



RASSEGNA STAMPA

03-12-2017

1. CORRIERE DELLA SERA Nella battaglia al tabacco in campo anche James bond cop
2. ADN KRONOS 'Amore' contro il cancro, Alleanza del Sud frena i viaggi della speranza
3. GAZZETTA DEL MEZZOGIORNO «Neoplasie, meno intramoenia e più multidisciplinarietà»
4. IL FATTO QUOTIDIANO Processo a Cappato: testimoni la fidanzata e la madre di Dj Fabo
5. CORRIERE DELLA SERA Così si riesce a preservare anche l'estetica
6. LIBERO QUOTIDIANO La legge sul «Fine vita»? Solo una fotocopia di norme già esistenti
7. CORRIERE DELLA SERA Intervista a Filippo de Braud - Comunicare (bene) prima di sperimentare

Alto & Basso di Isabella Bossi Fedrigotti

NELLA BATTAGLIA AL TABACCO IN CAMPO ANCHE JAMES BOND

Il professor Marco Aloisio, chirurgo toracico all'Humanitas e presidente della sezione provinciale di Milano della Lilt (Lega italiana per la lotta contro i tumori), ha voluto rispondere alla lettrice Paola Peretti che due settimane fa in questa rubrica si chiedeva angosciata cosa si può fare per convincere i tanti ragazzini che vede fumare all'uscita dalle scuole, a smettere. O, meglio ancora, a nemmeno incominciare.

Scrivo dunque il professore Aloisio che la Lilt si occupa attivamente di questo grande problema perché (nella sua lettera la frase è in neretto) «il fumo rimane la più grande minaccia a livello mondiale per la salute».

Il primo intervento — di tipo giocoso — denominato «Agenti ooSigarette», riguarda le elementari della città e della provincia di Milano, ed è condotto da educatori formati in scuole di teatro che periodicamente incontrano gli alunni delle classi quarte e delle quinte. L'ambizione di questo lavoro abbastanza capillare è far

crescere una intera generazione di non fumatori. E soltanto nel corso di quest'anno tredicimila bambini delle elementari sono diventati «Agenti ooSigarette».

Il secondo intervento, ben più difficile, tenta di coinvolgere gli adolescenti delle scuole secondarie che già fumano o hanno una gran voglia di cominciare, e sono purtroppo numerosissimi come faceva per l'appunto notare la signora Peretti. «Dall'ultima indagine Doxa che abbiamo commissionato in occasione della Giornata Mondiale senza Tabacco, lo scorso 31 maggio — scrive ancora il professore Aloisio — è emerso che il 25 per cento dei giovani milanesi tra i 15 e i 24 anni è fumatore, e che il sessantasette per cento non ha alcuna intenzione di smettere. Con gli adolescenti è difficile ottenere qualche risultato se ci si limita a ripetere che il fumo è dannoso; per fare breccia presso di loro occorre proporre un ragionamento più ampio sull'educazione alla salute e a un corretto stile di vita (non dimentichiamoci,

per esempio, dell'alcol, del cibo spazzatura e, naturalmente, degli stupefacenti). Ragionamento che la Lilt affronta in incontri con psicologi, sociologi e pubblicitari che dialogano con i ragazzi sull'importanza di essere liberi dalle dipendenze. Ma la differenza — sottolinea ancora il professore — la fa soprattutto il buon esempio di noi adulti, genitori, insegnanti, educatori che per primi dovremmo adottare stili di vita salutari».

Le indicazioni del dottor Aloisio — che nel suo lavoro vede tutti i giorni i gravissimi danni causati dal tabacco al corpo umano — offrono a genitori ed educatori una possibile traccia da seguire per evitare che i figli adolescenti si mettano a fumare illudendosi che una sigaretta tra le dita lasci intendere di essere grandi e liberi.

Senza, però, dimenticare l'ultima osservazione del chirurgo riguardante l'esempio: che può essere salvifico oppure micidiale, a seconda.

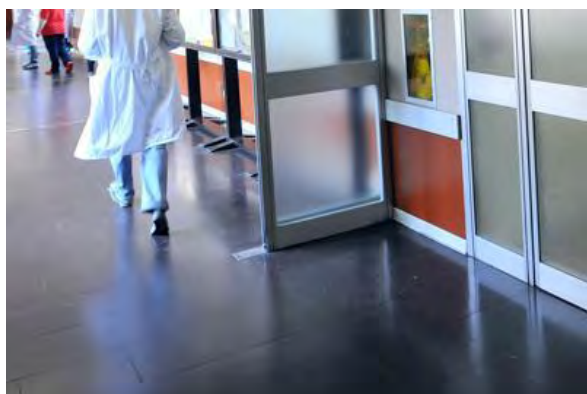
ibossi@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



<http://www.adnkronos.com>

'Amore' contro il cancro, Alleanza del Sud frena i viaggi della speranza



Sanità del Sud alla riscossa, per garantire cure anticancro 'doc' e abbattere il fenomeno dei viaggi della speranza. Arginare la fuga dei malati verso Nord è l'obiettivo di 'Amore', Alleanza mediterranea oncologica in rete, nata per volontà dei 3 principali Istituti oncologici del Mezzogiorno: l'Istituto nazionale tumori Irccs Fondazione Pascale di Napoli, l'Istituto tumori di Bari Irccs Giovanni Paolo II e il Centro di riferimento oncologico della Basilicata Crob di Rionero in Vulture (Potenza).

I loro direttori generali Attilio Bianchi, Antonio Delvino e Nicolò Cugno hanno firmato il 29 novembre a Bari la prima convenzione interregionale Campania-Puglia-Basilicata. L'obiettivo è "tracciare la rotta per un nuovo modello di sanità in grado di coniugare i canoni di buona amministrazione con i bisogni assistenziali in continua evoluzione".

Nove i punti dell'intesa: creare una Rete interregionale di Istituti oncologici che, attraverso una collaborazione sistematica, il confronto e lo scambio di competenze ed expertise, assicuri il costante miglioramento della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia delle cure e dei servizi erogati; avviare un percorso per la costituzione di una Fondazione; definire una piattaforma tecnologica comune per raccogliere in maniera omogenea dati clinici e gestionali a sostegno della ricerca e della costruzione di un sistema comune di indicatori da utilizzare per la valutazione dell'efficienza; realizzare progetti di formazione e ricerca preclinica e/o clinica in vari settori correlati

all'oncologia.

Ancora: promuovere modelli organizzativi innovativi incentrati sull'etica clinica, la clinical governance, la condivisione delle policy, l'appropriatezza e l'economicità delle risorse; condividere i principi ispiratori dei Pdta (Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali); sviluppare attività comuni nell'ambito della ricerca sanitaria e biomedica; realizzare progetti estero-finanziati, a valere in particolare su Fondi comunitari; intraprendere un percorso sinergico per l'accreditamento a Comprehensive Cancer Center per ciascuna delle parti.

"La nascita di questa alleanza - commenta Bianchi - rappresenta una svolta per il nostro Istituto, ma più in generale per la sanità del Sud Italia. Siamo sicuri che la sinergia tra competenze scientifiche porterà non solo allo scambio di informazioni e conoscenze, e quindi a nuove progettualità, ma a ridurre la migrazioni di pazienti verso le regioni del Nord".

L'INDAGINE COINVOLTI 32 DIRETTORI E MEDICI ONCOLOGI E 12 ONCOEMATOLOGI

«Neoplasie, meno intramoenia e più multidisciplinarietà»

L'analisi delle esigenze diagnostiche e di cura in Puglia

NICOLA SIMONETTI

● «In Puglia - dice la professoressa **Giorgina Specchia** - la Rete ematologica è realtà ormai consolidata dal 2010 quando abbiamo sentito l'esigenza di condividere i percorsi clinici facendo interloquire competenze ed esperienze, mettendo in atto azioni e strumenti per uniformare percorsi diagnostici e cure e per identificare i punti deboli, provvedendo a correggerli. Un formidabile strumento di integrazione fra ospedale e territorio allo scopo di ottimizzare le risorse e garantire elevati standard di efficienza e di qualità».

Il consuntivo della Specchia trae conferma da un'indagine sul territorio, che ha coinvolto 32 direttori e medici del settore oncologico e 12 oncoematologi, ideata e realizzata insieme al professor **Vito Lorusso**, direttore Oncologia medica, istituto tumori «Giovanni Paolo II» di Bari. L'indagine sarà replicata in altre regioni d'Italia e ha fatto da apripista per la proposta avanzata, ieri a Roma, da 17 associazioni di pazienti, alla politica nazionale e regionale sulla base di un progetto coordinato da **Anna Maria Mancuso**, presidente Salute donna Onlus («La salute: un bene da difendere, un diritto da promuovere»).

«Dalle risposte dei colleghi pugliesi - dice Lorusso - emerge un quadro complessivo incoraggiante, per la presenza di

gruppi multidisciplinari di patologia attivi in numerosi centri. C'è un'offerta oncologica giudicata di buon livello su tutto il territorio, con alcuni aspetti che potrebbero essere perfezionati. L'istituzione della struttura organizzativa di coordinamento dell'attività dei centri oncologici avrà un impatto positivo con l'implementazione di gruppi multidisciplinari e, soprattutto, di percorsi terapeutici assistenziali con valenza regionale». In questa prospettiva la Rete (attiva solo in 6 Regioni) potrà svolgere - precisano Specchia e Lorusso - un ruolo fondamentale per realizzare un'assistenza veramente universale, senza disparità e squilibri di carattere, economico, sociale e geografico, migliorando la qualità delle prestazioni e riducendo i tempi d'attesa dei pazienti. «L'indagine - precisa Lorusso - sottolinea l'opportunità di una chiara individuazione dei centri d'eccellenza e delle Unità operative (specie chirurgiche) che possano svolgere un maggior volume di prestazioni, l'istituzione di Centri di orientamento oncologico, nei quali il paziente possa ricevere immediata risposta alle sue necessità, grazie alla presenza di figure professionali come i Case Manager».

«I dati ricavati consentono di disporre di strumenti di analisi più aggiornati e diretti, onde sollecitare opportuni interventi del Consiglio

Regionale e realizzare un' incisiva interlocuzione con l'Intergruppo consiliare regionale della Puglia sulla Salute onco-ematologica. Riscontrate anche situazioni critiche e possibilità di ottimizzare il modello operativo per una più efficace applicazione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali, un più agevole accesso ai farmaci innovativi, qualità e completezza della presa in carico del paziente. Proposti continuità, qualità e omogeneità, attivazione centri riferimento regionali, convergenza delle risorse finanziarie verso i centri di eccellenza, programmi di screening, potenziamento dell'assistenza domiciliare ai pazienti oncologici. Suggesti anche rimedi articolati (più rapidità di accesso nelle chirurgie, obbligare i medici ad incontri multidisciplinari, eliminare le croniche lacune assistenziali, coinvolgere i medici di medicina generale) per ridurre i «viaggi della speranza». Proposta clou: «eliminare, per tutti gli oncologi delle UO, l'attività privata (anche intramoenia), incrementando in maniera differenziata la remunerazione per ogni singolo medico strutturato».



DOMANI IN AULA A MILANO

Processo a Cappato: testimoni la fidanzata e la madre di Dj Fabo

AL VIA domani a Milano la fase istruttoria del processo a Marco Cappato, esponente radicale e tesoriere dell'Associazione Luca Coscioni, che a febbraio scorso ha accompagnato in Svizzera dj Fabo, Fabiano Antoniani, per il suicidio assistito richiesto dal giovane tetraplegico. Autodenunciatosi, Cappato rischia fino a 12 anni di carcere. Domani, tra i testimoni che verranno sentiti in aula, ci saranno Valeria, la fidanzata di Fabiano, e la mamma Carmen, oltre al fisioterapista che è stato con lui e si è preso cura di lui fino alla fine. "Il processo a Marco Cappato si è aperto l'8 novembre - ricorda Filomena Gallo, coordinatore del collegio legale di difesa di Cappato dinanzi alla Corte di Assise di Milano - È imputato per aver rafforzato il proposito suicidario di Dj Fabo e per averlo aiutato a raggiungere la Svizzera con l'obiettivo di ricorrere al suicidio assistito. Lunedì inizia dunque la fase istruttoria del processo. Verranno sentiti i 10 testimoni indicati dalla pubblica accusa e dalla difesa, alcuni in comune più il dottor Riccio (Mario Riccio, l'anestesista che staccò la spina a Piergiorgio Welby, ndr)".



Oncoplastica

Così si riesce
a preservare
anche l'estetica

Nel trattamento del tumore al seno sta prendendo sempre più piede la cosiddetta chirurgia oncoplastica. «In casi selezionati, l'abbinamento di tecniche di chirurgia plastica nel corso di interventi oncologici consente di eliminare il tumore al seno migliorando nello stesso tempo anche l'aspetto della mammella. Per esempio, un tumore di grosse dimensioni in una donna con un seno voluminoso potrebbe essere asportato abbinando alla chirurgia oncologica la mastoplastica riduttiva. In pratica si asportano ampie porzioni di tessuto mammario e si riduce il seno. Poi si riduce anche la mammella sana, con un ottimo risultato estetico. Ovviamente anche in questi casi occorre analizzare il linfonodo sentinella. Negli ultimi anni stiamo inoltre sperimentando la chirurgia robotica, soprattutto per la mastectomia preventiva in donne ad alto rischio che consente una migliore asportazione dell'intera ghiandola, a fronte di una minima cicatrice ascellare».





Biotestamento

La legge sul «Fine vita»? Solo una fotocopia di norme già esistenti

di GIAMPAOLO AZZONI e PAOLO BECCHI*

■ ■ ■ Questa settimana dovrebbe cominciare la discussione al Senato del disegno di legge sul «fine vita». Molti si aspettano novità importanti e invece i suoi principali contenuti normativi sono già oggi diritto vigente in Italia. Analizziamo i punti oggetto del disegno di legge e mettiamoli a confronto con l'ordinamento vigente.

1) Già oggi esiste una disciplina adeguata sul consenso informato. La disciplina relativa al consenso informato nel trattamento terapeutico è da tempo consolidata, sia sotto il profilo giurisprudenziale (a partire dalla Sentenza 438/2008 della Corte costituzionale e oltre un quindicennio prima da numerose pronunce dei Tribunali di merito), sia sotto quello legislativo, non solo in diverse discipline speciali, ma anche in norme generali (art. 3 della «Carta dei diritti fondamentali dell'Ue»), comprendendo anche i trattamenti «salva-vita» come possibile oggetto di rifiuto o rinuncia. Una autorevole esposizione dell'attuale normativa sul consenso informato è contenuta nel Titolo IV del vigente «Codice di deontologia medica».

2) Già oggi hanno piena validità giuridica le disposizioni anticipate di trattamento. Coerentemente con la centralità attribuita al consenso informato, già oggi il medico deve tenere conto delle volontà manifestate dal paziente prima che divenisse incapace. In una celebre sentenza, la Corte di cassazione diede rilievo decisivo a volontà espresse verbalmente e informalmente (Sez. I, n. 21748/2007), a fortiori già oggi devono essere prese in considerazione disposizioni anticipate attuali e univocamente riferibili al loro autore. L'art. 38 del vigente «Codice di deontologia medica» impone al medico di tenerne conto e all'art. 26 è altresì già prevista anche la possibilità di «pianificazione anticipata delle cure».

3) Già oggi è possibile nominare un fiduciario. La nomina di un fiduciario, senza le formalità richieste per la designazione di un rappresentante legale, potrebbe essere considerato un elemento positivo del disegno di legge, ma anche tale elemento è già previsto nel diritto vigente per un'ampia platea di persone (cfr. art. 1, comma 40, legge 76/2010 che riguarda ogni convivenza di fatto ed è estendibile ai matrimoni).

4) Già oggi è vietata ogni forma di accanimento terapeutico. Già oggi è unanime in dottrina e giurisprudenza la convinzione che trattamenti diagnostico-terapeutici, quando sproporzionati o inutili, costituiscano altrettanti illeciti civili e penali, da ultimo disciplinati dalla legge 24/2017. In questo senso, l'art. 16 del vigente «Codice di deontologia medica» dispone che «il medico, tenendo conto delle volontà espresse dal paziente [...] non intraprende né insiste in procedure diagnostiche e interventi terapeutici clinicamente inappropriati ed eticamente non proporzionati». Da ricordare poi che la legge 38/2010 assicura ad ogni cittadino il diritto di accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore.

Il disegno di legge si limita dunque a ripetere contenuti normativi già vigenti nel diritto italiano e non regola situazioni per le quali da più parti si invoca la sua approvazione. Non solo è inutile: è anche pericoloso. Pericoloso perché fa credere che sia realistica l'idea che il malato sia sempre un decisore competente e razionale. Non è così per i pazienti affetti da demenze o in gravi difficoltà personali. Il rischio poi è anche quello di avallare o di sollecitare decisioni di fine vita di carattere economico (per non gravare sugli altri), presentando come alternative equivalenti l'opzione di proseguire nelle cure e quella opposta di rinunciare alle terapie. Una legge dunque che non ha alcuna ragione per essere approvata, se non il desiderio delle forze politiche di capitalizzare un risultato in vista delle elezioni.

*(ordinari di Filosofia del diritto, Univ. Pavia e Genova)



Comunicare (bene) prima di sperimentare

Scelta consapevole

Se non ci sono altre opzioni può essere un vantaggio entrare in una sperimentazione

Valutazione attenta

Negli altri casi bisogna soppesare con molta attenzione pro e contro per il paziente

Studi clinici

Una delle occasioni in cui l'incertezza è parte inscindibile, costitutiva del processo di cura, è la sperimentazione di un farmaco. In questo caso a un malato si prospetta l'occasione di giovare di una nuova opportunità terapeutica, di cui però almeno l'efficacia è, appunto, da provare e proprio sulla sua pelle.

«Efficacia è la parola giusta se si parla della cosiddetta fase III di una sperimentazione — precisa Filippo de Braud, direttore dell'oncologia medica dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano — perché nelle due fasi che la precedono a essere testate sono più l'attività e la sicurezza che non l'efficacia della nuova molecola».

Che differenza c'è fra attività ed efficacia?

«Un farmaco può essere attivo, cioè agire, per esempio, su un tumore riducendone le dimensioni, ma non essere efficace perché non in grado di guarire davvero o allungare la vita del malato in modo significativo. E questa proprietà la si verifica nella fase III, quando si confronta il farmaco sperimentale con il *golden standard*, cioè con la migliore terapia disponibile in quel momento».

Quindi la maggior incertezza si dovrebbe provare quando si riceve la proposta di partecipare a una delle prime due fasi della sperimentazione clinica?

«In effetti è sempre stato così fino a pochi anni fa. Oggi, quasi paradossalmente, per un medico e per un malato ci può essere una percezione di minore incertezza in uno studio di fase I o II dove, almeno,

c'è la sicurezza che il farmaco che verrà somministrato sarà quello sperimentale, mentre nella fase III il protocollo esige che né il malato né il medico sappiano a chi verrà dato il nuovo medicinale e a chi quello che servirà come termine di paragone, cioè il *golden standard* cui si è accennato».

Ma se nelle prime due fasi non si sa se il farmaco nuovo è attivo e nemmeno se è sicuro, come si può essere meno incerti?

«Il motivo è che oggi, almeno in oncologia, le nuove molecole agiscono su precisi bersagli molecolari, per cui la popolazione che si seleziona per le prime fasi è più probabile che possa comunque beneficiare della sua eventuale attività biologica».

In ogni caso il malato è sempre posto di fronte a una scommessa.

«Bisogna tenere presente che se una persona non ha più opzioni terapeutiche può essere un vantaggio importante partecipare a una sperimentazione, mentre negli altri casi bisogna invece soppesare con molta attenzione i pro e contro per il paziente».

Insomma lo sperimentatore deve essere sempre onesto e trasparente.

«Ci mancherebbe altro, ma non basta nemmeno questo. È necessario che la scelta sia davvero condivisa con il malato e questo lo si può ottenere soltanto con una buona comunicazione. Quando parliamo con un paziente per discutere se farlo entrare o meno in uno studio sperimentale dobbiamo capire non solo quale può essere il suo reale vantaggio in termini clinici, ma anche come ciò può impattare sulla sua vita in termini progettuali».

Che cosa intende per impatto della sperimentazione sul progetto di vita di un can-

didato?

«La malattia in qualche caso abbatte, fa perdere ogni interesse per le proprie attività e porta a pensare solo alla cura. In altri casi, al contrario stimola reazioni di sfida, che non investono solo la patologia in sé, ma l'intera esistenza e induce a fare cose che prima non si erano mai tentate, per esempio una maratona se prima ci si limitava a una corsetta alla settimana. È chiaro che bisogna comprendere a chi si sta proponendo che cosa. Per questo è importante conoscere il malato, capire quali sono i suoi hobby, le sue ansie, le sue occupazioni, i suoi desideri. Non basta conoscere l'esito della sua Tac. Quando si propone un trattamento, che sia sperimentale o meno, bisogna collocarlo in una strategia terapeutica complessiva».

Chi paga per le sperimentazioni cliniche?

«In genere se si prova un nuovo farmaco è l'azienda che lo produce a fornirlo all'ospedale a cui è affidato lo studio. Quindi la spesa non è a carico del Servizio Sanitario nazionale, almeno per quanto riguarda il medicinale. Ciò talvolta può creare qualche paradosso. Per esempio può capitare che l'amministrazione dell'ospedale non sia "contenta" perché la terapia non viene fatta "su ricetta rossa", come si dice in gergo, quindi non ci sarà rimborso per la prestazione da parte della Regione. Insomma, è una forma di assistenza che non viene "contabilizzata" all'istituto, ma rimane una cura, anche se con incognite, e di fatto comporta un risparmio per la spesa sanitaria».

L.Rip.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Scelta

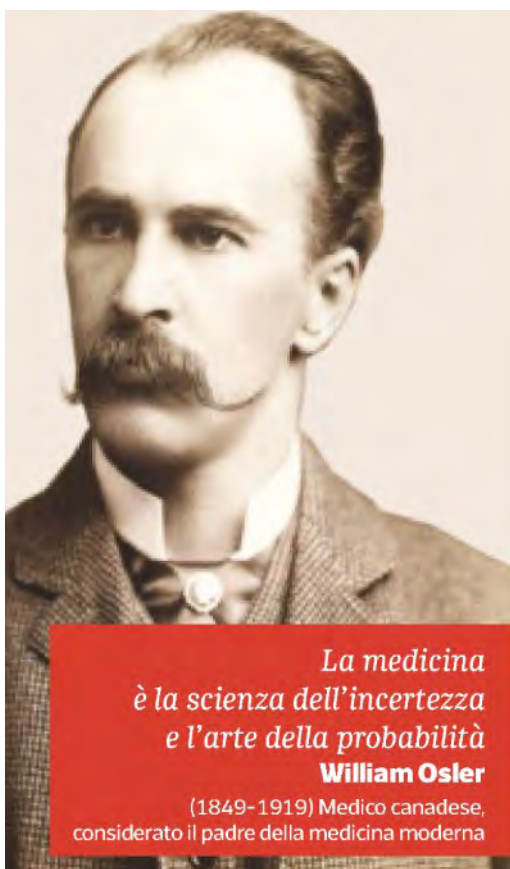
«Una terapia, sperimentale o meno, va sempre collocata in una strategia complessiva, che tenga presente a quale tipo di persona si sta proponendo»

Hanno detto



La vita è breve, l'arte lunga, l'occasione fuggevole, l'esperienza fallace, il giudizio difficile
Ippocrate

460 a.C. circa – 377 a.C. rivoluzionò il concetto di medicina, stabilendola come professione



La medicina è la scienza dell'incertezza e l'arte della probabilità
William Osler

(1849-1919) Medico canadese, considerato il padre della medicina moderna

IL POTERE DELL'ASCOLTO

Se il medico prova empatia nei confronti del paziente, l'efficacia delle cure aumenta fino al **40%**



Il **20%** dei medici è convinto di capire i problemi del paziente



Solo l'**8%** degli assistiti si sente compreso



Solo il **21%** dei medici crede che i pazienti abbiano fiducia nella diagnosi



Invece il **30%** degli assistiti, afferma di avere completa fiducia



Il **28%** dei pazienti non esprime mai i propri dubbi sul trattamento, sebbene li abbia



Il **39%** non esprime mai il proprio disaccordo e non parla mai di questioni personali con il proprio medico



Fonti: 116° Congresso nazionale della Società Italiana di Medicina Interna (Simi), 2015 e indagine di Altroconsumo settembre-ottobre 2016 su tutto il territorio nazionale, con un questionario a cui hanno risposto 1.742 dottori e 1.132 pazienti tra i 24 e i 74 anni