



RASSEGNA STAMPA

19-11-2017

1. QUOTIDIANO SANITÀ' Tumore al pancreas. Entro il 2030 sarà la seconda causa di morte nel mondo
2. GIORNO - CARLINO – NAZIONE Int. a Massimo Falconi - Il tumore al pancreas Un nemico silenzioso difficile da individuare
3. CORRIERE DELLA SERA Cancro del pancreas, fra i più letali: in 15 anni, casi aumentati del 59%.
4. OSSERVATORE ROMANO Cure e farmaci accessibili a tutti
5. LIBERO QUOTIDIANO Ancora tagli alla sanità pubblica Non ci sono soldi per gli anziani
6. STAMPA L'Est Europa minaccia Milano Agenzia del farmaco a rischio
7. GIORNO - CARLINO – NAZIONE Servizi e assistenza per over 65 Il consulente viaggia sul web
8. QUOTIDIANO SANITÀ ' Tassa sul fumo? Un'idea efficace da ampliare

Sabato 18 NOVEMBRE 2017

Tumore al pancreas. Entro il 2030 sarà la seconda causa di morte nel mondo. Le Associazioni di pazienti si uniscono in una Federazione

L'annuncio è stato dato a Roma durante "Quality e Innovation in Pancreatic cancer", evento realizzato in occasione della Giornata mondiale del tumore al pancreas. In Italia ogni anno circa 13.000 persone si ammalano di tumore del pancreas. Tra le iniziative in progetto verranno illuminati più di 80 monumenti in Italia per sensibilizzare sulla patologia.

È considerato uno dei tumori con la prognosi più severa, aggressivo e nella maggior parte dei casi letale. Si tratta del cancro al pancreas che negli ultimi 15 anni ha fatto registrare quasi un 60 per cento di aumento di casi. Per sensibilizzare l'opinione pubblica e raccogliere più fondi per la ricerca nel 2018 sarà costituita una vera e propria Coalizione Nazionale, che vedrà le Associazioni pazienti unirsi in una Federazione. L'annuncio è stato dato a Roma durante "Quality e Innovation in Pancreatic cancer", evento realizzato in occasione della Giornata mondiale del tumore al pancreas.

"Il primo progetto in cantiere è quello di creare una piattaforma web che possa interfacciarsi con le istituzioni in maniera efficace, dove far convogliare in maniera ufficiale tutte le informazioni sulla malattia, sui trattamenti, sui Centri di riferimento, una sorta di vademecum ufficiale per il paziente", spiega Francesca Mella vicepresidente dell'Associazione Nastro Viola, una delle quattro associazioni di pazienti che formerà la coalizione insieme alla Fondazione Nadia Valsecchi, Oltre la ricerca e Progetto My Everest (tutte formate da persone che hanno avuto in famiglia esperienza diretta di questa patologia).

In Italia ogni anno circa 13.000 persone si ammalano di tumore del pancreas. "E purtroppo la maggior parte non ne sopravvive - spiega Gabriele Capurso, responsabile gastroenterologia Ospedale Sant'Andrea -. È attualmente la quarta causa di morte per tumore nei paesi occidentali, uccide più di quelli del seno, del colon e dello stomaco e le proiezioni dicono che presto sarà la seconda. Il fumo è il principale fattore di rischio modificabile, poi l'obesità, l'eccesso di alcolici, il diabete, una dieta troppo ricca di grassi e carboidrati. La familiarità per la stessa malattia è un fattore di rischio ulteriore, e soggetti con due o più familiari che ne sono stati affetti, o con sindromi genetiche associate a un rischio elevato, dovrebbero rivolgersi a centri che praticano protocolli di screening. Purtroppo però solo il 2 per cento dei finanziamenti per la ricerca sui tumori è rivolto a questa malattia".

L'Associazione Italiana per lo Studio del Pancreas (Aisp) segue l'evolversi di studi su nuove terapie che possano migliorare la qualità di vita dei pazienti. "In particolare la terapia a base di formulazione liposomiale pegilata, nota anche come Nal-Iri, sembra essere molto efficace e più mirata - spiega Luca Frulloni, presidente Aisp -. Va detto che negli ultimi anni, in generale, i protocolli chemioterapici sono molto migliorati, sia in termini di sopravvivenza che di riduzione della massa tumorale, nei casi in cui i pazienti non siano operabili. Esistono adesso trattamenti efficaci che permettono di ridurre la massa neoplastica e poter quindi sottoporre i pazienti all'intervento chirurgico in seconda battuta".

Quest'anno in Italia i monumenti e i luoghi illuminati per accendere i riflettori su questa patologia sono stati circa 80. "È un dato importante perché noi abbiamo lanciato questa iniziativa tre anni fa con soli 15 luoghi, poi ne abbiamo avuti una cinquantina e oggi siamo arrivati a 80, conclude Mella. Quindi, i cittadini sono sempre più sensibilizzati su questo problema. Sono, tra l'altro, monumenti di una certa rilevanza, come la Mole Antonelliana, la Reggia di Caserta, il Maschio Angioino a Napoli. Il senso di questa iniziativa è quello ovviamente di fare luce sul problema, di puntare il riflettore sulla patologia e sulla necessità che la ricerca vada avanti" conclude Mella.

Il tumore al pancreas Un nemico silenzioso difficile da individuare

Solo 7 casi su 100 diagnosticati nella fase iniziale

Maurizio Maria Fossati

IL TUMORE DEL PANCREAS è un nemico silenzioso. La patologia in fase precoce non presenta sintomi specifici e questo rende la diagnosi difficile e fa sì che la malattia venga scoperta nella maggior parte dei casi in uno stadio già avanzato. Come se non bastasse, le caratteristiche intrinseche della malattia compromettono l'efficacia di molti trattamenti. La difficoltà nel trattare il tumore, infatti, è dovuta alla presenza di un tessuto fibroso che, racchiudendo le cellule tumorali, le rende particolarmente resistenti ai farmaci. Come possiamo, allora, abbassare il rischio di cancro del pancreas? Come accade per la maggior parte dei tumori, con la prevenzione primaria. Secondo l'Aiom (Associazione italiana di oncologia medica), «da corretta assunzione di alimenti, in pratica la dieta mediterranea, associata a uno stile di vita attivo, costituisce la base della prevenzione oncologica». «In Italia – spiega Fabrizio Nicolis, presidente Fondazione AIOM – negli ultimi 15 anni i casi di tumore del pancreas sono aumentati del 59% (erano 8.602 nel 2002, oggi sono 13.700). Fumo, obesità, età e sedentarietà rappresentano i principali fattori di rischio». «A oggi – afferma Giampaolo Tortora, direttore Oncologia Medica A.O. Universitaria di Verona – non ci sono metodi per la diagnosi precoce. Solo il 7% dei casi infatti è individuato in stadio iniziale. Spesso sintomi come il calo di peso, mal di schiena, dolore allo stomaco e cattiva digestione vengono confusi con quelli di altre patologie. Tutto ciò ritarda la diagnosi e l'intervento». All'orizzonte, la personalizzazione dei trattamenti. Alcuni nuovi chemioterapici impiegano le nanotecnologie per un controllo della malattia metastatica. In particolare un farmaco legato in nanoparticelle all'albumina sta dando risultati positivi con profilo di tossicità favorevole.



**La via
del bisturi**

**Meno del 20 per cento
dei pazienti è candidabile
a un intervento
con intento curativo**



**Affidarsi
a specialisti**

**I rischi di complicanze
sono più alti nei centri
che eseguono di rado
questo tipo di operazione**

Maurizio Maria Fossati

I TRATTAMENTI del tumore del pancreas possono essere chirurgici, chemioterapici e radioterapici con possibili combinazioni messe a punto caso per caso. La scelta delle modalità di trattamento dipende dal tipo istologico e dallo stadio del tumore, oltre che dall'età e dalle condizioni generali del paziente. Nei casi operabili, la chirurgia è la terapia d'elezione.

«Ma non è accettabile – afferma Massimo Falconi (nella foto), direttore del Centro del Pancreas dell'IRCCS Ospedale San Raffaele e docente ordinario all'università Vita-Salute di Milano – che alcuni pazienti siano operati in centri che svolgono uno o due interventi l'anno. La chirurgia pancreaticata è estremamente complessa. Ci vuole competenza e buona

esperienza».

Professore, i pazienti sono tutti operabili?

«No. Meno del 20% dei pazienti è, purtroppo, candidabile a un intervento con intento curativo, con una sopravvivenza a 5 anni intorno al 20-30%. E numerosi studi scientifici hanno dimostrato che i rischi di gravi complicanze sono più alti nei centri che eseguono raramente questo tipo di operazioni».



Ci può dare cifre?

«Un'analisi dei dati raccolti dal ministero della Salute mostra che nel nostro Paese, in un ospedale con poca esperienza in chirurgia pancreaticata, il paziente ha un rischio di morire 5 volte maggiore rispetto ai centri con più esperienza. Nel dettaglio, la mortalità è stata del 12,4% negli ospedali che eseguono 1-5 interventi all'anno, del 7,8% in quelli che ne svolgono 6-13, del 5,9% in quelli che ne eseguono 14-51, e solo del 2,6% nei due centri con maggiore esperienza (Ospedale San Raffaele di Milano e Policlinico G.B. Rossi di Verona) che effettuano, a testa, più di 300 resezioni pancreatiche all'anno».

Ma allora cosa fare?

«Dovrebbero essere individuate strutture di riferimento certificate sulla base di chiari parametri: quantità, qualità, valutazione puntuale dei risultati clinici. La decisione di procedere all'intervento chirurgico non può essere, poi, affidata al solo chirurgo, ma deve essere condivisa dall'interno di un team multidisciplinare: radiologo, endoscopista-gastroenterologo, patologo, oncologo/radioterapista».

Trapianto di pancreas. È opportuno nei casi di tumore?

«Non è un'opzione in questa malattia. Il trapianto allogenico (da altro individuo) richiede infatti una terapia immunosoppressiva che è assolutamente controindicata per una malattia già di per sé così aggressiva. Può essere, invece, un'opzione la possibilità di un autotrapianto di insule pancreatiche, qualora si sia costretti ad asportare l'intero pancreas, ma

una parte di esso sia libero da malattia. È una procedura estremamente complessa che viene eseguita qui in San Raffaele. Lo scopo è di evitare il diabete postoperatorio, che rappresenta la regola se si asporta l'intero pancreas».

In ambito chirurgico, la ricerca sta aprendo nuovi orizzonti?

«Direi che sono due i grandi ambiti della ricerca in chirurgia. Da un lato si sta cercando di passare a tecniche mininvasive per ridurre l'impatto sull'organismo. Il secondo aspetto riguarda invece la nostra capacità di selezionare i candidati alla chirurgia secondo parametri biologici legati alla malattia. In altre parole la scelta di procedere o meno a un intervento così complesso deve essere modulata sulla base di parametri che ci diano la misura dell'aggressività della malattia stessa. Alcuni parametri sono già noti, altri meno. Nei centri di riferimento la ricerca sta guardando con speranza al campionamento preoperatorio della malattia e alla biologia molecolare quali possibili mezzi per ottenere queste risposte».

Un consiglio per tutti?

«Innanzitutto seguire corretti stili di vita. Nel contempo, la gente non si deve allarmare inutilmente per sintomatologie che devono essere riconosciute unicamente dai medici competenti. Una sola eccezione va fatta per i casi di familiarità: se in una famiglia ci sono stati due o più casi di cancro del pancreas o se un parente si è ammaloato prima dei 50 anni, i familiari potrebbero usufruire di uno screening genetico e trarre giovamento da un eventuale programma di prevenzione il cui valore è, comunque, ancora oggetto di indagine».



Il professore
Massimo
Falconi
del San Raffaele



La più cliccata

Cancro del pancreas, fra i più letali: in 15 anni, casi aumentati del 59%. È colpa delle cattive abitudini. Tre casi su 10 infatti sono causati dal tabacco. Invece, la dieta mediterranea protegge. Ecco i sintomi a cui prestare attenzione e, se ci si ammala, farsi curare da medici esperti può fare la differenza.



Alla vigilia della giornata mondiale dei poveri l'appello del Papa

Cure e farmaci accessibili a tutti

Le case farmaceutiche devono garantire il diritto all'accesso alle terapie essenziali e necessarie soprattutto dei paesi meno sviluppati. È l'appello lanciato da Papa Francesco in occasione della conferenza internazionale su «Affrontare le disparità globali in materia di salute», in corso in questi giorni in Vaticano.



Senza il sostegno della preghiera dei fedeli, il Successore di Pietro non può compiere la sua missione nel mondo. Conto anche su di voi!

(@Pontifex_it)

In una lettera indirizzata al cardinale Turkson, presidente del Dicastero per il servizio dello sviluppo umano integrale, che promuove l'incontro, il Pontefice ricorda che «le strategie sanitarie, volte al perseguimento della giustizia e del bene comune, devono essere economicamente ed eticamente sostenibili», rendendo disponibili «farmaci essenziali in quantità adeguate, in forme far-

maceutiche fruibili e di qualità garantita, accompagnati da un'informazione corretta e a costi accessibili ai singoli e alle comunità».

Citando la nuova Carta degli operatori sanitari, il Papa sottolinea che «il diritto fondamentale alla tutela della salute attiene al valore della giustizia» e postula perciò «un'equa distribuzione di strutture sanitarie e di risorse finanziarie». Questo significa – ribadisce Francesco ampliando il discorso – che «finché non si risolveranno radicalmente i problemi dei poveri, rinunciando all'autonomia assoluta dei mercati e della speculazione finanziaria e aggredendo le cause strutturali della inequità, non si risolveranno i problemi del mondo». Un monito rilanciato significativamente alla vigilia della prima giornata mondiale dei poveri, che si celebra domenica 19 novembre, e risuonato anche nelle parole rivolte ai partecipanti alla plenaria del Pontificio consiglio della cultura, ricevuti in udienza nella mattina di sabato 18. «Il progresso scientifico e tecnologico – ha avvertito Francesco – serve al bene di tutta l'umanità e i suoi benefici non possono andare a vantaggio soltanto di pochi». Dunque, «le grandi decisioni sull'orientamento della ricerca scientifica e gli investimenti su di essa vanno assunte dall'insieme della società e non dettate solo dalle regole del mercato o dall'interesse di pochi».

PAGINA 8

Alla vigilia della giornata mondiale dei poveri l'appello del Papa

Cure e farmaci accessibili a tutti

Un rinnovato appello affinché cure e farmaci siano accessibili a tutti è stato lanciato dal Papa alla vigilia della giornata mondiale dei poveri. Sabato 18 novembre Francesco ha infatti inviato una lettera ai partecipanti alla conferenza internazionale sul tema «Affrontare le disparità globali in materia di salute» svoltasi in Vaticano su iniziativa del Dicastero per il servizio dello sviluppo umano integrale.

Al Venerato Fratello Cardinale Peter Kodwo Appiah Turkson
Prefetto del Dicastero per il Servizio dello Sviluppo Umano Integrale

Desidero far giungere il mio cordiale saluto ai partecipanti alla XXXII Conferen-

za internazionale sul tema *Affrontare le disparità globali in materia di salute*. Ringrazio di cuore quanti hanno collaborato per l'evento, in particolare il Dicastero per il Servizio dello Sviluppo Umano Integrale e la Confederazione Internazionale delle Istituzioni Sanitarie Cat-



toliche.

Nella Conferenza dello scorso anno, a fronte di alcuni dati positivi riguardanti l'aspettativa di vita media e la lotta alle malattie a livello globale, era risultato evidente il grande divario tra Paesi ricchi e Paesi poveri nell'accesso alle cure e ai trattamenti sanitari. Si decise così di affrontare concretamente il tema delle disparità e dei fattori sociali, economici, ambientali e culturali che le alimentano. La Chiesa non può non interessarsene, nella consapevolezza che la sua missione, orientata al servizio dell'essere umano creato a immagine di Dio, è tenuta a farsi carico anche della cura della sua dignità e dei suoi diritti inalienabili.

Nella Nuova Carta degli Operatori Sanitari è scritto, al riguardo, che «il diritto fondamentale alla tutela della salute attiene al *valore della giustizia*, secondo il quale non ci sono distinzioni di popoli e nazioni, tenuto conto delle oggettive situazioni di vita e di sviluppo dei medesimi, nel perseguimento del *bene comune*, che è contemporaneamente bene di tutti e di ciascuno» (n. 141). La Chiesa suggerisce che l'armonizzazione del diritto alla tutela della salute e del diritto alla giustizia venga assicurata da un'equa distribuzione di strutture sanitarie e di risorse finanziarie, secondo i principi di solidarietà e di sussidiarietà. Come la Carta ricorda, «anche i responsabili delle attività sanitarie devono lasciarsi provocare in modo forte e singolare, consapevoli che «mentre i poveri del mondo bussano ancora alle porte dell'opulenza, il mondo ricco rischia di non sentire più quei colpi alla sua porta, per una coscienza oramai incapace di riconoscere l'umano»» (n. 91; BENEDETTO XVI, Lett. enc. *Caritas in veritate*, 75).

Apprendo con soddisfazione che la Conferenza ha elaborato un progetto per contribuire ad affrontare concretamente queste sfide: l'istituzione di una *piattaforma operativa di condivisione e collaborazione tra le istituzioni sanitarie cattoliche* presenti nei diversi contesti geografici e sociali. Volentieri incoraggio gli attori di tale progetto a perseverare nell'impegno, con l'aiuto di Dio. A ciò sono chiamati anzitutto gli operatori sanitari e le loro associazioni professionali, tenuti a farsi promotori di una sempre maggiore sensibilizzazione presso le istituzioni, gli enti assistenziali e l'industria sanitaria, affinché tutti possano realmente beneficiare del diritto alla tutela della salute. Certamente, esso non dipende solo dall'assistenza sanitaria, ma anche da complessi fattori economici, sociali, culturali e decisionali. Perciò «la necessità di risolvere le cause strut-

turali della povertà non può attendere, non solo per una esigenza pragmatica di ottenere risultati e di ordinare la società, ma per guarirla da una malattia che la rende fragile e indegna e che potrà solo portarla a nuove crisi. I piani assistenziali, che fanno fronte ad alcune urgenze, si dovrebbero considerare solo come risposte provvisorie. Finché non si risolveranno radicalmente i problemi dei poveri, rinunciando all'autonomia assoluta dei mercati e della speculazione finanziaria e aggredendo le cause strutturali della inequità, non si risolveranno i problemi del mondo e in definitiva nessun problema. L'inequità è la radice dei mali sociali» (Esort. ap. *Evangelii gaudium*, 202).

Vorrei anche soffermarmi su un aspetto imprescindibile, soprattutto per chi serve il Signore dedicandosi alla salute dei fratelli. Se l'aspetto organizzativo è fondamentale per prestare le cure dovute e offrire la migliore attenzione all'essere umano, è anche necessario che non vengano mai a mancare, negli operatori sanitari, le dimensioni dell'ascolto, dell'accompagnamento e del sostegno alla persona. Gesù, nella parabola del Buon Samaritano, ci offre gli atteggiamenti attraverso cui concretizzare la cura nei riguardi del nostro prossimo segnato dalla sofferenza. Il Samaritano anzitutto «vede», si accorge e «ha *compassione*» per l'uomo spogliato e ferito. Non è una compassione sinonimo solo di pena o dispiacere, è qualcosa di più: indica la predisposizione a entrare nel problema, a mettersi nella situazione dell'altro. Anche se l'uomo non può uguagliare la compassione di Dio, che entra nel cuore dell'uomo e abitandolo lo rigenera, tuttavia può imitarla «facendosi vicino», «fasciando le ferite», «facendosi carico», «prendendosi cura» (cfr. *Lc* 10, 33-34). Un'organizzazione sanitaria efficiente e in grado di affrontare le disparità non può dimenticare la sua sorgente primaria: la compassione, del medico, dell'infermiere, dell'operatore, del volontario, di tutti coloro che per questa via possono sottrarre il dolore alla solitudine e all'angoscia.

La compassione è una via privilegiata anche per edificare la giustizia, perché, mettendoci nella situazione dell'altro, non solo ci permette di incontrarne le fatiche, le difficoltà e le paure, ma pure di scoprirne, all'interno della

fragilità che connota ogni essere umano, la preziosità e il valore unico, in una parola: la dignità. Perché la dignità umana è il fondamento della giustizia, mentre la scoperta dell'inestimabile valore di ogni uomo è la forza che ci spinge a superare, con entusiasmo e abnegazione, le disparità.

Desidero infine rivolgermi ai rappresentanti di alcune ditte farmaceutiche che sono stati convocati qui a Roma per affrontare il problema dell'accesso alle terapie antiretrovirali in età pediatrica. Vi è un passaggio della Nuova Carta per gli Operatori Sanitari che vorrei affidarvi: «Se è innegabile che la conoscenza scientifica e la ricerca delle imprese del farmaco abbiano leggi proprie alle quali attenersi, come, ad esempio, la tutela della proprietà intellettuale e un equo profitto quale supporto all'innovazione, queste devono trovare adeguata composizione con il diritto all'accesso alle terapie essenziali e/o necessarie soprattutto dei Paesi meno sviluppati, e ciò soprattutto nel caso delle cosiddette "malattie rare" e "neglette", alle quali si accompagna il concetto di "farmaci orfani". Le strategie sanitarie, volte al perseguimento della giustizia e del bene comune, devono essere economicamente ed eticamente sostenibili. Infatti, mentre devono salvaguardare la sostenibilità sia della ricerca sia dei sistemi sanitari, dovrebbero al contempo rendere disponibili farmaci essenziali in quantità adeguate, in forme farmaceutiche fruibili e di qualità garantita, accompagnati da un'informazione corretta e a costi accessibili ai singoli e alle comunità» (n. 92).

Vi ringrazio per il generoso impegno con cui esercitate la vostra preziosa missione. Vi do la benedizione apostolica e vi chiedo di ricordarvi di me nella preghiera.

Dal Vaticano, 18 novembre 2017

FRANCESCO

Un italiano su tre rinuncia a curarsi

Ancora tagli alla sanità pubblica Non ci sono soldi per gli anziani

di ANTONIO SOCCI a pagina 10

Lo sfascio del welfare e per Gentiloni va tutto bene

Neanche i soldi per curare gli anziani La nostra sanità è da Terzo Mondo

Tagliata del 76% l'assistenza a pensionati e non autosufficienti. E il 58% di loro rinuncia ad operarsi. Tredici milioni di italiani hanno detto no a visite specialistiche

■ ■ ■ ANTONIO SOCCI

■ ■ ■ Forse è il clima pre-elettorale che induce alla propaganda. Fatto sta che in questi giorni il premier Gentiloni sprizza ottimismo da tutti i pori. Sembra che veda brioche dappertutto come la regina Maria Antonietta.

A lui e allo stato maggiore del Pd sfugge il paese reale, che "non ha pane", cioè fa fatica sui beni essenziali. Non vedono il vero stato di salute dell'Italia. Anzi - per restare in tema - si può dire che sfugge loro anche lo stato di salute degli italiani. Perché quello della sanità è davvero uno dei "termometri" (è il caso di dirlo) più indicativi della crisi e della decadenza sociale in cui questo Paese sta precipitando da anni.

Secondo la prima edizione dell'"Osservatorio sul bilancio di welfare delle famiglie italiane" presentato nei giorni scorsi da Mbs Consulting, questi anni di forzata austerità europea sono andati a gravare sui servizi fondamentali della vita della gente inducendo il 36,1% delle famiglie a rinunciare ad almeno una prestazione essenziale (un dato che sale addirittura al 56,5% per le fasce sociali più deboli).

È soprattutto l'assistenza agli anziani e

ai non autosufficienti che è stata penalizzata del 76,2%, ma anche le cure sanitarie (36,7% di rinuncia ad almeno un intervento, che per i più svantaggiati è il 58,9%).

BENI VITALI

Uno degli indicatori più inquietanti del naufragio di questi anni è proprio quello relativo alle cure sanitarie perché mette in gioco i beni vitali e la distruzione dello stato sociale: quando si arriva ad avere una massa di migliaia e migliaia di persone che - una volta che si ammalano - non hanno i soldi per curarsi e comprare medicine, nemmeno per un semplice mal di denti, si sta davvero scivolando verso il Terzo Mondo.

Eppure è proprio questo l'affresco sociale descritto l'altroieri dall'annuale "Rapporto 2017 - Donare per curare: Povertà sanitaria e Donazione Farmaci" del Banco farmaceutico: nell'anno 2017 ben 580 mila persone si sono trovate nella penosa condizione di dover chiedere aiuto anche solo per avere una pasticca per il mal di testa: è il 9,7 per cento in più rispetto al 2016 e il 27,4 per cento in più rispetto al 2013.

Ormai non si tratta di un fenomeno riguardante solo gli italiani che sono nella fascia

della povertà, perché, pure fra coloro che sono al di sopra di questa fascia, il 10 per cento ha problemi a pagare il ticket per le visite mediche e gli esami e addirittura il 23 per cento, per motivi economici, non ha potuto acquistare dei farmaci di cui necessitava.

È significativo che questo 23 per cento sia composto al 42,1 per cento da persone che hanno più figli e da "lavoratori atipici" al 51,2 per cento.

Questo secondo dato ci mostra le conseguenze della precarietà, ma il primo ci dice che quanti fanno figli in Italia non solo non sono aiutati (come si dovrebbe, in quanto sostengono un peso economico che andrà domani a beneficio di tutti), ma sono addirittura penalizzati, dovendo "pagare" l'aver figli con la povertà e addirittura con la rinuncia a cure mediche. In un paese che è nel baratro demografico è un dato molto significativo.



I MINORENNI

Impressionante anche il fatto che i minorenni che vengono assistiti da enti "no profit" per i farmaci siano il 21,6 per cento e siano in aumento (più 4,5 per cento gli italiani e più 1,5 per cento gli stranieri).

Il problema generale - che indica lo sfascio del welfare - è che aumenta ogni anno la percentuale della spesa farmaceutica che è totalmente a carico delle famiglie: siamo al 37 per cento nel 2017, significa più di 8 miliardi.

Questo spiega perché 13 milioni di italiani nel 2017 si sono negati alcune visite specialistiche - un milione in più rispetto al 2014 - e spiega perché un terzo degli italiani nel 2017 hanno dovuto rinunciare a curarsi almeno una volta.

Alla radice di tutto ci sono i tagli agli stanziamenti pubblici sulla sanità. Per quanto sia meritorio il lavoro del Banco Farmaceutico e di tutto il Terzo settore, per alleviare tante sofferenze sociali, il problema resta molto più grande e riguarda le scelte di fondo del governo.

FUTURO NERO

Carlo Di Foggia sul *Fatto quotidiano* ha tracciato il quadro davvero allarmante della spesa sanitaria italiana dovuta ai cosiddetti vincoli europei e alla gestione a guida Pd: «La stretta fiscale avviata

dal governo di Mario Monti e poi rinnovata da quelli Letta e Renzi a carico delle Regioni si è tradotta in un definanziamento del Servizio sanitario che non ha eguali in Europa, eccezion fatta per Grecia e Portogallo. Tra il 2010 e il 2014 - dati della Corte dei Conti - al Ssn sono stati tolti 14,5 miliardi, altri 10,5 se ne andranno nel 2015-2018».

E per il futuro addirittura «il governo prevede che la spesa sanitaria cali dal 6,6% del Pil del 2017 al 6,3 del 2020 (sotto la soglia minima dell'Oms)».

Insomma, stiamo scivolando verso il Terzo Mondo. Ecco perché quando - in questi giorni - il premier Gentiloni ha trionfalmente affermato che «non siamo più il fanalino di coda dell'Europa», nella rete qualcuno gli ha risposto: «Infatti siamo diventati le luci di posizione del Nord Africa». Ancora una volta il peccato originale che non si vuol vedere e non si vuole ammettere (altrimenti questa classe di governo dovrebbe dichiarare di aver sbagliato tutto e andare a casa), sta nelle grandi scelte strategiche, cioè l'accettazione dei devastanti vincoli europei e la rinuncia alla sovranità monetaria, economica e politica, che ci ha economicamente e socialmente prostrati.

www.antoniosocci.com

© RIPRODUZIONE RISERVATA

FAVORITE BRATISLAVA, AMSTERDAM E COPENAGHEN. IN PALIO ANCHE LA SEDE DELL'AUTORITÀ BANCARIA, FRANCOFORTE IN POLE

L'Est Europa minaccia Milano Agenzia del Farmaco a rischio

L'Ue decide domani fra 19 città candidate, sull'Italia pesa l'incognita dei Paesi Baltici

MARCO BRESOLIN
INVIATO A BRUXELLES

«La grande incognita restano i Baltici, che non hanno ancora deciso su quale città puntare». L'opinione è diffusa tra le delegazioni nazionali a Bruxelles, che venerdì hanno approfittato del vertice di Göteborg per gli ultimi appelli "elettorali". Ormai il tempo è scaduto, «les jeux sont faits». Domani pomeriggio i 27 ministri del Consiglio Affari Generali voteranno le città candidate ad ospitare l'Agenzia del Farmaco (Ema) e quella bancaria (Eba). Il voto delle tre ex repubbliche sovietiche per l'Ema rischia di diventare l'ago della bilancia al primo turno.

Per Milano è fondamentale finire sul podio al primo giro, altrimenti le speranze si spegneranno definitivamente: al secondo round accedono soltanto le tre città più votate. E al momento gli italiani vedono il rischio di non riuscire a superare la concorrenza di altre candidate che, per motivi diversi, faranno il pieno di voti: Amsterdam, Copenhagen e Bratislava. A cui si aggiunge l'insidia Stoccolma.

Le città in gara sono 19 e pare che nessuna intenda ritirarsi. Ogni governo, al primo turno, voterà la propria candidata come prima scelta, assegnandole tre punti

(due vanno alla seconda scelta e uno alla terza). Per questo è fondamentale accaparrarsi il sostegno degli otto Paesi che non sono in corsa. Tra questi, Repubblica Ceca e Ungheria sceglieranno Bratislava, in un'ottica di alleanza tra i Paesi Visegrad. Il Lussemburgo voterà invece Amsterdam (così hanno deciso i tre del Benelux, che punteranno sul Granducato per l'Eba). L'Italia dovrebbe però incassare il sostegno di Cipro e Slovenia, mentre non è affatto scontato il voto dei tre Baltici, ancora indecisi tra Amsterdam, Copenhagen e Milano. L'Italia si è spesa molto da quelle parti, addirittura arrivando al punto di offrire un rafforzamento del contingente militare impegnato in Lettonia nei battaglioni multinazionali della Nato. Indiscrezione che il ministro della Difesa, Roberta Pinotti, ha smentito: «I nostri soldati non sono merce di scambio». Ma la voce circola tra le delegazioni a Bruxelles e trova diverse conferme.

C'è poi da assicurarsi il sostegno di alcuni Paesi almeno come seconda scelta, indispensabile per aumentare il punteggio. Venerdì Gentiloni si è intrattenuto con Alexis Tsipras e con il portoghese Antonio Costa. Si punta a un asse mediterraneo, ma la Spagna ha fatto capire di non vo-

ler rinunciare alla carta Barcellona. Nonostante la crisi catalana. «Ritirarla - si ragiona in ambienti diplomatici - sarebbe come ammettere che in Catalogna c'è un problema. E Rajoy non vuole dare questa impressione».

Sono nettamente calate le quotazioni di Vienna, altra sede che rispetta quasi tutti i parametri. L'Austria dovrebbe fare sponda con la Germania nel sostenere Bratislava, visto che - data la vicinanza geografica tra le due città - Vienna (in particolare il suo aeroporto e i suoi hotel) trarrebbe beneficio dal trasferimento dell'Ema in Slovacchia. È lo scenario preferito da Berlino, almeno per due motivi: vuole accontentare i Paesi dell'Est, a secco di agenzie, ma soprattutto vuole difendere la candidatura di Francoforte per l'Eba. I tedeschi temono la concorrenza di Praga, dunque avrebbero promesso Bratislava ai Visegrad per avere campo libero sull'agenzia bancaria. Non è facile superare il primo turno per l'Italia: se ce la dovesse fare, scatterebbero le trattative per costruire il consenso al secondo round. Un lavoro in parte già fatto, ma gli scenari cambieranno in base a chi sarà in campo. Toccherà a Sandro Gozi, sottosegretario agli Affari Ue, gestire i negoziati in una partita tutt'altro che facile. Si vota a scrutinio segreto.

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI



Milano spera di vedersi assegnare la sede dell'Agenzia europea del Farmaco



Dir. Resp.: Andrea Cangini

A PORTATA DI CLIC

Servizi e assistenza per over 65 Il consulente viaggia sul web

NON SOLO SERVIZI RESIDENZIALI e assistenza sanitaria sul territorio, ma anche un'offerta su misura per le esigenze degli over 65 e la prima Silver Academy per la formazione. Peranziani.it è il primo Senior Advisor per la terza età, un consulente online sempre a disposizione con un'offerta "full service" per l'invecchiamento di qualità. La piattaforma, espressamente concepita per supportare caregiver e familiari impegnati nella cura di persone anziane, è dotata di un potente motore di ricerca, che consente di geolocalizzare le migliori strutture residenziali e i servizi di assistenza per gli anni d'argento in tutta Italia. Una terza vita di opportunità a portata di clic Peranziani nasce dall'intuizione imprenditoriale di un team di professionisti con esperienze manageriali diverse, ma accomunati dalla volontà di sviluppare un'offerta di servizi per trasformare la senilità in una terza vita di opportunità. Alla base della filosofia che ispira il portale, c'è la convinzione che la terza età debba essere vissuta come un periodo sotto il segno della qualità della vita, della cura di sé e dei propri affetti più cari. Ecco perché all'offerta di soluzioni residenziali e di assistenza, il sito abbina consigli per il tempo libero, lo sport, la bellezza, l'utilizzo delle tecnologie digitali e molto altro ancora. Il più ampio network di residenze per anziani Peranziani è un vero e proprio consulente di fiducia online sempre a disposizione degli over 65 e dei loro familiari per guidarli nella scelta delle migliori soluzioni residenziali. Il portale conta sul più ampio network di strutture residenziali per anziani (case di riposo per anziani, RSA, assistenza domiciliare integrata, centri Alzheimer, case famiglia per anziani, case albergo, centri di riabilitazione) in ogni area d'Italia. Silver Living, gli appartamenti protetti per gli anni d'argento Peranziani.it propone anche gli appartamenti protetti Silver Living, una formula residenziale assolutamente unica, pensata per chi desidera conciliare indipendenza e privacy con il comfort di servizi su misura. Vivere a pieno, in compagnia dei propri cari o con i propri amici, decidendo in autonomia come gestire tempi e spazi e dimenticando i problemi pratici di ogni giorno



Sabato 18 NOVEMBRE 2017

Tassa sul fumo? Un'idea efficace da ampliare

Gentile Direttore,

Chi paga l'assistenza? Casualità o Causalità? Per queste due opzioni possiamo considerare modelli differenti di intervento economico finanziario e assistenziale senza ledere i diritti all'assistenza? Equità? Responsabilità o irresponsabilità individuale per la propria e altrui salute?

Ho letto e considerato con estremo piacere l'inserimento, tra le proposte di modifica della legge di stabilità, la proposta di "tassare" il consumo di sigarette per coprire le spese derivanti dal danno che le stesse possono procurare ai cittadini.

Più volte ho argomentato su questa rivista la necessità di trovare nuove e utili fonti finanziarie per la copertura della spesa del SSN. E queste fonti utili sia in sostituzione di spese esistenti (in particolare il ticket per la specialistica) che per le maggiori spese determinate dai fattori di rischio che sono elemento stringente della lievitazione dei costi e della spesa del SSN.

Non una fonte inesauribile, non avrebbe senso, ma una integrazione organica alla spesa con una valutazione programmata e ben definita del fabbisogno minimale per garantire l'assistenza dei pazienti e delle patologie che possono essere programmate, nei limiti del possibile, annualmente.

Con questo modello, nella integrazione programmatica del sistema, le Regioni possono identificare progetti di spesa e di investimento anche con tempi e modelli più coerenti e rispondenti alle effettive necessità assistenziali, modificare parametri assistenziali e preordinare una organizzazione più rispondente alle necessità dei cittadini.

La selezione, naturalmente, deve tenere conto di tutti i fattori di rischio e non solo di quelli più "chiacchierati" o noti. E, naturalmente, non deve coprire tutti i costi ma avere funzione di integrazione delle quote utili per garantire maggiori e più corretti servizi. Non un bancomat sterile ma una modalità qualificata di integrazione dell'offerta e dei servizi da garantire ai propri cittadini, un circolo virtuoso che arricchisca servizi e qualità dell'assistenza.

Cifre, valori sulla spesa, costi da coprire? E come?

Ho sempre proposto una "assicurazione" indiretta, che viene pagata da chi consuma determinati prodotti. E naturalmente per un valore congruo e che viene stabilito, annualmente, a livello nazionale.

Il primo problema, essenziale, è recuperare un alto livello di equità che garantisca tutti i cittadini, nessuno escluso, dal poter essere assistito adeguatamente.

In questo senso l'eliminazione del ticket per la specialistica può consentire ai 5 milioni circa di cittadini che non usufruiscono adeguatamente dei servizi sanitari di tornare ad essere cittadini assistiti al pari degli altri e ridurre le conseguenze della malattia con una diagnosi precoce.

Perché dobbiamo ridurre le disuguaglianze nella salute?

Sono ingiuste, colpiscono ciascuno di noi, sono evitabili – non trascuriamo nessuno (prendersi cura...) e gli interventi per ridurre le disuguaglianze in salute sono costo-efficaci.

Il secondo è individuare i settori che determinano danni ai cittadini, non escludendo nessuno, e favorendo, in queste valutazioni, coloro che cercano di ridurre i fattori di rischio personali con "sconti fiscali".

Per amor di sintesi, espongo un elenco assolutamente incompleto che riguarda tutti quei fattori di rischio noti e

per i quali comportamenti corretti possono ridurre i danni attesi e possibili, e quindi non solo, come adesso, le sigarette, ma anche l'alimentazione, per alcuni specifici settori, mentre per altri esiste la possibilità di ridurre i costi dei prodotti, l'obesità non può essere "assicurata", ma l'attività fisica può essere "promossa", gli incidenti stradali e l'uso di sostanze inquinanti "assicurati" e lo stesso per molti altri prodotti, facendo valutazioni equilibrate.

Per gli alimenti, i vegetariani andranno favoriti, mentre per altri, meno dediti alla "dieta mediterranea", dovranno esserci piccoli rincari con qualche valutazione nel merito. Oltre alla libertà di scelta, il cittadino deve essere orientato alla selezione di scelte adeguate e funzionali a ridurre i propri fattori di rischio, come informazione e poi decisione cosciente. Ma oltre a qualche comportamento specifico dobbiamo tenere conto della sicurezza relativa preordinata da parte dei costruttori e dei commercianti che devono favorire, anche loro, la riduzione delle spese per bisogni sanitari. La promozione di prodotti a basso livello di sicurezza non deve consentire un erroneo livello di competizione tra i produttori ma deve diventare elemento di distinzione negativo e pesare, economicamente, anche sul produttore.

Per gli elenchi abbiamo tempo, ove, con questa legge di stabilità, si indicasse il processo e il modello da sviluppare. Nelle valutazioni globali di quelli che sono i diversi fattori di rischio, dobbiamo, poi, indicare quali siano le scelte e i tempi di sviluppo dei diversi orientamenti.

Considerato che la massa critica economica che noi affronteremo sarà di più centinaia di miliardi di euro, una percentuale di "assicurazione indiretta" tra l'1 e il 2% consentirà di recuperare cifre qualificate per realizzare, a progetto, un rinnovo delle strutture e dei servizi sanitari, oltre a ridurre significativamente le patologie che ne derivano.

Ma non vorremmo immaginare che diventino massa di spesa utile per coprire esigenze "qualsiasi", invece di indirizzarle su elementi tecnicamente fondamentali o emotivamente coinvolgenti.

Una attività umana "corretta" (il concetto di "sano" e "salutare", peraltro abusati, non è un valore spendibile e neanche qualificabile), che segua comportamenti di base, sulla linea di indagini di coorti di popolazione, ha individuato miglioramenti significativi con 4 semplici parametri comportamentali che sono stati definiti "fattori protettivi" e che sono- non aver mai fumato, alimentazione equilibrata, attività fisica di 30' per 5 giorni a settimana e non essere obesi (Ford ES et Al. – Potsdam Study Arch. Intern. Med. 2009 Aug. 10; 169(15): 1355-62)) ha permesso di identificare una riduzione per patologie specifiche del 90% per il diabete, dell'80% per l'infarto del miocardio, del 60% per l'ictus e del 40% dei tumori.

Crediamo che una corretta azione nell'uso delle risorse debba poi considerare i danni prodotti ma anche la riduzione del possibile danno stesso determinato dalla patologia. Sarebbe poco corretto curare la malaria senza eliminare le zanzare e le condizioni che la determinano. La cura in sé consente di migliorare le condizioni del malato, ma non risolve il problema, mantiene un alto numero di malati e crea danni alla popolazione sviluppando anche una coorte di cronici.

Pertanto sarebbe fondamentale utilizzare questo finanziamento per ridurre i fattori di rischio su tutte le cause della specifica patologia, ridurre la frequenza della patologia stessa e attivare meccanismi di riqualificazione di azioni e comportamenti per ridurre il fabbisogno economico nei diversi settori patologici, creando un circolo virtuoso nel sistema.

Naturalmente va rivisto anche tutto il ciclo operativo attuale, le opportunità e i meccanismi di risparmio che possono essere messi in atto, e che possibilmente riduca costi e sofferenze.

Corrette abitudini alimentari, esercizio fisico adeguato, peso corporeo nella norma l'incidenza del cancro si ridurrebbe del 30 – 40% (Food, Nutrition and Prevention of Cancer, Washington 1997- American Institute for Cancer Research).

Una nuova normativa generale sulla sicurezza del cittadino dovrebbe poi sostituire quella attuale, spesso inefficace. Un comitato dovrebbe valutare opportunità e risultati e, come abbiamo accennato, risolvere molti dei problemi creati dai fattori di rischio rilevati. Solo una piccola nota sul fumo. Non determina solo tumori, ma è causa di infarto del miocardio, ictus cerebri, bpcO e molto altro. Trascurare le diverse patologie non risolve i problemi del fumo di sigaretta. So che gli oncologi non gradiranno, ma credo che oggi la loro spesa per farmaci sia molto lievitata, nonostante valutazioni, anche molto recenti, circa la loro reale efficacia. Una revisione dei processi terapeutici ed una forte spinta alla prevenzione potrebbe ridurre inutili spese e forse anche il numero dei malati da assistere.

Igea e Panacea. Non solo diagnosi, anche evitare le malattie e promuovere salute. Anche oltre l'ospedale.

Giuseppe Imbalzano
Medico