relativamente semplici potrebbero rendere più difficile la condivisione online dei "dettagli tecnici" per le donne che ne sono affette.

Dall'analisi del web emerge inoltre come pazienti e caregiver svolgono un ruolo più diretto

nella gestione della loro salute, attraverso pratiche discorsive che hanno sempre più luogo online. Stare in contatto con pazienti e caregiver che attraversano la stessa esperienza tramite comunità virtuali in rete può essere fonte di conforto. Comprendere la tipologia di conversazioni sul tumore che si svolgono online è fondamentale per aiutare i professionisti sanitari a instaurare un confronto produttivo e faccia a faccia con i pazienti.

Il board scientifico di My Day <https://myday.eu.com/it>, composto da Guido Gini – Dirigente medico di primo livello, direttore Unità Linfomi della Clinica di Ematologia dell'Azienda Ospedaliero Universitaria "Ospedali Riuniti" - Università Politecnica delle Marche, Claudia Laterza – Medico Palliativista, Nicla La Verde - Oncologa presso l'ASST Fatebenefratelli Sacco di Milano, Franco Marinangeli – Direttore Istituto di Anestesia e Rianimazione, Università dell'Aquila, Giuseppina Sarobba – Direttore Oncologia Medica, ATS Sardegna, ASSL Nuoro, ha presentato il portale.

My Day fornisce informazioni sulle patologie oncologiche e link a risorse relative a tale argomento a chi ha recentemente ricevuto una diagnosi di tumore, a chi è in terapia o a chi è in remissione. Il portale include diversi tipi di contenuti: 1) storie, ritratti di persone e contenuti emotivi per sostenere i pazienti che hanno appena ricevuto una nuova diagnosi a gestire conversazioni difficili, quando per esempio devono comunicare ad amici e familiari la malattia; 2) informazioni sul tumore, per aiutare pazienti e caregiver a districarsi nel labirinto delle informazioni e a saperne di più sulle loro condizioni; 3) indicazioni sulla salute e il benessere, come ad es. consigli dietetici e nutrizionali, insieme a strumenti per il monitoraggio degli obiettivi personali, pro-memoria per la terapia e gli appuntamenti con gli specialisti.

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

QUALITÀ DI VITA

Metropoli italiane a rischio salute

A Napoli, Cagliari e Roma i tassi di mortalità per tumore superano la media nazionale. Le città del Nord registrano casi in eccesso di demenza senile. È arrivato il momento di trasformare le metropoli in “healthy city

La città ideale? Se il criterio per sceglierla è la salute dei suoi abitanti cominciamo a escludere Napoli, Cagliari, Venezia e Roma. Infatti, secondo il rapporto Istat Urbes 2015, una panoramica del benessere in 29 realtà urbane italiane, in tutti e quattro i capoluoghi il numero di decessi per tumore supera la media nazionale (9,1 per 10mila abitanti). A Napoli il tasso di mortalità è di 10,9, a Cagliari di 9,9 e a Venezia di 9,7. Anche Roma (9,6) risulta sopra la media, mentre Milano (9,1) rispetta le statistiche del resto del territorio.

Sul fronte delle demenze senili ad avere la peggio sono le città metropolitane del Nord, tutte con tassi di mortalità ben al di sopra della media nazionale di 26,2 per 10 mila abitanti. Insomma, a guardare i dati del rapporto, i cittadini non se la passano tanto bene. Con le solite differenze tra nord e sud. Valori della speranza di vita più alti si riscontrano a Firenze, Bologna, Bari e Milano, con livelli superiori a 80 anni per i maschi e a 85 per le femmine, più bassi a Napoli, Palermo e Catania (maschi sotto 79 anni e femmine sotto 84 anni).

Eppure le città avrebbero tutte le carte in regola per promuovere, meglio di altri centri più piccoli, la salute dei propri abitanti, potendo contare sull'integrazione dei servizi sanitari, sui servizi sociali, sulle iniziative culturali e ricreative. Sfruttare queste opportunità per trasformare le metropoli, dove risiede il 70 per cento della popolazione globale e il 37 per cento di quella italiana, è lo scopo di alcuni recenti progetti, come FareRete Citylab presentato nel corso dell'evento “Sviluppo economico sostenibile e salute dei cittadini” organizzato a Roma da FareRete Il Bene Comune ONLUS, uno strumento innovativo di analisi e valutazione di ricerche sull'urban health.

«L'obiettivo principale di FareRete Citylab - spiega Lucio Corsaro, Socio fondatore e membro del consiglio direttivo di FareRete - è quello di offrire e condividere con il decisore, attraverso

una piattaforma interdisciplinare e la generazione di nuove conoscenze relative al territorio di studio, elementi ed informazioni utili nella riduzione di costi e sprechi per poter prendere decisioni più consapevoli in merito alla salute e al benessere dei cittadini. Si tratta di un progetto altamente innovativo in quanto prevede l'applicazione di metodologie finora scarsamente, se non affatto sfruttate nel settore pubblico. L'analisi del sistema si svilupperà infatti sia in una direzione qualitativa, partendo dall'osservazione empirica del fenomeno per poi formulare delle ipotesi interpretative, sia di tipo quantitativo, applicando un'analisi del territorio sviluppata a partire da tutti i dati pubblici disponibili».

Sulla stessa linea è il programma Cities Changing Diabetes, l'iniziativa realizzata in partnership tra University College London (UCL) e il danese Steno Diabetes Center con il contributo di Novo Nordisk che coinvolge istituzioni nazionali, amministrazioni locali, mondo accademico e terzo settore, con l'obiettivo di mettere in evidenza il legame fra il diabete e le città e promuovere iniziative per salvaguardare la salute dei cittadini e prevenire la malattia. Al programma hanno già aderito Città del Messico, Copenaghen, Houston, Shanghai, Tianjin, Vancouver e Johannesburg, e Roma è la metropoli scelta per il 2017.

<http://www.aboutpharma.com/>

Sanità e Politica

I medici di famiglia all'Aifa: più coinvolti nella prescrizione di innovativi

La Fimmg incontra il direttore Mario Melazzini e insiste anche per avere maggiori informazioni su biologici e biosimilari



Più coinvolgimento nella prescrizione di farmaci innovativi per le malattie croniche. Più informazioni su biologici e biosimilari. Questa la richiesta dei medici di medicina generale italiani al direttore generale dell'Aifa Mario Melazzini, nel corso di un incontro che si è svolto oggi a Roma tra i vertici dell'Agenzia e il principale sindacato di categoria (Fimmg) guidato da Silvestro Scotti. Un prossimo incontro con il gruppo della medicina generale (ne fanno parte anche Simg e Snamid) è stato convocato ancora da Aifa il prossimo 23 marzo.

Proprio la Fimmg ha chiesto di riprendere un dialogo interrotto da quasi due anni, sottolineando come sia ormai urgente il pieno ricorso alla medicina generale nel trattamento delle patologie croniche. "Abbiamo apprezzato l'interesse e l'ascolto dimostrato da Melazzini per le nostre argomentazioni – ha dichiarato Scotti – soprattutto per quanto riguarda la necessità di riprendere il progetto di prescrizione da parte dei medici di famiglia dei farmaci sottoposti a piano terapeutico web based".

Altro tema importante riguarda biologici e biosimilari. "Anche se non sono farmaci che possiamo prescrivere – spiega Fiorenzo Corti, responsabile della comunicazione di Fimmg e segretario lombardo del sindacato – abbiamo molti pazienti che seguono quei trattamenti e che assumono anche altri medicinali. Chiediamo quindi ad Aifa di informarci su controindicazioni, eventi avversi e interazioni".

<http://www.sanita24.ilssole24ore.com/>

DAL GOVERNO

Farmaci innovativi, mozione del Comitato nazionale di bioetica per un accesso equo

di *Red.San.*

PDF [La mozione del Comitato nazionale per la bioetica](#)



«Forte preoccupazione per le condizioni di salute di centinaia di migliaia di pazienti in Italia affetti da gravi patologie, come l'epatite C e alcune malattie oncologiche, nonostante siano oggi a disposizione nuovi farmaci in grado di curarle o di modificarne la storia naturale in modo efficace». Sulla questione dell'accessibilità ai farmaci innovativi, il Comitato nazionale di bioetica (Cnb) fa sentire forte e chiara la sua voce. E invita le «istituzioni competenti a elaborare ragionevoli scelte di politica sanitaria dirette ad una equa allocazione delle risorse e rendere disponibili, il prima possibile, i farmaci innovativi di provata efficacia per i pazienti affetti da patologie gravi, nel rispetto dei criteri clinici».

Nella "Mozione per una politica di accesso equo a farmaci innovativi ad alta efficacia per patologie gravi: riduzione dei prezzi e contenimento dei costi a carico del Ssn e dei cittadini", approvata il 23 febbraio ma resa nota soltanto oggi ed elaborata da Lorenzo d'Avack, Silvio Garattini e Carlo Petrini, il Cnb ricorda che «la difficile accessibilità ai farmaci essenziali e innovativi, dovuta al loro altissimo prezzo, deriva da esigenze diverse e contrastanti: essa è il risultato della necessità di promuovere innovazione e ricerca, anche se i tempi previsti dall'attuale disciplina per la protezione della proprietà intellettuale sono obiettivamente troppo lunghi. Inoltre, tale difficile accessibilità confligge con il diritto universale alla salute, gli aspetti di sanità pubblica e la sostenibilità del sistema sanitario pubblico. La tutela dell'iniziativa economica privata e quindi della proprietà industriale (brevetti ecc.) dovrà essere bilanciata con il diritto alla salute delle persone. Non si tratta semplicemente di regolare il mercato come

istituzione di utilità sociale, ma quando è in gioco un valore fondamentale come la salute, occorre fare in modo che la logica del profitto non escluda le categorie più marginalizzate da cure efficaci».

Si sono astenuti Cinzia Caporale, che - «pur nella piena condivisione delle preoccupazioni espresse nella mozione» - ha inviato una postilla in cui afferma come politiche eque di accesso ai farmaci devono passare non già per la limitazione del diritto alla proprietà intellettuale ma vanno perseguite con «politiche pubbliche redistributive», e Salvatore Amato, che pur aderendo alla mozione, ha espresso una dichiarazione integrativa.

Giovedì 09 MARZO 2017

Fimmg ad Aifa: “Più ruolo ai mmg nelle patologie croniche e nelle prescrizioni *web based*”

Una delegazione della Fimmg ha incontrato oggi a Roma il Dg dell'Aifa Melazzini. Scotti: "Urgente il pieno coinvolgimento della medicina generale nel trattamento delle patologie croniche se si vuole evitare che a una larga fetta di cittadini sia di fatto negato l'accesso ai trattamenti farmacologici innovativi più appropriati e ormai riconosciuti dalla comunità scientifica".

Ha avuto luogo oggi a Roma l'incontro richiesto da Fimmg con il Direttore dell'Aifa **Mario Melazzini**. Per la Federazione dei medici di famiglia erano presenti **Silvestro Scotti** e **Fiorenzo Corti**.

Fimmg ha chiesto di riprendere il percorso di collaborazione interrotto da quasi due anni, sottolineando come sia ormai urgente il pieno coinvolgimento della medicina generale nel trattamento delle patologie croniche se si vuole evitare che a una larga fetta di cittadini sia di fatto negato l'accesso ai trattamenti farmacologici innovativi più appropriati e ormai riconosciuti dalla comunità scientifica.

"Abbiamo apprezzato l'interesse e l'ascolto dimostrato da **Melazzini** per le nostre argomentazioni - ha dichiarato **Scotti** - soprattutto per quanto riguarda la necessità di riprendere il progetto di prescrizione da parte dei medici di famiglia dei farmaci sottoposti a piano terapeutico 'web based'".

Il segretario della Fimmg si è inoltre dichiarato soddisfatto per la sollecita convocazione del Gruppo di Lavoro Medicina Generale –Aifa prevista per il prossimo 23 marzo.

Giovedì 09 MARZO 2017

Farmaci innovativi. Il Comitato nazionale per la bioetica: “Ridurre i prezzi per garantire l’accesso a tutti. A partire dall’epatite C e dal cancro”

Lo prevede una mozione approvata dal Cnb che esprime forte preoccupazione “per le condizioni di salute di centinaia di migliaia di pazienti in Italia affetti da gravi patologie, come l’epatite C e alcune malattie oncologiche, nonostante siano oggi a disposizione nuovi farmaci in grado di curarle o di modificarne la storia naturale in modo efficace”. [LA MOZIONE](#).

“Il Comitato Nazionale per la Bioetica esprime forte preoccupazione per le condizioni di salute di centinaia di migliaia di pazienti in Italia affetti da gravi patologie, come l’epatite C e alcune malattie oncologiche, nonostante siano oggi a disposizione nuovi farmaci in grado di curarle o di modificarne la storia naturale in modo efficace. Molti pazienti non hanno accesso gratuito a questi farmaci perché il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) non è in grado di erogarli in ragione del loro alto prezzo”.

Inizia così la mozione approvata il 23 febbraio scorso dal Comitato nazionale di bioetica pubblicata in questi giorni sul sito web del Cnb.

Una presa di posizione molto forte “per una politica di accesso equo a farmaci innovativi ad alta efficacia per le patologie gravi”, per i quali il Cnb auspica una “riduzione dei prezzi” e il contestuale “contenimento dei costi a carico del Ssn e dei cittadini”.

Il quadro attuale, secondo il Cnb, comporta infatti “che nel caso di farmaci per la terapia dell’epatite C sono trattati solo i pazienti più gravi, mentre coloro che si trovano in fase iniziale devono, per poter ricevere la terapia, attendere un peggioramento delle proprie condizioni”.

“Si tratta di una contraddizione rispetto sia ai principi etici della medicina – scrive il Cnb nella sua mozione - che dovrebbe essere sempre orientata alla prevenzione e alla cura di tutti i malati, sia allo stesso obiettivo di contenimento dei costi del SSN, poiché rinviare le cure alle fasi avanzate della patologia conduce a esiti di cronicizzazione e a prevedibili costi aggiuntivi per il SSN a lungo termine”.

“La discriminazione fra pazienti, più e meno gravi, risulta quindi inaccettabile – sottolinea ancora il Cnb - tanto più che la sproporzione del prezzo del farmaco in molti casi non deriva dai costi di ricerca e sviluppo dello stesso”.

“La difficile accessibilità ai farmaci essenziali e innovativi, dovuta al loro altissimo prezzo – spiega la mozione - deriva da esigenze diverse e contrastanti: essa è il risultato della necessità di promuovere innovazione e ricerca, anche se i tempi previsti dall’attuale disciplina per la protezione della proprietà intellettuale sono obiettivamente troppo lunghi. Inoltre, tale difficile accessibilità confligge con il diritto universale alla salute, gli aspetti di sanità pubblica e la sostenibilità del sistema sanitario pubblico”.

“Il Comitato – si legge ancora nella mozione - è pienamente consapevole dell’importanza che l’Italia eviti un isolamento dal contesto internazionale, e che la politica italiana debba coordinarsi con EMA, OMS, MPP (Medicines Patent Pool), OMC (Organizzazione Mondiale del Commercio). Tuttavia, “pur comprendendo che occorre evitare di porre un freno agli incentivi per l’innovazione farmaceutica”, il Cnb “richiama l’esigenza di limitare gli eccessi di una ricerca esagerata del profitto in un settore, quello della salute, che dovrebbe essere governato dal sistema pubblico in modo molto più incisivo, trasparente ed equo”.

Per il Cnb, “è allora indispensabile individuare un prezzo adeguato dei farmaci rispetto ai costi

sostenuti per la ricerca (tra l'altro spesso finanziata con denaro pubblico o acquisita da piccole industrie biotecnologiche) e per la commercializzazione”.

Il Comitato, dunque, “ritiene che il principio etico dell'accesso equo e universale alle cure debba prevalere sui profitti, talvolta sproporzionati, delle singole case farmaceutiche”.

“Il riconoscimento di tale principio etico, che tra l'altro valorizza l'azienda farmaceutica anche come produttore di un “bene sociale”, deve far valere il diritto dei pazienti ad avere accesso gratuito ai farmaci necessari, secondo le indicazioni cliniche internazionali che ne definiscono l'appropriatezza d'impiego. Il SSN italiano – si legge ancora nella mozione - esempio di sistema universalistico, non è in grado di sostenere a lungo il conflitto tra il principio dell'accesso gratuito ai farmaci essenziali e innovativi, e le logiche di un mercato farmaceutico in crescita esponenziale”.

“Perciò la tutela dell'iniziativa economica privata e quindi della proprietà industriale (brevetti ecc.) dovrà essere bilanciata con il diritto alla salute delle persone. Non si tratta semplicemente di regolare il mercato come istituzione di utilità sociale – sottolinea il Cnb - ma quando è in gioco un valore fondamentale come la salute, occorre fare in modo che la logica del profitto non escluda le categorie più marginalizzate da cure efficaci”.

Da qui l'invito alle Istituzioni competenti del nostro Paese a “elaborare ragionevoli scelte di politica sanitaria dirette ad una equa allocazione delle risorse e rendere disponibili, il prima possibile, i farmaci innovativi di provata efficacia per i pazienti affetti da patologie gravi, nel rispetto dei criteri clinici”.

E per il futuro, secondo il Cnb, sarà essenziale disegnare “modelli innovativi, anche di partnership pubblico-privata, in grado di garantire equità e sostenibilità, pur rispettando i diritti collegati ai progressi dell'innovazione farmaceutica”.

Anche considerando quanto recentemente asserito dalla *Lancet's Commission on Essential Medicines Policies*, il Cnb ritiene che “i Governi devono indirizzare i processi decisionali verso un quadro di politiche di ricerca e di sviluppo globali, nonché verso accordi che includano nuovi meccanismi di finanziamento della ricerca, per assicurare che i farmaci essenziali siano sviluppati e disponibili a prezzi accessibili”.

Il Cnb raccomanda infine ai responsabili delle Istituzioni competenti “che l'accesso ai farmaci non sia settoriale e che il suo orizzonte sia ampio, così da includere i nuovi farmaci ad alta efficacia via via prodotti e coniugare innovazione ed uguaglianza distributiva nel fornire cure adeguate ai cittadini”.

Giovedì 09 MARZO 2017

Sfida al dolore. L'associazione Hope lancia il numero verde per i cittadini che soffrono, presentato da Cecchi Paone

Nasce il Numero Verde dedicato a chi ha dolore: un servizio garantito da Hope(Hold On, Pain Ends, la prima associazione impegnata a 360° nella lotta al dolore, nata per dare voce ai cittadini e per fronteggiare un'emergenza sociale ed economica che colpisce un cittadino su quattro), con un costo di oltre 70 miliardi di euro annui, di cui quasi un terzo a carico del Sistema Sanitario Nazionale

Un Numero Verde dedicato a chi soffre di dolore cronico, a disposizione di tutti coloro che hanno bisogno di informazioni e assistenza: è il servizio lanciato dall'associazione Hope - Hold On Pain Ends, presentato oggi in Senato da **Beatrice Ferragamo**, Presidente di Hope e **Alessandro Cecchi Paone**, che ne è testimonial e Consigliere, alla presenza del Responsabile Scientifico dell'Associazione **Guido Fanelli** e da **Emilia De Biasi**, Presidente Commissione Igiene e Sanità del Senato.

"Il Numero Verde contro il dolore vuole integrare i servizi ai pazienti previsti dalla legge 38 del 2010, ma anche supplire alla mancanza di strutture di supporto nelle regioni che ancora non la hanno applicata - spiega **Alessandro Cecchi Paone** -. Chi chiamerà sarà assistito da esperti qualificati che gli sapranno indicare cosa fare in caso di dolore cronico, a chi rivolgersi, dove andare, quali sono le strutture più adatte al suo caso, e saprà quali sono i suoi diritti, tutelati dalla Legge 38/2010 ("Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore"), additata anche dall'ONU come modello di tutela dei cittadini con dolore, ma applicata ancora in modo parziale e difforme sul territorio italiano, e ignorata dal 40% dei cittadini italiani".

Un servizio lanciato dalla neo-nata associazione Hope, presieduta da **Beatrice Ferragamo**, impegnata a 360° nella lotta al dolore, nata per supportare e dare nuova speranza a chi soffre. Un'associazione che non si rivolge solo ai pazienti, ma anche alle loro famiglie e ai caregiver che li assistono, perché quella del dolore è un'"epidemia silenziosa" che colpisce il 26% degli italiani, e che ha un altissimo costo sociale ed economico.

"Quando parliamo di dolore, oltre al fattore umano, che ovviamente è centrale, dobbiamo prendere in considerazione anche l'impatto sociale ed economico - spiega **Guido Fanelli**, Professore Ordinario di Rianimazione e Anestesiologia dell'Università degli Studi di Parma - come emerge anche da uno studio del Servizio di Terapia del Dolore del Dipartimento di Scienze Chirurgiche dell'Università di Parma, che stima che il costo sociale medio annuo del dolore cronico per paziente in Italia sia di 4.556 euro, per un totale di oltre 70 miliardi di euro all'anno, di cui quasi un terzo, il 31%, cioè più di 21 miliardi, va a carico del Sistema Sanitario Nazionale".

Tra i costi evidenziati dalla ricerca, quelli per visite del medico di famiglia e procedure specialistiche incidono per il 28%; mentre i costi di ricovero in degenza ammontano al 51%. Preoccupanti anche i costi indiretti del paziente-tipo (3.156 euro), per un danno economico quantificabile in quasi 50 miliardi di euro, come conseguenza della compromessa capacità lavorativa che il dolore può causare, mentre quelli dovuti alle brevi assenze (congedi) per malattia incidono per quasi un terzo (31%).

Numeri impressionanti, che danno la misura della gravità dell'"emergenza dolore". Per questo, Hope vuole supportare le tante associazioni di assistenza ai pazienti con dolore che già fanno un ottimo lavoro in Italia, integrando il loro lavoro e facendo "rete", perché ritiene che l'unico modo per sconfiggere il dolore sia quello di fare fronte comune, coinvolgendo anche la classe medica e le istituzioni. "Dobbiamo capire tutti insieme che il dolore è esso stesso una malattia, e che non alleviarlo o eliminarlo equivale ad una omissione di soccorso" dichiara **Beatrice Ferragamo**.

“La legge 38 sulle cure palliative sta facendo un salto di qualità: diventa un progetto che vive nella rete territoriale e in questo modo, se vivrà nei servizi specifici del territorio, potrà occuparsi della cronicità e del dolore”. Così **Emilia Grazia De Biasi**, Presidente della Commissione sanità del Senato, nel suo intervento. La senatrice ha ricordato come le "cure palliative" siano state "inserite nei nuovi Livelli essenziali di assistenza" garantendo così "prestazioni gratuite nel rispetto dell'universalismo della sanità italiana". Comunque, ha quindi puntualizzato De Biasi. “Le Regioni dovranno adeguarsi ai Lea e noi saremo lì a vigilare perché questo accada anche perché le differenze tra Regioni nei servizi che offrono ai cittadini stanno diventando insopportabili”.

De Biasi ha quindi sottolineato l'importanza della "ricerca nel campo del dolore accanto a un lavoro incessante di formazione affinché da parte dei medici di base ci sia sempre più informazione nei confronti dei cittadini". Ultimo aspetto: "apriremo una indagine conoscitiva sulla depressione - ha concluso la senatrice - per togliere un po' di polvere da questi argomenti considerati quasi estranei alla politica che, invece, deve occuparsi proprio di ciò che tocca le persone ogni giorno”.

A Roma sono state presentate anche altre iniziative promosse dall'Associazione, che vedranno la luce nei prossimi mesi: una indirizzata al sociale, in collaborazione con il carcere di Parma, per portare assistenza ai detenuti con dolore e far applicare correttamente la Legge 38 nelle strutture penitenziarie, e una di informazione e sensibilizzazione, che prevede una giornata speciale a Palazzo Strozzi di Firenze con una visita guidata gratuita alla mostra Rinascimento elettronico del visual artist Bill Viola, nelle cui opere riecheggiano riflessioni sulla vita e sul ruolo del dolore nell'esistenza dell'essere umano. Non solo: **Alessandro Cecchi Paone** ha annunciato un progetto editoriale ad hoc, con un libro di prossima pubblicazione intitolato "Mai più dolore", che darà spazio alle storie di vita vissuta dei pazienti con dolore e alle riflessioni degli esperti sulla tematica.

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

Terapia del dolore, il NienteMale Roadshow arriva ad Asti

Quarta tappa del tour informativo sulla Legge 38 del 2010



Asti, 9 mar. (askanews) – Quarta tappa ad Asti per il “NienteMale RoadShow”, percorso itinerante di incontri per sensibilizzare i cittadini sul loro diritto ad accedere alla terapia del dolore come stabilito dalla Legge 38 del 15 marzo 2010 “Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”.

L’obiettivo di questa iniziativa, realizzata con il contributo educativo di Angelini e con il patrocinio del Ministero della Salute, è informare sull’esistenza di una rete di assistenza a cui ci si può rivolgere per avere soluzioni contro il dolore.

Per la lotta al dolore, infatti, l’Italia risulta tra le ultime nazioni europee, insieme a Grecia e Portogallo: purtroppo, come evidenziato anche dal Ministero della Salute, nel nostro Paese esiste un vuoto assistenziale nelle tematiche riguardanti il dolore. Si tratta di una problematica fortemente trascurata, come testimoniato anche da questionari su autopercezione del dolore e conoscenza della normativa veicolati ai cittadini che hanno preso parte alle prime tre tappe di NienteMale Roadshow, quelle di Ancona, Crotone e Brindisi. E questo, nonostante l’innovazione portata dalla legge 38/2010.

Il format scelto, il dibattito in teatro, moderato da Rosanna Lambertucci, ha riscosso un grande interesse da parte della platea e ha favorito il coinvolgimento del pubblico.

Hanno preso parte all’evento esponenti del mondo scientifico, sociale e delle istituzioni. Il dibattito si è aperto con il saluto di benvenuto di S.E. Mons. Francesco Guido Ravinale,

Arcivescovo di Asti. Sono seguiti gli interventi di Angela Motta, componente della Commissione Sanità della Regione Piemonte, Davide Arri, vice sindaco di Asti, che ha portato i saluti da parte della città e Paolo Lanfranco vicepresidente della Provincia di Asti. Silvano Cardellino, primario di Anestesia e Rianimazione Ospedale Cardinal Massaia si è poi soffermato sull'importanza del centro specializzato nella terapia del dolore, che si trova all'intero della struttura ospedaliera; l'incontro è poi proseguito con le testimonianze di: Franco Testore, direttore S.O.C. Oncologia Ospedale Cardinal Massaia Asti; Maurizio Cremasco, consigliere dell'Ordine dei Farmacisti di Asti; Claudio Lucia, presidente dell'Ordine dei Medici della Provincia di Asti. Paolo Crepet, sociologo e psichiatra, si è infine focalizzato sull'impatto sociologico del dolore.

Numerose le associazioni locali coinvolte, tra cui alcune impegnate all'interno dell'Ospedale Cardinal Massaia di Asti, come CIF, Centro Femminile Italiano attivo nel reparto pediatria; Con te, Associazione Cure Palliative Astigiane; SOS Diabete; VAO, Associazione Volontari Ospedalieri facilita l'accesso nella struttura; l'Associazione Arte del Sorriso – VIP Asti che opera principalmente nel reparto pediatria, portando un sorriso ai più piccoli con la clownterapia; Progetto Vita a supporto del Day Hospital di oncologia; ed ancora ASTRO, Associazione Scientifica per la Terapia e la Ricerca Oncologica; AVIS, Associazione Volontari Italiani Sangue; il CSV, Centro Servizi per il Volontariato di Asti; Associazione Alzheimer Asti Onlus; Croce Rossa di Asti; Aisla Associazione Italiano Sclerosi Laterale Amiotrofica di Asti e Lilt, Lega Italiana per la Lotta Contro i Tumori di Asti.

Il NienteMale Roadshow prevede una serie di incontri in città di provincia; il prossimo evento si terrà nella città di Termini Imerese, provincia di Palermo, a maggio 2017.

Giovedì 09 MARZO 2017

Quando la dieta diventa un killer

Mangiare con troppo sale, consumare troppe carni processate e carni rosse, abusare in bevande zuccherate uccide, armando la mano a infarti, ictus e diabete. Ma a far male è anche il consumo in difetto di cibi salutari, quali frutta e verdura, cereali integrali, frutta a guscio e semi. I cibi killer abbondano sulla tavola delle minoranze etniche, dei maschi, delle persone con basso grado di istruzione

A tavola non s'invecchia e mangiare è sicuramente un piacere. Ma una dieta sbagliata può anche diventare un killer spietato. E' il monito che arriva da uno studio americano appena pubblicato su [JAMA](#) e finanziato dal *National Heart, Lung, and Blood Institute* (NHLBI), parte dei *National Institutes of Health*.

Circa la metà di tutti i decessi registrati negli USA nel 2012 per malattie cardio-metaboliche, quali cardiopatia ischemica, ictus e diabete di tipo 2, sono in un modo o nell'altro imputabili ad abitudini alimentari sbagliate.

Gli autori dello studio hanno infatti stimato che su 702.308 morti dovute a malattie cardio-metaboliche, il 45% (318.656) era associato ad un inadeguato consumo di alcuni cibi e nutrienti considerati vitali nell'ambito di una dieta sana e ad un consumo esagerato di altri cibi decisamente poco sani per la salute cardio-metabolica.

La più elevata percentuale di decessi è risultata correlata ad un eccessivo consumo di sodio; altri cibi 'killer' sono risultati le carni processate, le bevande zuccherate e un eccessivo consumo di carni rosse. Scarseggiano invece sulla tavola degli americani una serie di cibi salutari, a cominciare da frutta e verdura, noci e semi, cereali integrali, grassi polinsaturi e omega-3 dal pesce.

E dallo studio emergono anche dei risvolti sociali. I tassi di mortalità risultano più elevati tra i maschi rispetto alle femmine; tra i neri e gli ispanici, rispetto ai bianchi; tra le persone meno istruite rispetto a quelle con un titolo di studio superiore.

“Questi risultati – scrivono gli autori dovrebbero aiutare ad individuare delle priorità, a guidare la pianificazione degli interventi di salute pubblica e ad informare delle strategie che portino a modificare le abitudini alimentari e a migliorare lo stato di salute”.

“I dati riportati da Micha e colleghi – scrivono in un editoriale pubblicato sullo stesso numero **Noel Mueller** e **Lawrence Appel** del Dipartimento di Epidemiologia, Johns Hopkins Bloomberg *School of Public Health*, Baltimora (USA) – hanno la potenzialità di guidare le autorità sanitarie a pianificare degli interventi nutrizionali di salute pubblica che non solo aiuterebbero a prevenire dei decessi per cause cardiometaboliche ma potrebbero anche ridurre le disparità di salute”.

La dieta insomma come strumento di salute e di equità sanitaria.

Maria Rita Montebelli

■ **OGGI IL SALUTO A FABO**

**MALATI TERMINALI,
OBLIO SULLA LEGGE
PER ANDARSENE
SENZA SOFFRIRE**

ALESSANDRO CASSINIS

DA SETTE ANNI MANCANO I DECRETI ATTUATIVI. E LA PROPOSTA SUL TESTAMENTO BIOLOGICO NON FA PASSI AVANTI

Morire senza dolore, la legge dimenticata

Oggi la preghiera in chiesa per Dj Fabo. Poco applicata la norma italiana per i malati terminali

CURE PALLIATIVE

Sono leciti
il rifiuto della
nutrizione
e la sedazione
terminale

SCARSA INFORMAZIONE

Solo il 30%
dei pazienti
oncologici ha
accesso ai benefici.
Troppe ambiguità

C'è una piccola, ormai inutile verità, che è andata smarrita nel clamore dello scontro sull'eutanasia. Dj Fabo poteva morire in Italia. Era suo diritto rifiutare la nutrizione artificiale e chiedere una sedazione profonda fino alla morte, che sarebbe arrivata in quattro o cinque giorni. Fabo lo sapeva, ma non ha voluto seguire questa strada: voleva essere completamente padrone del proprio atto finale e comandare il meccanismo che lo avrebbe ucciso. Per questa soluzione, che si chiama suicidio assistito, c'era soltanto la via della Svizzera. Nessuno può permettersi di giudicare una scelta così personale, e tanto meno oggi che il giovane disc jockey, rimasto tetraplegico e cieco dopo un incidente d'auto, sarà salutato con un momento di preghiera nella chiesa di Sant'Ildefonso, a Milano.

Ma il rischio è che la zuffa ideologica pro o contro l'eutanasia confonda ancora di più le idee a chi vive nel dolore e che la Svizzera diventi l'ultima spiaggia di malati terminali ai quali le battaglie degli anni passati hanno assicurato, anche in Italia, il diritto di non soffrire fino alla fine.

Parliamo della legge 38 del 2010, una buona legge «per garantire l'accesso alle cure palliative e

alla terapia del dolore». Si rivolge a persone affette da patologie «ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esse esistono, sono inadeguate o sono risultate inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita». E vale anche per chi è affetto «da una patologia dolorosa cronica da moderata a severa». Forse non Fabo, che non era un malato terminale ma un disabile gravissimo. Però certamente i molti malati oncologici che dopo il suo esempio si sono messi in coda per una estrema trasferta in Svizzera.

La legge semplifica le procedure di accesso ai medicinali impiegati nella terapia del dolore e istituisce reti nazionali e locali per assistere il malato negli hospice e a casa sua, prevede risorse per formare il personale sanitario e far conoscere queste opportunità.

Ottima legge, benedetta anche dalla Chiesa. Peccato che in sette anni non siano stati anco-

ra varati i decreti attuativi e che la maggioranza dei malati terminali, ma anche molti medici, ne ignorino l'esistenza. Luca

Moroni, presidente della Federazione cure palliative che è portavoce delle onlus di questo delicato settore, calcola che solo il 30% dei malati di tumore accede ai benefici della legge

38. In Italia sono potenzialmente 340 mila le persone bisognose di cure palliative, ma solo una piccolissima porzione sa che questi trattamenti sono consentiti dalla legge. Molte Regioni, fra cui la Liguria, non hanno creato la rete locale delle strutture che praticano le cu-



re palliative, in barba alle norme dello Stato.

A tutto questo aggiungiamo l'ipocrisia di un Parlamento che, più timorato della Chiesa cattolica e molto più arretrato dell'opinione pubblica, ha evitato accuratamente di citare nella legge 38 la "sedazione palliativa profonda e continua" fra gli interventi che consentono ai malati terminali di non vivere in un inferno di dolore.

In questo caos di non detti e sottintesi normativi, i medici devono trovare un criterio per affrontare la realtà della sofferenza e della disperazione di moltissimi malati. Interpretano una legge dalle maglie pericolosamente ambigue con la bussola del *best interest*, il miglior interesse per il paziente. I volontari della Gigi Ghirotti coordinati da Franco Henriquet, per fare un esempio genovese, applicano la sedazione pro-

fonda e continua quando il malato, nelle ultime due o tre settimane di vita, ha sintomi refrattari alle normali terapie, soffre di insufficienza respiratoria o "fame d'aria", vive in una condizione di angoscia non trattabile con i farmaci o è in preda a un delirio incontenibile. In quest'ultimo caso, non è possibile chiedergli il consenso per la sedazione terminale: si informano i familiari e si procede. La morte sopravviene in tre o quattro giorni non per la sedazione, ma per la contemporanea sospensione di tutti i trattamenti sanitari salvavita. Dal punto di vista medico e giuridico non è eutanasia, perché la sedazione è pur sempre un ultimo intervento terapeutico. Ma sul piano etico non c'è alcuna differenza.

Invece di rafforzare questa legge come ha fatto la Francia, che ha esplicitamente previsto la sedazione profonda e conti-

nua come estrema arma contro il dolore, l'Italia rischia di fare molti passi indietro con la proposta di legge Lenzi che andrà in aula lunedì. È la norma sul testamento biologico, ossia sulle «volontà anticipate nei tratta-

menti sanitari». Non fa cenno alla sedazione profonda e continua, mette il medico un gradino sopra la persona, di cui «tutela la vita», si inchina al

confuso codice deontologico della categoria, impone una pianificazione delle cure «condivisa» fra paziente e sanitario. Non è escluso che in un blitz teodem arrivi a vietare la sospensione dell'idratazione e della nutrizione artificiale.

Quanto dolore dovrà servire ancora prima che anche in Italia si possa scegliere liberamente una fine serena e dignitosa?



Dj Fabo sul profilo Facebook dell'associazione Coscioni

L'INCOMPIUTA DELLA LEGGE 38

NEL 2010 il Parlamento italiano vara la legge 38, "Disposizioni per garantire l'accesso alla terapia del dolore", una delle normative più avanzate d'Europa. Ma in sette anni non sono ancora stati approvati i decreti attuativi e soltanto il 30% dei malati oncologici, pari al 40% di tutti i soggetti interessati, accede ai benefici di questa legge.

LUNEDÌ IN AULA IL "FINE VITA"

ANDRA' in aula lunedì la proposta di legge sul consenso informato e le dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari, il cosiddetto testamento biologico. Già nell'articolo 1 si specifica che la legge «tutela la vita e al salute dell'individuo». Non si fa cenno alla sedazione profonda continua e prevale l'autonomia del medico.

L'intervento Legge sul fine vita: accanto al paziente ma senza ambiguità

GIAN LUIGI GIGLI

Il testo da lunedì in discussione alla Camera non esclude il rischio di un'apertura all'eutanasia, seppure non dichiarata e limitata alla sola versione omissiva. Anche se difficile, è ora necessario emendare una norma su cui pesano l'autodeterminazione assoluta e la pretesa di universalismo rispetto a situazioni assai complesse.

A PAGINA 3

Legge sul fine vita, le zone d'ombra da chiarire

ACCANTO AL PAZIENTE SENZA AMBIGUITÀ



L'ospite

di Gian Luigi Gigli*

Da lunedì nell'aula di Montecitorio sarà in pieno svolgimento la discussione della proposta di legge sul consenso informato e le Dat (Disposizioni anticipate di trattamento). Il testo uscito dalla Commissione Affari sociali appare al momento fortemente insoddisfacente e inidoneo a escludere il rischio di una apertura all'eutanasia, seppure non dichiarata e limitata alla sola versione omissiva. A parole almeno, non vi sarebbe una ostilità preconcepita ad accogliere emendamenti migliorativi, anche se la disponibilità manifestata deve tener conto della contrarietà di una parte importante dei proponenti: non solo di M5S, Si, Mdp, ma anche di ampi settori dello stesso partito della relatrice Donata Lenzi, il Pd. Oggettivamente difficile, inoltre, emendare un testo nato su due errati presupposti: un presunto illimitato diritto individuale all'autodeterminazione e la valenza universalistica del provvedimento, indipendentemente dalle condizioni di salute del soggetto interessato. Quali dunque gli spazi percorribili per evitare che l'assisten-

za al suicidio possa rientrare in futuro tra i compiti delle istituzioni sanitarie e che la vocazione di cura delle professioni sanitarie possa risultare snaturata dalla nuova legge?

Un modo, se si volesse, sarebbe appunto quello di spostare l'accento dal piano delle previsioni generalizzate a quello del contesto clinico.

Per quanto riguarda nutrizione e idratazione diversa è la condizione del malato terminale da quella del disabile stabilizzato: ciò che nel primo caso potrebbe essere ostinazione terapeutica contro un esito ineluttabile nell'altro è doverosa assistenza, sottrarre la quale equivarrebbe ad aver deciso di affrettare la morte del paziente. In particolare, si tratterebbe di suicidio se fosse il paziente stesso ad assumere la decisione, o di eutanasia da omissione di cure se a decidere su un incapace fosse chi legalmente lo rappresenta.

Allo stesso modo, una malattia a decorso progressivo e a esito inevitabilmente infausto è cosa diversa da una condizione transitoria di danno, anche gravissimo, ma potenzialmente suscettibile di miglioramento. Nel primo caso sospendere le cure

consente alla malattia di proseguire nel suo decorso ma non è causa del decesso del paziente, nel secondo lo priverebbe anche di ogni speranza di recupero, decidendo che nelle sue condizioni è meglio morire.

E ancora, a seconda dei casi, l'idratazione può per il paziente coincidere con la terapia stessa, ovvero essere il veicolo attraverso il quale somministrargli le terapie, oppure il sostegno del suo metabolismo indipendentemente dalla condizione di malattia, o infine, in taluni casi, anche un fattore di aggravamento delle sue condizioni cliniche perché mal tollerata o dannosa. È evidente che il giudizio sul significato della decisione di sospendere non potrebbe che essere diverso nei diversi casi. Vi sono poi casi in cui la stessa palliazione del dolore può rendere necessario che l'i-



dratazione continui a essere assicurata per una corretta somministrazione dei farmaci.

Per quanto riguarda l'autodeterminazione, la prima cosa di cui accertarsi dovrebbe essere quella di un'effettiva autonomia delle scelte, libera da condizionamenti di natura psicologica, familiare, sociale o economica oltre che fondata sul presupposto di una piena sanità mentale.

Nello spirito della Convenzione di Oviedo, poi, a nessuno dovrebbe essere riconosciuto il diritto di prendere decisioni sulla vita di chi non può autodeterminarsi perché minore o incapace, se non in vista di un suo diretto beneficio, un beneficio che certo non può consistere nella sua morte.

Inoltre, se nessuno può certo imporre a un paziente di curarsi, altrettanto certamente nessuno può imporre al medico di collaborare al progetto di chi ha deciso di farla finita. Come potrebbe dunque un medico essere tenuto a togliere il sondino o la cannula di chi ha deciso di lasciarsi morire o, peggio, essere costretto a toglierlo al minore o all'incapace che un altro ha deciso di lasciar morire?

Per quanto poi riguarda le strutture sanitarie, se esse debbono certamente accompagnare l'evoluzione della malattia in un paziente che abbia deciso di non curarsi non dovrebbero, tuttavia, diventare il luogo in cui porre in atto la scelta suicidaria o quella eutanasi. Ciò tanto più quando si tratta di istituzioni sanitarie che furono fondate per testimoniare la vicinanza della Chiesa verso i malati e per riaffermare l'inalienabile dignità di disabili e malati, non importa se gravi o incurabili.

Sarebbe grave se scelte di natura ideologica, logiche congressuali o timori di convergenze anomale prevalsero su argomenti di natura clinica, di deontologia professionale e di umanità vera.

** deputato di Democrazia
solidale - Centro democratico
presidente nazionale
del Movimento per la Vita*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

ETICA E BUROCRAZIA

L'INDIFFERENZA FA PIÙ DANNI
DEL CONSERVATORISMOdi **Paolo Cendon**

Caro direttore, si è parlato di recente — a proposito della legge sul testamento biologico, in discussione alla Camera — di una lobby «conservatrice» che opererebbe in Parlamento. Direi che qualcosa del genere esiste in effetti. Non credo sia comunque il solo grumo di onorevoli che remano, più o meno consapevolmente, contro le persone fragili. Né appare quello più temibile.

Certo i conservatori in tema non mancano; sparsi in ogni partito, traggono linfa da diverse ideologie (soprattutto un certo cattolicesimo, integralista e celeste, un certo marxismo, sordo e ottocentesco, un certo liberalismo, tagliato sugli stereotipi del cittadino austero, tetragono). Il tasso di pericolosità non mi sembra qui, comunque, il più elevato. Pugnaci sì, obbediscono a soffi profondi, questi nostalgici; ma alla fine è la loro stessa durezza a smascherarli. Gli parlate di qualità della vita, di quotidianità ferita di un morente; vi rispondono invitando la mente a librarsi in alto, verso l'eternità che comanda, i dogmi infrangibili. Gli nominate Gesù Cristo, la risposta è che il punto vero è l'osservanza, la devozione a Roma. Un malato soffre, le medicine più non gli giovano: concedono che gli verrà staccata la spina, forse, non si sogni però di venire «aiutato» a spegnersi, con qualcosa di ver-

sato nella flebo, addirittura.

Discorsi gravi. Non è un tratto da sottovalutare; qualche scaramuccia si perderà, la battaglia può alla fine essere vinta.

Con la lobby «affaristica» in Parlamento è già più dura. Coefficiente marcato di pericolosità. Parlo del blocco che ha deluso, l'estate scorsa, le aspettative dei genitori circa una normativa davvero seria sul «dopo di noi». Di brutto questa incrostazione ha che è potente, ramificata: banche, assicurazioni, studi legali, finanziarie. Gli parlate della mamma di un figlio disabile, la quale teme che un giorno, quando sarà scomparsa, nessuno chiederà più al suo giovanotto come sta, se ha voglia di un gelato; ribattono che quel che serve in Italia è una buona disciplina sul trust, sui negozi fiduciari. Accennate al primato dei diritti civili, al dovere di abbandonare approcci pietistici; vi richiamano alla necessità di un'accorta defiscalizzazione per i patrimoni vincolati, per le fondazioni.

Di buono c'è che avete dalla vostra, qui, il popolo italiano. Si può pensare già a qualche campagna di rilancio: per l'avvio di un coordinamento col giudice tutelare, per una ripartenza del «progetto di vita» — immaginato stavolta come statuto argentino, tintinnante. Un *bill of rights* autentico.

Le difficoltà più grosse vi aspettano con la terza lobby, quella dell'indifferenza. Un chiaro esempio sono i tentativi di far approvare, da chi dovrebbe, il progetto abrogativo

dell'interdizione. Spiegate (Commissione xy, stanza 652) che una proposta esiste già, risalente a dieci anni fa, con i partiti pronti tutti ad approvarla? Vi guardano con l'aria di chi neanche sa di cosa state parlando. Insistete che l'interdizione è un regime mortificante, che vari Stati in Europa l'hanno cancellato? Vi ascoltano con gentilezza, senza commentare. Insistete trattarsi di un istituto così oppressivo che tanti credono sia già stato abolito, anche da noi; e che la realtà è invece che gli interdetti sono oggi decine di migliaia: con vari Tribunali chiusi a civiltà e fratellanza, allenati a interdire trimestralmente un sacco di poveretti? Vi avvertono che avete sbagliato indirizzo. E voi obbedite, andate giù, toc toc, e fate quello che vi consigliano, solo che di nuovo... non so se occorra che continui.

Così uscendo in piazza Montecitorio, senza aver molto combinato, non potete evitare di compiacervi: «Quanta affabilità questi parlamentari, verso un elettore qualsiasi», e insieme di mormorare: «Ho come un senso di déjà-vu, letture dei vent'anni, *Il giudizio* mi pare, come si chiamava quello scrittore, Kafka, un cognome simile...».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'ente pubblico che regola il mercato dei medicinali

Agenzia del farmaco senza capo Un favorito c'è, ma è ineleggibile

Per la presidenza dell'Aifa emerge il nome di Giuseppe Remuzzi. Lavora per l'istituto Mario Negri, finanziato dalle case farmaceutiche: un clamoroso conflitto di interessi

FRANCO BECHIS

■ ■ ■ A distanza di pochi anni ancora una volta l'Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri intreccia la sua storia con quella dell'Aifa, l'agenzia italiana del farmaco, evocando lo spettro di un conflitto di interessi. Accade anni fa quando il fondatore e direttore di quell'istituto, il professore Silvio Garattini, fu fermato sulla soglia della nomina alla guida dell'agenzia quando all'epoca era ministro della Salute il montiano Renato Balduzzi.

Riaccade ora grazie alla conferenza Stato Regioni che proprio ieri ha offerto alla ministra attuale, **Beatrice Lorenzin**, una terna di nomi per la presidenza dell'Aifa, che ha in testa ancora una volta un esimio professore che viene dal Mario Negri: Giuseppe Remuzzi, che da anni è il braccio destro di Garattini, coordinatore delle ricerche di due istituti affiliati al Negri nella provincia di Bergamo. Remuzzi è uno dei più insigni nefrologi italiani, direttore pure del dipartimento di medicina degli ospedali riuniti di Bergamo, e ovviamente non sono in discussione i suoi meriti scientifici. Ma appena era apparso già nell'autunno scorso il suo nome come possibile candidato alla guida dell'Aifa erano subito scoppiate polemiche per un possibile conflitto di interessi. Il Mario Negri vive infatti di finanziamenti, ha norme per limitarne l'influenza (nessun finanziamento può essere superiore al 10% delle entrate), ma ha tra gli sponsor e i mecenati numerose azien-

de farmaceutiche. In alcune strutture collegate quel tipo di finanziamenti hanno rappresentato per anni la stragrande maggioranza delle entrate. Non c'è scandalo in questo, perché in tutto il mondo la ricerca o viene finanziata da risorse pubbliche o da finanziamenti privati, e in questo campo le aziende farmaceutiche anche attraverso loro fondazioni sono le principali protagoniste. Un sistema utilissimo alla ricerca scientifica, che certamente ha più garanzie quando è finanziata dal sistema pubblico, ma che pone ovviamente problemi di compatibilità e di conferibilità rispetto a un incarico pubblico come quello della guida dell'agenzia del farmaco che per ovvie ragioni deve essere assolutamente indipendente dalle aziende farmaceutiche. Come allora accade per Garattini (che comunque fu indicato per il cda dell'Aifa) contro cui si scatenarono numerose interrogazioni parlamentari per fare emergere il conflitto di interessi potenziale, ora rischia di accadere per il suo braccio destro Remuzzi. Per ogni tipo di collaborazione con l'Aifa è necessario infatti firmare una dichiarazione pubblica di interessi e impegno alla riservatezza con cui per altro bisognerebbe escludere anche rapporti di consulenza strategica con società e istituti, tanto più con quelli che avessero avuto rapporti anche finanziari con la stessa Aifa.

Il caso Remuzzi era esploso per questo già a novembre, quando oltre all'ipotetico conflitto di interessi era emerso

anche un problema anagrafico: il professore compirà il 3 aprile 68 anni, e il mandato all'Aifa è quinquennale: durebbe dunque assai più dei limiti imposti dalla legge Madia sugli incarichi nella pubblica amministrazione. Sorprende dunque che il suo nome sia emerso dalla conferenza Stato-Regioni, anche se la scelta sembra essere stata combattuta non poco, e abbia diviso gli stessi enti locali, tanto è che alla testa di una terna di candidati, di cui fanno parte anche Stefano Vella, direttore del Dipartimento del Farmaco presso l'Istituto Superiore di Sanità e Carlo Gaudio, primario di cardiologia e professore ordinario nel settore scientifico disciplinare Scienze Tecniche Mediche Applicate alla Università la Sapienza di Roma.

Sembra che su Remuzzi più che le Regioni si sia interstardita la ministra **Lorenzin**, che con la gestione dell'Aifa non è stata particolarmente brillante (o comunque assai sfortunata). Già un presidente-Sergio Pecorelli- nel dicembre 2015 ha dovuto lasciare l'incarico per un conflitto di interessi. Poi è scoppiata la vicenda del direttore generale che ha guidato l'Aifa per un quinquennio: Luca Pani, finito nel mirino del collegio dei revisori e della Ragioneria generale dello Stato per avere sfondato il tetto dei 240 mila euro stabilito dalla legge attraverso un doppio incarico (Aifa ed Ema) che gli avrebbe fatto intascare 647 mila euro più del dovuto. Quella somma dovrebbe essere restituita all'erario, tanto più che Pani continua a percepire emolumenti



pubblici attraverso l'Ema. Ma nessuno al momento ha provveduto ad averli indietro. Il suo posto all'Aifa è invece stato preso dall'ex presidente Mario Melazzini, già assessore nell'ultima giunta di Roberto Formigoni e poi per qualche tempo anche in quella di Roberto Maroni alla Regione Lombardia.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

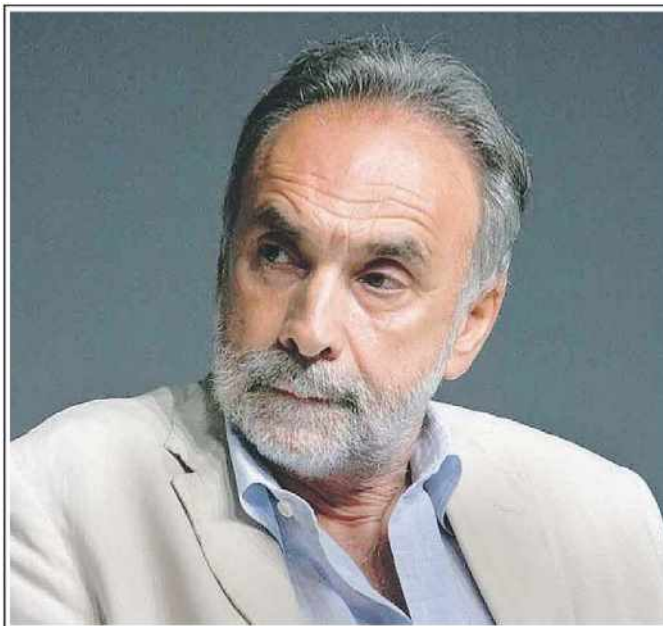
LA SCHEDA

L'AGENZIA

L'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) è l'istituzione pubblica competente per l'attività regolatoria dei farmaci in Italia. Ha iniziato la sua attività nel luglio 2004. Opera in autonomia, sotto la direzione e la vigilanza del [ministero della Salute](#) e del ministero dell'Economia e delle finanze. Collabora con le Regioni, l'Istituto superiore di sanità, gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, le associazioni dei pazienti, i medici, le società scientifiche, il mondo produttivo e distributivo del settore.

LE ATTIVITÀ

L'Agenzia del farmaco svolge tutte le attività legate al processo regolatorio relative al farmaco: dalla registrazione e autorizzazione del prodotto all'immissione in commercio al controllo delle officine produttive e della qualità di fabbricazione; dalla verifica della sicurezza e appropriatezza d'uso del medicinale alla negoziazione del prezzo, fino all'attribuzione della fascia di rimborsabilità. L'Aifa governa inoltre la spesa farmaceutica, in stretto rapporto con Regioni e industria del settore.



Giuseppe Remuzzi, 66 anni

<http://www.sanita24.ilssole24ore.com/>

DAL GOVERNO

Farmaci/Remuzzi, Vella, Gaudio: ecco la terna per la presidenza Aifa proposta dalle Regioni alla ministra

di *r. tu.*



Un bergamasco di (quasi) 68 anni. Un romano di (quasi) 65. Un cosentino di 59 e mezzo. È la terna che i governatori propongono alla ministra Lorenzin per la presidenza di Aifa, poltrona vuota (vacante) da quando Mario Melazzini è diventato direttore generale: i tre candidati sono **Giuseppe Remuzzi, Stefano Vella, Carlo Gaudio** (ora già nel Cda dell'Agenzia).

La proposta della terna sarà sottoposta oggi alla ministra dalle Regioni, che oggi non senza fatica hanno deciso di andare avanti. Rivelando fin dall'indicazione di più nomi di non essere esattamente compatte. Ma ci sarà un'avvertenza nella lettera che ad ore sarà inviata a Lungotevere Ripa: su un nome c'è maggiore "unità", cioè ci sono più Regioni "dietro": è quello del professor Remuzzi. A questo punto si deve decidere. Il dado è (quasi) tratto. Con un dato di fatto: l'eliminazione di un nome che era stato azzardato, quello della moglie di un politico di un'area politica e di ascendenze assai prossime a chi governa la sanità. Ecco di seguito i curricula dei tre candidati.

Giuseppe Remuzzi (Bergamo, 3 aprile 1949)

dal 2011 (marzo) - Direttore, Dipartimento di Medicina, Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti di Bergamo

Stefano Vella (Roma, 12 giugno 1952)

direttore del Dipartimento del Farmaco presso l'Istituto Superiore di Sanità.

Carlo GAUDIO (Cosenza, 18 settembre 1957)

Professore Ordinario e Primario di Cardiologia, nel settore scientifico disciplinare "Scienze Tecniche Mediche Applicate"(MED/50) presso il Dipartimento di Scienze Cardiovascolari, Respiratorie, Nefrologiche, Anestesiologiche e Geriatriche della Facoltà di Medicina e Odontoiatria della Sapienza, Università di Roma, dove riveste anche altri incarichi.

8 MARZO, GIORNATA DELLA DONNA

"Presenza femminile fondamentale nel mondo del farmaco del Duemila"

09 Marzo 2017

"Chi l'ha detto che donne e uomini sono uguali?" da questa domanda ha preso nome e ispirazione il convegno promosso da Farindustria dedicato alla posizione delle donne nel mondo del farmaco, sia come produttrici che come consumatrici. Durante il convegno, tenutosi a Roma, al cospetto di un parterre prevalentemente femminile che ha visto presenti tra i relatori il ministro della salute **Beatrice Lorenzin**, la senatrice **Emilia Grazia de Biasi**, presidente commissione igiene e sanità del senato, l'onorevole Eugenia Roccella, componente commissione affari sociali della camera e **Francesca Merzagora**, presidente dell'Osservatorio nazionale sulla salute della donna (Onda) si sono affrontati diversi argomenti riguardanti la salute declinata al femminile, partendo dalla necessità di continuare a sviluppare e a diffondere il concetto di medicina di genere, perché questo non venga più banalmente inteso come "medicina delle donne", ma venga compreso nella sua interezza di approccio personalizzato al paziente, che prende in considerazione la diversità - biologica e culturale - tra uomini e donne. Conseguentemente occorre continuare a investire su farmaci diversificati, messaggio che la ricerca farmaceutica sembra aver pienamente recepito, visto l'arrivo di ben 850 farmaci specifici per il genere femminile. Interessante constatare che questi nuovi farmaci non riguardano tutti le malattie ginecologiche, molti di questi mirano invece a risolvere problemi a livello di sistema muscolo-scheletrico e sistema immunitario oppure a combattere neoplasie: questo vuol dire che sono ormai diverse branche della medicina dove la medicina di genere è già una realtà.

E per quanto riguarda le donne che lavorano nel settore dell'industria farmaceutica? A rispondere a questa domanda è **Massimo Scaccabarozzi**, presidente di Farindustria che illustra la situazione attuale fornendo numeri che valgono più di mille parole: le donne del settore rappresentano il 43 per cento dei lavoratori, con un picco che supera il 50 per cento nel settore ricerca e, per quanto riguarda le posizioni dirigenziali, una su tre è occupata da un membro del sesso femminile. Il tutto in un contesto che vede un'altissima percentuale di laureate e diplomate, ben il 90 per cento. Questo quadro così roseo è reso possibile dal felice incontro tra una selezione meritocratica del personale e l'adozione di un welfare aziendale "a misura di donna", con il 70% delle imprese farmaceutiche che offrono un ampio ventaglio di servizi anche finalizzati alla conciliazione del tempo di vita e di lavoro. Dalle mense alle agevolazioni sull'orario, dalle assicurazioni alla sanità integrativa con screening mirati gratuiti di medicina preventiva, dagli asili aziendali allo smart working. Una serie di facilitazioni è adottata solo dal 43% delle aziende degli altri settori. Per celebrare ulteriormente il ruolo importantissimo che hanno le donne nella ricerca sono stati inoltre consegnati tre premi Telethon-Farindustria ad altrettante ricercatrici che si sono distinte ottenendo finanziamenti

I SONDAGGI DEL GIORNO



Voi avete paura di viaggiare in auto sulle strade italiane?

[VOTA SUBITO! →](#)


Secondo voi è giusto dare in adozione bambini a coppie gay?

[VOTA SUBITO! →](#)

Sostieni anche tu la popolazione del Centro Italia
IBAN IT 83 Z 05424 15300 00000010000
 >> **CLICCA QUI PER DONARE** <<
 GRUPPO BANCA POPOLARE DI BARI



05.03.2017
"Devo prostituirmi per campare"
 La star italiana in rovina confessa tutto / [Guarda](#)



04.03.2017
Medjugorje, il dubbio sulla Chiesa
 Cosa c'è dietro quello strano silenzio
[Il vescovo che fa infuriare i fedeli](#)



06.03.2017
Italia e Berlusconi? Sono spacciati.
 Friedman: "Cosa sta per accadere"



02.03.2017
Ecco la giudice nemica della Lega:
 cosa faceva prima di condannarla



04.03.2017
Addio al prosciutto San Daniele: che brutta fine fa



06.03.2017
Ricordate Amedeo Goria? Il dramma:
 "Cosa devo fare per non morire" / [Guarda](#)



05.03.2017
Ballando, Xenia porno: mossa hard in microslip



04.03.2017
Carfagna da svenire: ve la ricordate così? Ecco com'è adesso (strepitosa) / [Guarda](#)



08.03.2017
Pattona esagerata (proprio quella)
 Attenti, immagini esplicite / [Foto](#)



05.03.2017
Gloria erotica in diretta tv: una spaccata pazzesca

TORINO

L'operaio licenziato dopo il trapianto sarà riassunto

TORINO. Antonio Forchione non perderà il posto. L'operaio torinese, 55 anni, era reduce da un trapianto al fegato che gli aveva salvato la vita e lunedì, finita la convalescenza, pensava di rientrare alla Oerlikon Graziano di Rivoli, ma ha ricevuto una lettera di licenziamento. Mercoledì i suoi 700 colleghi hanno scioperato in massa e ieri la multinazionale svizzera ha fatto marcia indietro: prima ha annunciato al governatore del Piemonte Sergio Chiamparino che non avrebbe allontanato il lavoratore, poi ha confermato pure al suo legale la revoca del licenziamento. Dice Forchione: «Meglio così, anche se avrei preferito evitare questo polverone. Sono orgoglioso che i miei colleghi abbiano scioperato per me». Prima che l'azienda decidesse il dietrofront, la notizia aveva sollevato i commenti indignati di politici e sindacati. Anche il ministro Poletti, aveva bollato il licenziamento come «inconcepibile» e «sbagliato». E la Fiom osserva: «Ha pesato molto l'iniziativa dei lavoratori».

(Stefano Parola)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Giovedì 09 MARZO 2017

Mobilità sanitaria interregionale. Nel 2015 una spesa di oltre 4,100 miliardi per curarsi fuori regione. Ecco chi ci guadagna e chi ci rimette

Le Regioni hanno condiviso oggi la tabella dei saldi della mobilità sanitaria 2015 che andrà comunque a pesare sul riparto 2017. Come ormai da anni è “tradizione”, la migliore, quella che dalla mobilità incassa di più, è la Lombardia con un saldo positivo per quasi 598 milioni, seguita da Emilia Romagna (+346 milioni circa), Toscana (+146) e Veneto (poco meno di +113 milioni). La peggiore è la Campania, con un rosso di oltre 282 milioni, seguita in negativo dalla Calabria con oltre 276 milioni di buco e poi dal Lazio che supera i -240 milioni. [IL DOCUMENTO.](#)

Vale 4,154 miliardi la ricerca di cure migliori o più sollecite in Regioni diverse da quelle di residenza. Tra dare e avere la mobilità sanitaria 2015 - quella che per scelta delle stesse Regioni peserà sul riparto 2017 - e che è oggi all'esame finale dei governatori dopo il parere favorevole degli assessori alla regionali alla Sanità, dà un quadro tristemente conosciuto della situazione dell'assistenza.

Il Nord e le Regioni tradizionalmente virtuose hanno i conti (il saldo tra dare e avere) in nero. Per le altre, quasi tutte del Sud e praticamente tutte quelle in piano di rientro, le cifre sono in rosso e cinque di loro (Campania, Calabria, Lazio, Sicilia e Puglia), da sole hanno un saldo negativo che supera il miliardo.

Come ormai da anni è “tradizione”, la migliore, quella che dalla mobilità incassa di più, è la Lombardia con un saldo positivo per quasi 598 milioni, seguita da Emilia Romagna (+346 milioni circa), Toscana (+146) e Veneto (poco meno di +113 milioni). La peggiore è la Campania, con un rosso di oltre 282 milioni, seguita in negativo dalla Calabria con oltre 276 milioni di buco e poi dal Lazio che supera i -240 milioni.

Unica eccezione nella parte alta della classifica è il Molise che chiude il bilancio in positivo: +25,25 milioni. Tuttavia è ormai noto che il saldo in nero è legato all'Irccs Istituto neurologico mediterraneo di Isernia (Neuromed) a cui affluiscono pazienti da tutta Italia, creando un dato più che positivo di mobilità.

Nella parte bassa della classifica invece ci sono tutte le Regioni in piano di rientro, tre a statuto speciale, Valle d'Aosta, Trento e Sardegna, che si appoggiano la prima al Piemonte e alla Lombardia (e all'estero in Francia), la seconda a Veneto, Lombardia e Bolzano e la terza, la Sardegna, con i debiti maggiori verso Lombardia, Lazio e Piemonte.

Ci sono poi tra le Regioni in rosso e non (o non più) in piano di rientro Basilicata, Liguria e Marche. Per la prima e la seconda la mobilità maggiore è tutta “confinante”, nelle Regioni cioè più Vicine: per la Basilicata sono Puglia, Campania, Calabria e per la Liguria sono Piemonte, Lombardia, Toscana. Anche dalle Marche c'è una mobilità di confine verso Lazio, Emilia Romagna e con una quota elevata (quasi 48 milioni) Abruzzo, ma una quota consistente di spesa (9,5 milioni) va anche in Puglia.

Tra i debiti più elevati verso Regioni non confinanti, c'è quello della Campania verso la Lombardia (quasi 12 milioni, ma la Regione ne ha anche più di 6 verso l'Emilia Romagna, 5,8 con la Toscana, quasi 4 verso il Piemonte, circa 3 con il Veneto).

Dei saldi di mobilità fanno parte anche circa 40 milioni che riguardano voci come il registro di donatori di midollo osseo e le cellule staminali (unico polo il Galliera di Genova), la plasmaderivazione e gli emocomponenti, concentrate tutte su poche Regioni, i 192 milioni per l'ospedale bambino Gesù di Roma e i poco meno di 43 per l'Ordine di Malta. Circa 275 milioni quindi, poco meno del 7% del valore intero della mobilità.

Ci sono infine circa 100,3 milioni di mobilità per ricoveri privati tra il 2013 e il 2015 che le Regioni hanno concordato di calcolare al 50 per cento. Anche in questo caso la quota positiva più alta è della Lombardia, seguita però nell'ordine da Veneto, Umbria, Toscana ed Emilia Romagna, mentre in negativo il saldo peggiore è quello del Lazio e a seguire di Campania, Marche e Sicilia. Si tratta tuttavia di importi relativamente bassi: per la Lombardia, calcolando appunto il 50%, sono poco più di 30 milioni, per il Lazio sul versante opposto un rosso di circa 15 milioni.

Per quanto riguarda l'incidenza della mobilità sul riparto dei fondi per il 2017, per le Regioni vale l'accordo già raggiunto a settembre 2016, in cui si è stabilito di diluire gli effetti in due esercizi: la mobilità 2015 e il relativo conguaglio nel riparto 2017, i conguagli della mobilità 2014 nel riparto 2018 insieme ai dati relativi al 2016.

REGIONI	CREDITI 2015	DEBITI 2015	SALDI 2015
LOMBARDIA	937.805.981	340.175.118	597.630.864
E ROMAGNA	590.559.899	244.732.523	345.827.376
TOSCANA	330.197.342	183.813.640	146.383.702
VENETO	345.071.993	232.437.569	112.634.424
MOLISE	91.646.419	66.396.099	25.250.320
UMBRIA	107.875.808	90.133.976	17.741.832
FRIULI	90.389.727	77.350.887	13.038.840
BOLZANO	28.452.790	23.126.125	5.326.665
V D'AOSTA	11.890.779	20.254.644	-8.363.866
TRENTO	50.143.257	63.028.768	-12.885.510
BASILICATA	80.554.728	105.061.915	-24.507.187
LIGURIA	150.694.157	187.505.673	-36.811.517
PIEMONTE	212.610.819	259.944.227	-47.333.408
MARCHE	105.677.930	154.591.321	-48.913.391
SARDEGNA	17.085.723	87.614.317	-70.528.594
ABRUZZO	102.566.673	175.596.038	-73.029.365
PUGLIA	129.611.945	315.818.280	-186.206.336
SICILIA	69.207.009	260.354.011	-191.147.002
LAZIO	302.022.584	542.193.917	-240.171.333
CALABRIA	27.491.781	303.894.164	-276.402.384
CAMPANIA	137.768.550	420.235.487	-282.466.937

B GESU'	192.193.736	108.203	192.085.533
ACISMOM	42.847.272	0	42.847.272
TOTALE	4.154.366.903	4.154.366.903	0

CONSEGNATI I TERRENI EX FALCK BONIFICATI

Polo tecnologico di oncologia dove ci sarà la Città della salute

L'appalto è fermo, in attesa che la commissione assegni di nuovo i lavori. «Ma il progetto della Città della Salute va avanti», assicura Maroni: ieri il gruppo Bizzi, responsabile delle bonifiche nelle ex aree Falck dove sorgerà il mega ospedale, ha consegnato il primo lotto di terreni bonificati. «È un modello che funziona», dice il ministro dell'Ambiente Galletti. Il governatore rilancia: «Creeremo qui anche una scuola di alta specializzazione in oncologia».

ALESSANDRA CORICA A PAGINA VII

Chiusa la prima fase della maxi bonifica sulla Città della salute resta l'incognita lavori

Ripulito il 25% dei terreni all'ex Falck di Sesto La Regione: qui anche start up sull'oncologia

Ancora un rinvio per salvare la gara sui cantieri bocciata dal Consiglio di Stato

ALESSANDRA CORICA

UN PRIMO passo. Per quel progetto da settimane di nuovo nell'occhio del ciclone, dopo la sentenza del Consiglio di Stato che ha stroncato la gara con la quale i lavori da 450 milioni erano stati assegnati. Milanosesto, la società del gruppo Bizzi che si occupa della riqualificazione delle ex aree Falck, ha consegnato il primo lotto bonificato dei terreni dove dovrebbe nascere la Città della Salute, il mega ospedale pensato per riunire l'Istituto dei tumori e il neurologico Carlo Besta. E il cui appalto è nelle sabbie mobili, dopo che i giudici hanno accolto il ricorso proposto da Salini Impregilo, che nel 2015 non si era aggiudicata i lavori, vinti invece dalla cordata guidata da Condotte d'Acqua.

Quella dell'appalto è una bella matassa da sbrogliare, per la Re-

gione. Di qui, la decisione di dimostrare che «il progetto va avanti», come ripetuto più volte dal governatore Roberto Maroni. Con, appunto, l'inaugurazione con il gruppo Bizzi del primo lotto di terreni (il 25 per cento) dove la bonifica è stata completata. Non solo. Per sottolineare che il progetto non si ferma, Maroni rilancia: «Le università Statale e Bicocca stanno pensando di avviare qui anche una scuola post-laurea di alta specialità». L'idea è quella di realizzare nelle ex Falck, oltre al mega ospedale, anche un polo tecnologico dedicato all'oncologia. Con incubatori d'impresa, start up e aziende private, in arrivo anche dall'estero: una sorta di "contraltare" dello Human Tecnopole, che invece è previsto nel sito Expo e dedicato alla genomica. In polo di Sesto, l'intenzione sarebbe anche quel-

la di ospitare una scuola di alta specializzazione per medici, in neurologia e oncologia, su modello della Sant'Anna di Pisa.

Il progetto è ancora *in itinere*, tanto che sia la Statale sia la Bicocca rifiutano alcun commento. Sarebbe, però, un modo ulteriore per rilanciare le ex Falck, nelle quali le bonifiche sono ancora in corso: quelle sugli altre tre lotti della Città della Salute dovrebbe-



ro finire entro l'autunno. Mentre dovrebbero proseguire più a lungo quelle sul resto dell'area, dove la riqualificazione parte dal masterplan di Renzo Piano. E prevede la nascita, accanto al mega ospedale i cui 250mila metri quadri in autunno verranno ceduti da Bizzi alla Regione, di condomini e un parco che faccia da polmone verde per tutta la zona. E poi di un centro commerciale — grazie all'accordo tra Bizzi e il gruppo saudita Al Hokair — e di scuole, edifici di social housing e del nuovo commissariato di Sesto, intitolato ad Antonio Manganelli. «Il modello Sesto funziona. Abbiamo imparato molto da questa bonifica, adesso abbiamo 51 siti a livello nazionale da bonificare», sottolinea il ministro dell'Ambiente Gian Luca Galletti, arrivato per assistere alla cerimonia. «È un percorso trasparente e rispettoso dell'ambiente: si fa concreto il sogno di restituire a Sesto un'area importante», esulta il sindaco Monica Chittò.

La fine dei lavori è prevista per la Città della Salute, e per alcune parti del quartiere circostante, intorno al 2021. «E noi continueremo a lavorare affinché il progetto venga portato a termine secondo i tempi previsti», assicura il patron di Milanosesto, Davide Bizzi. Rassicurazioni a parte, però, i tempi rimangono la vera incognita, dopo la bocciatura della gara da parte del Consiglio di Stato. «Solo un intoppo tecnico», ripete anche il sindaco Beppe Sala, nelle vesti di numero uno della Città metropolitana. La commissione che dovrà rifare la graduatoria si riunirà la prossima settimana: dovrà ricalcolare i punteggi e riassegnare la gara. Con i ricorsi da parte di chi rimarrà a bocca asciutta, praticamente già pronti. E con buona pace della dead line prevista.

©RIPRODUZIONE RISERVATA



LA CONVERSIONE DELL'EX FABBRICA

Finita la prima fase delle bonifiche alla Falck di Sesto

IPUNTI

IL PROGETTO

La Città della Salute è stata ideata su 250mila metri quadrati delle ex Falck, per dare una nuova casa al neurologico Besta e all'Istituto dei tumori

LA GARA

Vale 450 milioni di euro, e copre i costi sia di costruzione del mega ospedale sia della sua gestione per i prossimi 27 anni: è stata bocciata dal Consiglio di Stato

IL QUARTIERE

Attorno alla Città della Salute è prevista la nascita anche di un quartiere, ideato sulla base del masterplan di Renzo Piano, che sarà realizzato dal gruppo Bizzi