



RASSEGNA STAMPA

14-02-2018

1. REPUBBLICA.IT Caregiver, 8 ore al giorno dedicate ai malati
2. QUOTIDIANO SANITÀ Tumore polmone. Attività fisica pre-operatoria abbatta rischio complicanze e riduce degenza
3. HEALTH DESK Cancro, combattere la fatigue con un placebo (sapendo che è un placebo)
4. QUOTIDIANO SANITÀ' Le opinioni dei pazienti entrano ufficialmente nei trial clinici
5. QUOTIDIANO SANITÀ' Cancro: nei giovanissimi è frequente il ritardo della diagnosi
6. CORRIERE DELLA SERA Le frontiere dei 3D «Così operiamo i tumori invisibili»
7. STAMPA Mix di molecole "sparato" nel tumore Il nuovo balzo dell'immunoterapia
8. STAMPA Tumori, ci si ammala di più ma si muore sempre meno
9. REPUBBLICA.IT Piemonte, il 40% dei tumori evitabile con stile di vita sano
10. QUOTIDIANO DEL SUD Tumori: in Calabria nel 2017 oltre 10mila nuovi casi
11. GIORNALE DI CALABRIA Tumori, fotografati dall'Aiom i numeri nella nostra regione
12. ITALIA OGGI Un elenco per i biotestamenti
13. SOLE 24 ORE Ema, a far spenti il Parlamento Ue indaga sull'Olanda
14. AVVENIRE L'Aran convoca i medici per rinnovare il contratto
15. IL FATTO QUOTIDIANO Biologi e polemiche sugli scienziati no vax: l'Iss non parteciperà
16. IL FATTO QUOTIDIANO Non si può più tagliare la spesa: lo dicono i dati

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

Caregiver, 8 ore al giorno dedicate ai malati

Secondo l'Istat, in Italia sono oltre tre milioni le persone che si prendono cura di un familiare colpito dal cancro, provando spesso rabbia e solitudine. Un quaderno della Fondazione Aiom risponde alle domande di chi deve affrontare la malattia accanto al proprio caro

di TINA SIMONIELLO

Sono 8 milioni e mezzo, oltre il 17% della popolazione, le persone che in Italia si prendono cura di chi ha bisogno di assistenza. E solo 900mila lo fanno per mestiere, rientrando cioè nella categorie dei badanti. Tutti gli altri, parliamo di 7,3 milioni, sono uomini e donne che assistono un loro familiare – coniuge, convivente, genitore, figlio o figlia: ammalato, invalido o non autosufficiente. È la fotografia che l'Istat ha scattato sul mondo dei caregiver, letteralmente donatori di cura, nel nostro paese. Per la maggior parte hanno tra i 45 e 64 anni e, secondo l'Istituto di statistica, in un caso su 4 dedicano alla persona malata più di 20 ore a settimana. Tra questi ci sono, ovviamente, anche coloro che si dedicano a chi ha un tumore.

I caregiver in oncologia. In Italia vivono con una diagnosi di cancro 1,4 milioni di uomini e 1,7 milioni di donne: oltre 3 milioni di persone. E 3 milioni sono anche coloro che si prendono cura di questi pazienti. “Entrano ed escono dagli ospedali, dagli ambulatori, dagli uffici amministrativi, da un patronato, da un negozio di sanatoria”, racconta **Fabrizio Nicolis**, presidente della **Fondazione Aiom** (Associazione italiana di oncologia medica). Che ha pubblicato un quaderno informativo, **Caregiver in oncologia**, che è una vera e propria guida: una risposta sintetica alle prime domande che spesso i caregiver si pongono all'inizio del percorso di supporto. “I caregiver sono un esercito spesso invisibile, di cui poco si parla e poco si sa. Persone che pure – ha aggiunto Nicolis – dedicano mediamente 8 ore di assistenza giornaliera al proprio congiunto, e per le quali ansia, depressione e sofferenza sono solo alcuni dei problemi”.

Lo stress psicologico. In termini psicologici, l'impatto del tumore può essere maggiore sul familiare che sullo stesso paziente. In particolare quando il caregiver conosce, sa della prognosi della malattia più di quanto non sappia il malato. Una situazione all'apparenza paradossale ma niente affatto rara, specialmente nei paesi latini come il nostro, dove il familiare è presente quasi sempre e durante tutto il percorso di cura: al momento della diagnosi, dell'ospedalizzazione, della somministrazione delle terapie e dei colloqui con i medici. E dove, a differenza dei paesi di cultura anglosassone, è ancora forte il concetto di protezione del

malato e non sempre facile da accettare quello di condividere la verità sulla malattia. I dati ci dicono che le attività che il familiare-caregiver ritiene più stressanti sono l'aiuto diretto nei bisogni fisici, la gestione dei sintomi della malattia, gli effetti collaterali delle cure, gli spostamenti per raggiungere l'ospedale e le attese per visite e terapie.

Rabbia, impotenza, senso di colpa e solitudine. E le emozioni? Cosa prova più spesso chi si occupa di un parente con tumore? Rabbia, che si associa all'ingiustizia della malattia. Senso di colpa, quello di chi è sano mentre la persona che ama non lo è più. Naturalmente impotenza. E solitudine: è stato stimato che, almeno nel 50% dei casi, l'intera vita del caregiver viene modificata dalla malattia del suo assistito: cambiano le abitudini, l'uso e la durata del tempo libero, dello svago e della vacanza. E di conseguenza si modificano le relazioni affettive, amicali, sentimentali, familiari. E cambia il rapporto con il lavoro, nel quale si rischia di rendere meno: a pesare di più sulla resa lavorativa del caregiver sarebbero prima di tutto l'intensità delle terapie (che spesso si associa a più effetti collaterali) e gli spostamenti per eseguire le cure. Un utile vademecum a fumetti sul tema, illustrato da Sergio Staino, è disponibile anche sul sito della Favo (Federazione italiana delle associazioni di volontariato in oncologia): "[Caregiver - perché nessuno resti solo](#)", con dieci pratici consigli per aiutare chi aiuta il paziente oncologico.

Martedì 13 FEBBRAIO 2018

Tumore polmone. Attività fisica pre-operatoria abbatta rischio complicanze e riduce degenza

Le stesse evidenze non ci sarebbero, però, nei confronti di altre forme di tumore, come quello al colon-retto o esofago.

(Reuters Health) – Fare esercizio fisico prima di un intervento chirurgico per un cancro del polmone ridurrebbe i tassi di complicanze post-operatorie e la durata della degenza, mentre minori evidenze ci sarebbero per l'intervento contro altre tipologie di cancro. A evidenziarlo è stata l'analisi di diversi studi scientifici, pubblicata sul British Journal of Sports Medicine e coordinata da Daniel Steffens dell'Università di Sydney.

Lo studio

I ricercatori australiani hanno analizzato studi che valutavano l'efficacia dell'esercizio fisico prima di un intervento chirurgico oncologico. In totale, Steffens e colleghi hanno preso in considerazione 17 articoli che riportavano dati relativi a 13 diversi trial che coinvolgevano complessivamente 806 pazienti con sei tipologie di tumore.

I risultati sui diversi tipi di tumore

Dai risultati sarebbe emerso che l'esercizio fisico prima dell'intervento avrebbe dimezzato i tassi di complicanze e ridotto la degenza ospedaliera in media di tre giorni nei pazienti che si sottoponevano a chirurgia polmonare, rispetto ai controlli. L'esercizio fisico, però, non serviva a ridurre la degenza tra chi si operava di cancro all'esofago, mentre casi clinici di pazienti con tumore del cavo orale o della prostata mostravano che l'esercizio fisico migliorava la qualità della vita post-operatoria. Nessun effetto, inoltre, sarebbe stato trovato nei pazienti con metastasi al fegato, al colon o al colon-retto, mentre per altri tipi di tumore le evidenze sarebbero state minori.

I commenti

“I tassi di sopravvivenza tra i pazienti sottoposti a chirurgia per un tumore primario o per una recidiva sono migliorati molto negli ultimi anni - spiega Steffens - Tuttavia, il numero di complicanze post-operatorie importanti, con degenze più lunghe, è ancora alto”.

Per questo, “i medici dovrebbero consigliare ai pazienti di essere più attivi nel periodo pre-operatorio e i pazienti dovrebbero essere più attivi in generale”, consiglia l'esperto, sottolineando che non ci sarebbero controindicazioni nell'incrementare in maniera controllata l'attività fisica sia prima che dopo l'operazione.

Secondo Hossein Borghaei, del Dipartimento di Oncologia Medica Toracica al Fox Chase Cancer Center di Philadelphia, a partire da questi risultati dovrebbero essere condotti nuovi studi clinici randomizzati per quantificare meglio i benefici dell'attività fisica pre-operatoria nei pazienti con tumore del polmone. In particolare, lo scienziato ne cita due: PUREAIR, rivolto ai pazienti con cancro del polmone in fase iniziale che unisce un mix di riabilitazione domiciliare e ambulatoriale, e uno studio francese che valuterà l'efficacia di un programma di esercizio domiciliare per raggiungere obiettivi funzionali post-operatori specifici.

Fonte: British Journal of Sports Medicine

Marilynn Larkin

(Versione italiana Quotidiano Sanità/ Popular Science)

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

LA CONFERMA

Cancro, combattere la fatigue con un placebo (sapendo che è un placebo)

I miglioramenti si hanno anche quando i pazienti sanno di assumere una caramella



L'effetto placebo continua a stupire. I sopravvissuti al cancro afflitti dalla fatigue migliorano anche se sono perfettamente consapevoli di assumere una pasticca senza alcun principio attivo

L'etichetta della confezione non lascia dubbi: "Questa è una pillola placebo. Ingredienti: cellulosa microcristallina". Le pasticche somigliano a un farmaco nell'aspetto, ma sono fatte di zucchero e non contengono alcun principio attivo. Chi le assume ne è perfettamente consapevole. Eppure funzionano. Ancora una volta l'effetto placebo supera le aspettative portando benefici anche ai pazienti che sono consapevoli di assumere nient'altro che caramelle.

Uno studio appena pubblicato su Scientific Reports dimostra che una pillola palesemente falsa ingerita per tre settimane migliora significativamente i sintomi della fatigue nei sopravvissuti al cancro.

La spossatezza fisica e psichica successiva alle terapie oncologiche conosce pochi rimedi. Il riposo non è mai abbastanza, ci si alza dal letto più stanchi di prima, i farmaci provocano effetti collaterali poco piacevoli e i rimedi naturali danno poco sollievo. A nessun medico verrebbe mai in mente di ricorrere a una finta terapia. Ci ha pensato

invece Ted Kaptchuk, direttore del Harvard-wide Program in Placebo Studies, che aveva già osservato i superpoteri del placebo smascherato per alleviare mal di schiena e che ha ideato una nuova sperimentazione ribaltata: la terapia da testare è il placebo e il confronto avviene con il farmaco tradizionale, il gruppo sperimentale assume la finta pillola e quello di controllo la vera.

L'inusuale trial ha coinvolto 74 sopravvissuti a diversi tipi di cancro afflitti da forme di fatigue più o meno pesanti. I pazienti, come abbiamo detto, sono stati assegnati a due gruppi: uno è stato trattato con il placebo in modalità "open-label", l'altro con la vera medicina. Dopo tre settimane di terapia a base di due pillole al giorno, il gruppo che assumeva il farmaco reale ha potuto proseguire la cura ricorrendo al placebo, mentre gli altri hanno interrotto il trattamento.

Alla fine del periodo di osservazione i partecipanti consapevoli di aver ingerito "caramelle" hanno riscontrato un miglioramento clinico del 29 per cento nei sintomi della fatigue e una riduzione del 39 per cento nell'impatto della fatigue sulla qualità di vita. I risultati erano del tutto indipendenti dalla considerazione che i partecipanti avevano del placebo prima che iniziasse la sperimentazione. «Alcune persone convinte che il placebo non avrebbe avuto alcun effetto - ha spiegato Teri Hoenemeyer coautore dello studio - hanno avuto una buona risposta, mentre altri che credevano che il placebo avrebbe portato dei benefici non hanno avuto gli stessi risultati».

Lo studio è una conferma delle ultime ricerche sul placebo: non è necessario ingannare i pazienti per ottenere i vantaggi della finta pillola. E, infatti, alla fine dell'esperimento i ricercatori si sono trovati di fronte a un dilemma etico non da poco, con i pazienti che chiedevano ai medici di prescrivergli il placebo al posto del vero farmaco.

Ma perché la finta terapia funziona anche quando la mente non viene ingannata? Ted Kaptchuk, che come abbiamo detto è diventato oramai un esperto dei poteri del placebo "open-label", aveva già fornito una spiegazione nel precedente studio sul sollievo al mal di schiena. La suggestione non c'entra. Probabilmente il fenomeno è riconducibile al condizionamento classico: l'atto di prendere la medicina in un ambiente sanitario, con tanto di rituale e simboli terapeutici, comporta di per sé dei benefici. Il corpo e la mente rispondono agli stimoli del contesto anche quando l'etichetta sulla confezione mostra chiaramente che si tratta di pillole di zucchero. Vale per alcuni tipi di disturbi, come la sindrome dell'intestino irritabile, i dolori lombari, l'emicrania e la fatigue. I superpoteri del placebo, per ora, si fermano qui.

Martedì 13 FEBBRAIO 2018

Le opinioni dei pazienti entrano ufficialmente nei trial clinici. Su Jama le linee guida per raccoglierle in modo scientifico

JAMA di questa settimana pubblica lo SPIRIT-PRO, vere e proprie istruzioni per l'uso per includere nel protocollo dei trial clinici la voce dei pazienti. In particolare si indica una lista di 16 Patient Reported Outcomes (PRO), da inserire in tutti i trial clinici che abbiano come endpoint primario o secondario il parere del paziente, ma con la calda raccomandazione di cominciare ad includerli anche in tutti gli altri trial clinici. Un processo oggi reso molto più facile dall'avvento di internet e dei suoi strumenti social

E' la definitiva consacrazione del concetto del 'paziente al centro'. Anche a livello scientifico e di trial clinico. [JAMA](#) di questa settimana pubblica infatti le linee guida per l'inclusione dei Patient Reported Outcomes (PRO) nei protocolli dei trial clinici. I PRO sono dei risultati, giudicati direttamente dal paziente e non interpretati da un osservatore, e possono riguardare la valutazione dello stato di salute, della qualità di vita, dei sintomi o dei problemi di compliance.

Gli estensori delle linee guida, utilizzando il metodo Enhancing Quality and Transparency of Health Research (EQUATOR), hanno individuato 16 PRO che raccomandano di includere nei protocolli dei trial clinici, anche nell'intento di migliorare la qualità dei dati PRO.

I PRO considerati nei trial clinici possono fornire informazioni preziose per prendere decisioni cliniche, per guidare la scelta dei claim nelle etichette dei farmaci, per redigere linee guida migliori, per informare le misure di salute pubblica e anche per guidare la scelta dei farmaci da ammettere al rimborso o meno. Va detto tuttavia che i PRO derivanti dai trial clinici finora disponibili erano spesso di qualità non eccelsa.

La pubblicazione di SPIRIT (Standard Protocol Items: Recommendations for Interventional Trials) nel 2013 ha fornito una lista di elementi da includere nei protocolli dei trial clinici ma non ha dato indicazioni specifiche in merito ai PRO. Per questo, Melanie Calvert (Centre for Patient Reported Outcome Research, Institute of Applied Health Research, Università di Birmingham) e colleghi hanno deciso di colmare questo gap, lavorando alla selezione dei PRO da includere nei protocolli dei trial clinici e pubblicando su JAMA lo SPIRIT-PRO Extension, che fornisce appunto una guida specifica in questo senso.

Gli autori hanno individuato 162 raccomandazioni di protocollo PRO-specifici, provenienti da 54 fonti diverse. La task force ISOQOL (International Society for Quality of Life Research) ha ridotto questa lista a 56 elementi e l'ha sottoposta al giudizio di una consensus, alla quale hanno preso parte 29 esperti. Alla fine sono stati selezionati 16 PRO (5 rielaborazioni di elementi contenuti nello SPIRIT 2013 e 11 nuove estensioni) da includere nei protocolli dei trial clinici, all'interno dei quali i PRO rappresentino l'outcome primario o secondario. Gli autori tuttavia incoraggiano ad utilizzare questi PRO in tutti i trial clinici che prevedano la raccolta dei PRO.

I PRO sono per definizione soggettivi, devono essere compilati dai pazienti in una determinata finestra temporale e tutto ciò crea delle difficoltà logistiche e di metodo scientifico.

“La determinazione dei PRO più appropriate – spiega in un [editoriale](#) Roxana Mehran, Mount Sinai Medical Center, New York - è cambiata molto grazie alle nuove tecnologie. Fino all'arrivo dei social media e all'uso sempre più pervasivo delle tecnologie di comunicazione (la 'rete') era impossibile pensare di raggiungere in maniera organizzata un vasto numero di pazienti. Ma oggi questo può diventare realtà e fornire informazioni preziose per la ricerca clinica e gli endpoint dei trial clinici randomizzati”.

La parola chiave insomma è 'standardizzazione', ora che il paziente è a portata di tablet o di cellulare. Pronto a fornire una montagna di dati su quelle che sono le sue preferenze e le sue opinioni in merito a come una determinata terapia lo faccia sentire.

Ma nonostante tutti siano d'accordo sull'importanza di incorporare questi strumenti anche per improntare la transizione da un sistema di cura basato sui volumi, ad uno incentrato sulla qualità, le potenzialità di questa vision – secondo l'editorialista – non sono state ancora pienamente colte. Anche per questo, la speranza è che la guida offerta dallo SPIRIT-PRO consentirà di utilizzare meglio questi strumenti, di uniformarne raccolta e interpretazione, superando così molte barriere scientifiche ad oggi esistenti.

Ma dovrebbe essere ormai chiaro a tutti che l'opinione del paziente in merito al miglioramento della sua qualità di vita, alla facilità di utilizzo o meno di un presidio/farmaco, al miglioramento dei suoi sintomi grazie ad un approccio terapeutico, è fondamentale e dovrebbe essere incorporata in maniera sistematica e standardizzata in futuro in qualunque protocollo di studi clinici.

Maria Rita Montebelli

Martedì 13 FEBBRAIO 2018

Cancro: nei giovanissimi è frequente il ritardo della diagnosi

Uno studio condotto nel Regno Unito mette in evidenza come, nella popolazione giovanile/adolescenziale, la diagnosi di cancro subisca spesso un ritardo dalla comparsa dei sintomi. E questo ritardo è più marcato nel sottogruppo femminile, che prima di essere inviato a uno specialista passa per due-tre visite generaliste.

(Reuters Health) -La popolazione più giovane spesso subisce ritardi nella diagnosi del cancro. Secondo i dati di uno studio condotto nel Regno Unito, adolescenti e giovani adulti possono accumulare lunghi ritardi tra l'insorgenza dei sintomi del cancro e la diagnosi.

“Abbiamo identificato sottogruppi a maggior rischio di incappare in intervalli prolungati dall'insorgenza dei sintomi alla comparsa e alla diagnosi, durante i quali ulteriori ricerche e interventi di diagnosi precoce potrebbero essere ancora più mirati a massimizzare la loro efficacia”, hanno scritto gli autori della ricerca sulla rivista *The Lancet Child & Adolescent Health*, pubblicata online il 29 gennaio.

L'autore senior, Lorna A. Fern della Divisione Cancer dell'University College Hospitals di Londra, insieme al suo team, ha condotto un'analisi trasversale della coorte Brightlight. Lo studio ha coinvolto giovani di età compresa tra i 12 e i 24 anni, che erano stati reclutati entro una media di 6 mesi dopo una nuova diagnosi di cancro primario, da 96 ospedali del National Health Service in tutta l'Inghilterra da luglio 2012 ad aprile 2015. I partecipanti hanno risposto in prima persona ad interviste sulle loro esperienze diagnostiche. I ricercatori hanno estrapolato i dati demografici da moduli di case report, il tipo di cancro e la data di diagnosi dal Registro nazionale dei tumori.

I risultati dello studio

Su 1.114 partecipanti, 830 hanno completato un'intervista faccia a faccia. Tra i partecipanti, 204 su 748 (27%) hanno aspettato più di un mese per vedere un medico generico o presentarsi a un pronto soccorso. Dei 701 che hanno consultato un medico di base, 242 (35%) hanno avuto tre o più consulti prima di essere indirizzati a uno specialista.

Tra gli 803 pazienti intervistati, l'intervallo mediano dall'insorgenza dei sintomi alla diagnosi è stato di 62 giorni. Rispetto ai maschi, le donne erano significativamente più propense ad avere tre o più consulti prima di una consulenza specialistica (odds ratio aggiustato, 1.6) e hanno atteso una mediana di 24 giorni più lunga dall'insorgenza dei sintomi alla diagnosi. I pazienti con linfoma o tumori ossei e quelli con melanoma hanno mostrato minori probabilità di avere tre o più consulti prima di una richiesta di consulenza specialistica. Gli intervalli di diagnosi variano da una mediana di 51 giorni in più nei pazienti con tumore osseo e una mediana di 33 giorni in meno nei pazienti con tumori del sangue.

I commenti

“Questo studio sottolinea l'importanza di fare una diagnosi differenziale del cancro quando un paziente in età adolescenziale / giovane presenta sintomi che sono persistenti, che non seguono un preciso schema, o sono difficili da diagnosticare – dice Joy M. Fulbright, professore associato di pediatria all'Università del Missouri-Kansas City School of Medicine e direttore del Programma Adolescent and Young Adult al Children's Mercy di Kansas City – I medici in questi casi devono stabilire periodi di osservazione regolari per proseguire nella ricerca di una risposta”.

“Questi risultati supportano l'importanza di fornire una adeguata informazione a scuola, durante gli incontri con i medici o in altri luoghi, riguardo i sintomi del cancro; in particolare, nel caso dei tumori più comuni in questa fascia di età, come cancro della pelle, linfoma, tumori delle cellule germinali, e sarcomi”, consiglia Fulbright, secondo il quale è anche importante incoraggiare visite regolari. Infatti, molti adolescenti e giovani adulti non

vanno dal medico regolarmente perché non ne percepiscono l'importanza, oppure perché, come accade negli Stati Uniti, non hanno assicurazione”.

Fonte: Lancet Child and Adolesc Health

Lorraine L. Janeczko

(Versione italiana per Quotidiano Sanità/Popular Science)

Le frontiere del 3D

«Così operiamo i tumori invisibili»

Torino, la tecnica presentata dal prof Shah

È una specie di chirurgia «aumentata» che sfrutta la terza dimensione: la chirurgia 3D è l'ultima frontiera per chi vuole operare tumori difficili, soprattutto quelli cosiddetti «testa-collo», che colpiscono, cioè, tutto quello che sta sotto il cervello e sopra i polmoni.

Immaginiamo di dover operare un tumore raro, o una metastasi, a una delle ghiandole salivari in una zona di qualche centimetro quadrato e difficile da raggiungere. Il chirurgo comincia a intervenire ed ecco che è aiutato da una «esocamera» che lui stesso aziona e «riprende» il campo operatorio, anche nelle zone quasi invisibili al suo occhio, e lo amplifica su uno schermo. L'operatore può guardarlo e ricavarne indicazioni su come procedere: passa, quindi, da una visione diretta sul paziente a una indiretta, da realtà virtuale.

Uno dei pionieri di questa nuova tecnica è Jatin Shah del Memorial Slo-

an Kettering Cancer Center di New York. Shah è a Torino per un videocorso organizzato da Giovanni Succo, direttore della Chirurgia oncologica cervico-cefalica all'Istituto Candiolo, ed è lui che ha operato il paziente alle ghiandole salivari. In diretta, mentre dall'auditorio i partecipanti al corso potevano vedere in 3D quello che succedeva in sala operatoria, grazie a speciali occhiali.

«Questa tecnologia permette di visualizzare dettagli non visibili a occhio nudo — spiega Shah — e di operare in maniera molto precisa, in tempi rapidi. Con vantaggi per il paziente in termini di recupero dall'intervento e di una migliore qualità della vita».

È diversa dalla chirurgia robotica (quella di Da Vinci, per intenderci) che è sempre in 3D e consente di raggiungere organi interni, ma prevede l'intervento di un chirurgo che sta in una stanza diversa da quella operatoria e aziona il bisturi con un joystick.

«A oggi sono pochissimi i centri che ricorrono alla realtà virtuale in diretta in sala operatoria — aggiunge Shah — ma è una tecnologia che si sta evolvendo. Noi allo Sloan Kettering stiamo trattando 10-15 pazienti all'anno». E Candiolo si sta preparando. «L'evoluzione della medicina va di pari passo con altre tecnologie che condizionano la nostra vita quotidiana — conclude Shah —. Venticinque anni fa non sapevamo che cosa fosse un telecomando tv. Oggi non possiamo farne a meno». Con un suggerimento in più che riguarda la prevenzione: «Oggi sono in crescita i tumori della gola da Papilloma virus ma la buona notizia (se così si può dire, ndr) è che sono meno aggressivi di quelli provocati da fumo e alcol e, soprattutto, che possono essere prevenuti con la vaccinazione anti Hpv».

Adriana Bazzi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'incontro



● Dal 2012 in Europa sono stati registrati oltre 150.000 casi di tumori a testa e collo

● Le patologie suggeriscono nuove modalità di intervento, tra cui la «realtà virtuale applicata alla chirurgia di testa e collo», tema di cui si è parlato all'Istituto oncologico di Candiolo (Torino) durante un «videocorso» che si chiude oggi

● L'iniziativa è stata organizzata da Giovanni Succo, direttore del reparto Chirurgia oncologica dell'Istituto e ha visto la partecipazione di Jatin P. Shah (foto) tra i massimi esperti di cure tumorali



Mix di molecole "sparato" nel tumore Il nuovo balzo dell'immunoterapia

Dopo i successi sui topi, a Stanford la terapia genica sta per essere testata sull'uomo

**Ronald
Levy**
Biochimico

RUOLO: È CAPO DELLA DIVISIONE
DI ONCOLOGIA ALLA STANFORD
UNIVERSITY (USA)



DANIELE BANFI

La lotta al cancro procede spedita. Archiviata la sensazionale notizia della terapia genica sviluppata all'Ospedale Bambino Gesù che ha salvato la vita a un piccolo affetto da leucemia linfoblastica acuta, ora è la Stanford University ad annunciare il via ai test nell'uomo di una tecnica che potrebbe fare apparire antiquate perfino la rivoluzionaria «Car-T»: acronimo di «Chimeric antigen receptor T cell», questa terapia genica «insegna» ai linfociti T - un particolare gruppo di cellule - come riconoscere e attaccare i tumori.

In uno studio su «Science Translational Medicine» - realizzato in un modello animale - gli scienziati californiani sono riusciti a eliminare la malattia e le metastasi attraverso l'iniezione nella massa tumorale di agenti capaci di attivare il sistema immunitario. Un risultato straordinario, che ha aperto le porte alla sperimentazione su 15 pazienti affetti da linfoma.

È un nuovo balzo, compiuto in quell'universo di frontiera che è l'immunoterapia. L'idea è sfruttare l'innata capacità del nostro sistema di difesa nel riconoscere il cancro: l'obiettivo è tenere sempre accesa questa risposta, un fenomeno che spesso non si verifica per la capacità dei tumori di «spegnere» il sistema immunitario stesso e, dunque, crescere in modo incontrollato. A fare da apripista all'immunoterapia è stato il melanoma, un tumore che, quando era in metasta-

si, lasciava poche speranze. Grazie a questo approccio oggi, invece, è possibile tenerlo sotto controllo, di fatto cronicizzando la malattia. E questa logica non è più solo valida per il melanoma, ma anche per altri tumori.

Per ottenere questo risultato gli scienziati hanno a disposizione due soluzioni. La prima consiste nella somministrazione di farmaci - veri e propri anticorpi - capaci di agire sulla superficie delle cellule del sistema immunitario, rimuovendone i freni e rendendole di nuovo libere di agire contro il tumore. La seconda prevede la modificazione in laboratorio delle cellule immunitarie e la successiva reinfusione nel paziente. Ed è questo il caso delle «Car-T».

C'è, però, una terza possibile soluzione ed è quella sviluppata a Stanford: potenzialmente in grado di sostituire le precedenti, prevede l'attivazione del sistema immunitario tramite un'iniezione di un mix di molecole all'interno della massa tumorale. «I progressi dell'immunoterapia - spiega Ronald Levy, autore dello studio e considerato uno dei padri della disciplina - stanno rivoluzionando la pratica clinica in oncologia. Il nostro approccio si avvale di un'unica somministrazione di piccolissime quantità di due agenti in grado di stimolare le cellule immunitarie solo nel tumore». Le molecole sono l'oligonucleotide CpG e un anticorpo capace di attivare il recettore OX40. La prima porta i linfociti ad esprimere sulla superficie dei linfociti una grande quantità di OX40, la seconda attiva quest'ultimo. Il risultato finale è proprio la stimolazione del sistema immunitario. A essere attivate sono le cellule T nel tumore. È come se questi linfociti fossero già stati prelevati dall'organismo per ri-

conoscere la malattia. Ma c'è di più: una volta attivate, alcune di queste cellule sono in grado di lasciare la massa tumorale e migrare alla ricerca di eventuali metastasi.

L'approccio, testato su 90 topi affetti da tumori diversi (mammella, melanoma, linfomi e colon), è risultato efficace in 87 casi. Nei tre restanti la malattia si è ripresentata per poi scomparire definitivamente, ripetendo un secondo ciclo di trattamento. Alla luce di questi risultati - e dato che le due molecole sono già state sperimentate per altre indicazioni - presto partirà un trial clinico che coinvolgerà 15 persone con linfoma. «Il metodo - continua Levy - bypassa la necessità di individuare dei target specifici per ogni tumore e non richiede l'attivazione globale del sistema immunitario e nemmeno la manipolazione delle cellule». Un vantaggio non indifferente, se si pensa che le terapie oggi in

uso spesso possono dare pesanti effetti collaterali.

L'approccio, se funzionerà anche nell'uomo, secondo Levy, potrebbe essere sfruttato, per esempio, prima di un intervento chirurgico per prevenire la diffusione metastatica del tumore. «Ritengo che non ci sia limite alle tipologie che saremo potenzialmente in grado di trattare». Un'ulteriore speranza per le mille persone che ogni giorno in Italia ricevono una diagnosi di tumore.

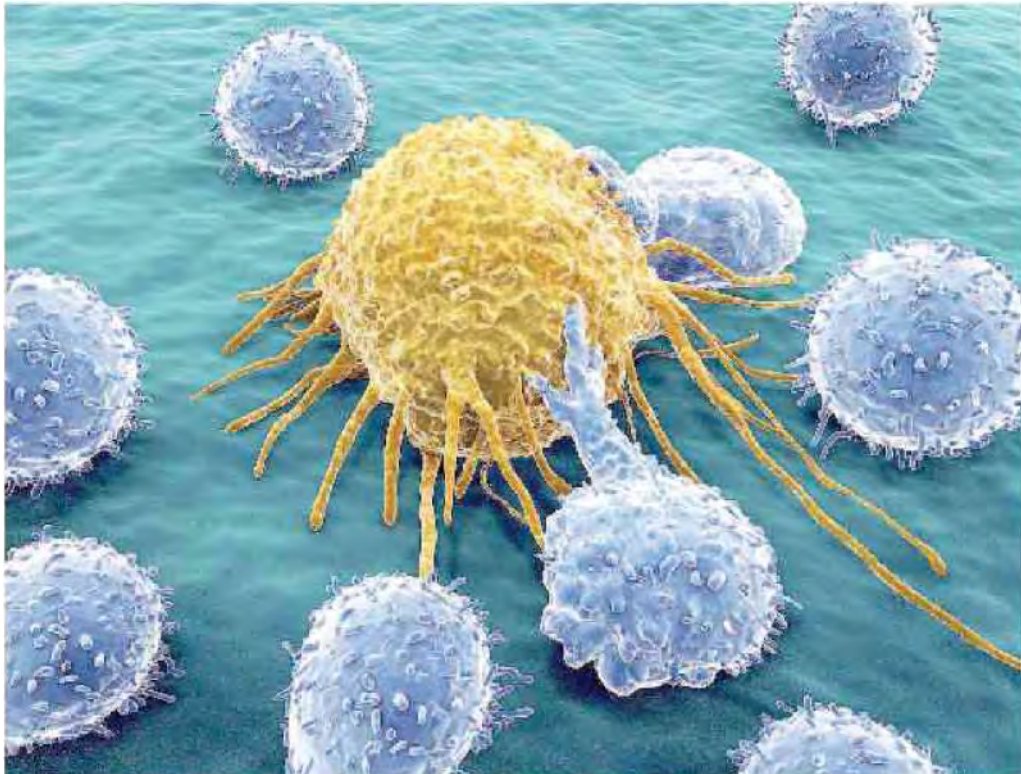
© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI



Successo dei «trial»

Un duo per salvare il polmone

■ La combinazione delle molecole immunoterapiche nivolumab e ipilimumab - finalizzate a risvegliare il sistema immunitario contro il tumore - è efficace in prima linea, rispetto alla chemioterapia, nei pazienti con tumore al polmone con un elevato carico di mutazione delle cellule. A dimostrarlo è il primo studio di fase 3: «C'è un beneficio di sopravvivenza libera da progressione della malattia altamente significativo».



In Piemonte ogni giorno diagnosticati 90 nuovi casi

Tumori, ci si ammala di più ma si muore sempre meno

Il 40 per cento dei pazienti poteva evitare la malattia con uno stile di vita sano

Cresce il numero dei malati di cancro in Piemonte, sfiorando i 31 mila casi ogni anno di tumori maligni. E se da un lato il Piemonte scala fino al quarto posto la non invidiabile classifica delle regioni dove ci si ammala di più, dall'al-

tro si deve registrare un balzo in avanti nelle cure. Cala la mortalità grazie alla ricerca e all'eccellenza sanitaria. Aumenta la prevenzione. Ma gli stili di vita sono ancora da modificare.

Callegaro e Martinengo

ALLE PAGINE 40-41

La salute da difendere

Cancro, aumentano i casi in Piemonte 90 al giorno

Ma con un migliore stile di vita i malati si riducono del 40%

Complice lo stile di vita non sempre perfetto cresce l'incidenza del cancro in tutta la regione. ma salvarsi oggi si può, e il Piemonte è terra di avanguardia nelle cure

FEDERICO CALLEGARO

Ogni anno, in Piemonte, vengono diagnosticati quasi 31 mila tumori maligni. Quasi 85 casi al giorno che rendono la nostra regione la quarta in Italia per incidenza tra gli uomini e la sesta per incidenza tra le donne. Il 40% di questi casi, però, sarebbe evitabile grazie a uno stile di vita sano. I dati sono quelli dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica e, oltre a fotografare i numeri che descrivono la diffusione di questa malattia, ci dicono anche un'altra cosa. «Cioè che i casi, negli ultimi anni, segnano un incremento del 9,7% ma che questa impennata è motivata dal fatto che i controlli sono aumentati notevolmente - spiega la dottoressa Patrizia Racca, coordinatrice piemontese dell'Aiom - E questa tendenza è

visibile anche nell'aumento dell'aspettativa di vita per i malati. Molti casi di cancro, infatti, vengono presi in tempo grazie agli screening». Nella nostra regione la sopravvivenza dei malati è del 53% per gli uomini e del 63% per le donne. A spiegare questa differenza di genere c'è il fatto che gli uomini si ammalano più spesso di un tumore invasivo come quello ai polmoni. In generale, il Piemonte è la quarta regione italiana per sopravvivenza degli ammalati.

La Rete

«I dati dimostrano che nella nostra regione ci sono ottimi professionisti - afferma l'assessore alla Sanità Antonio Saitta - Quella che una volta era definita malattia incurabile, oggi, si può affrontare. Quando abbiamo deciso di ri-

organizzare la rete ospedaliera e di creare la rete oncologica abbiamo fatto un'operazione unica in Italia, che ha avuto e avrà il suo peso nel promuovere cure migliori e nel vincolare l'attiva dei nosocomi con i risultati che ci forniscono i dati sul monitoraggio dei pazienti». Eppure il 40% dei nuovi casi sarebbe evitabile grazie a uno stile di vita sano: «Ogni giorno nel nostro territorio vengono diagnosticati circa 90 nuovi casi» spiega la professoressa Silvia No-



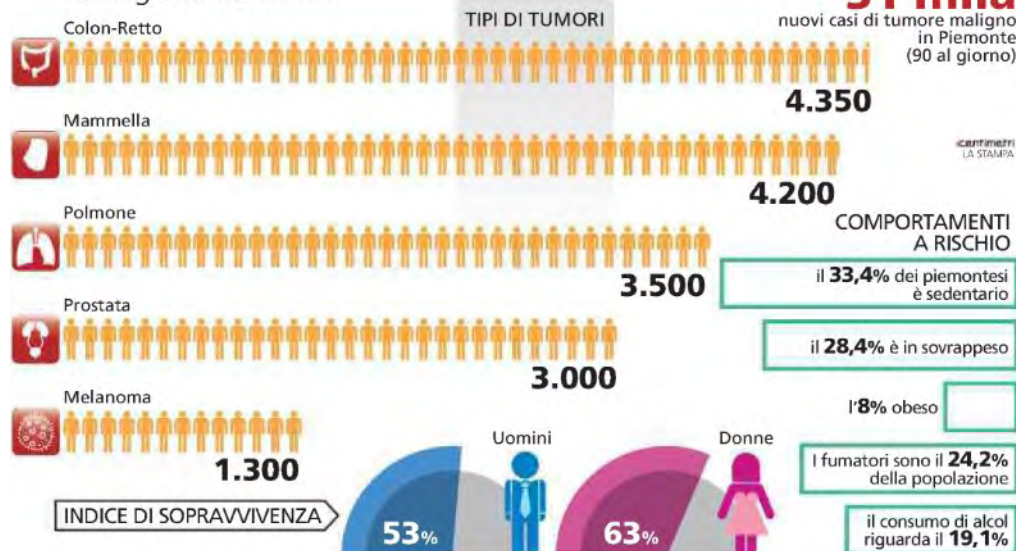
vello, membro del Direttivo Nazionale Aiom, Ordinario di Oncologia Medica all'Università di Torino e responsabile della Struttura Semplice Dipartimentale di Oncologia Toracica del San Luigi di Orbassano. Che aggiunge: «Preoccupa in particolare il notevole incremento, pari al 36%, delle diagnosi di tumore del polmone fra le donne, passate da 919 nel 2015 a 1.250 nel 2017. Il vizio del fumo è sempre più femminile e le conseguenze negative sono evidenti, come dimostrano i numeri. Il 40% del totale dei casi, 12.360 in Piemonte solo nel 2017, potrebbe essere evitato seguendo uno stile di vita sano. È scientificamente provato che il cancro è la patologia cronica che risente più fortemente delle misure di prevenzione». Ma non c'è soltanto il fumo tra i possibili fattori di rischio: il 33,4% dei piemontesi infatti è sedentario, il 28,4% è in sovrappeso e l'8% obeso. I fumatori sono il 24,2% della popolazione ma oltre la tabacco c'è anche il problema del consumo di alcolici: sono a rischio il 19,1% dei cittadini.

I tumori più diffusi

Torino è una delle città d'Italia in cui è più facile guarire dal cancro ma i numeri parlano anche di un aumento dei casi che interessa tutto il Piemonte. In cima alla classifica c'è il cancro al colon-retto, con 4 mila 350 casi nel 2017, poi quello alla mammella, con 4 mila 200 casi, al terzo posto il tumore ai polmoni, con 3 mila 500 casi e poi quello alla prostata, con 3 mila persone ammalate. «Gli screening per i tumori della mammella, della cervice uterina e del colon-retto sono inseriti nei Lea (Livelli Essenziali di Assistenza) e i dati sull'adesione ai test di screening in Piemonte sono in alcuni casi migliori rispetto alla media nazionale - spiega la dottoressa Patrizia Racca -. Nel 2014 il 67% delle donne residenti in Piemonte ha eseguito la mammografia, in Italia la percentuale si fermava al 57%».

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

Radiografia del cancro



La prevenzione
Torino è una delle città dove è più facile guarire per la grande attenzione alla prevenzione



Lo stile di vita
Il 40 per cento dei tumori diagnosticati ai piemontesi potrebbe essere evitato con uno stile di vita sano



Polmoni

È cresciuta del 36%, delle diagnosi di tumore del polmone fra le donne: i numeri assoluti sono impressionanti. Si è passati dai 919 casi registrati nel 2015 ai 1.250 del 2017: un trend che continua purtroppo a crescere



Screening

Nel 2014 il 67% delle donne residenti in Piemonte (in Italia il 57%) ha eseguito la mammografia. Un dato significativo che indica come in Piemonte si sia compresa l'importanza della prevenzione e della diagnosi veloce



La spesa

Per la cura dei malati oncologici cresce del 10 - 20 per cento l'anno la spesa farmaceutica. Ora l'Agenzia Italiana del Farmaco ha contrattato per avere accesso a nuovi medicinali, così da ridurre la spesa complessiva o quantomeno contenerla

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

Piemonte, il 40% dei tumori evitabile con stile di vita sano

Presentato a Torino il libro sui numeri del cancro. Le 3 neoplasie più frequenti sono quelle del colon retto, seno e polmone. Nella Regione il 63% delle donne e il 53% degli uomini sconfiggono la malattia



Negli ultimi tre anni, le diagnosi di tumore in Piemonte sono aumentate del 9,8%. Nel 2017 nella Regione sono stati registrati 30.900 nuovi casi (16.200 uomini e 14.700 donne), nel 2015 le stime erano pari a 28.128 (16.100 uomini e 12.028 donne). Una tendenza che rispecchia quella nazionale con un andamento stabile delle nuove diagnosi fra gli uomini e un incremento fra le donne. Fra i piemontesi i tumori più frequenti sono quelli del colon retto (4.350), seno (4.200) e polmone (3.500). La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è in linea con la media nazionale, raggiunge infatti il 63% fra le donne e il 53% fra gli uomini (in Italia rispettivamente 63% e 54%). È la fotografia dell'“universo tumore” in tempo reale raccolta nel volume [“I numeri del cancro in Italia 2017”](#) realizzato dall'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM), dall'Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM) e dalla Fondazione AIOM e presentato oggi a Torino in Assessorato alla Sanità della Regione Piemonte.

“I nuovi dati confermano la riduzione della mortalità nei due sessi per il complesso dei tumori e per molte neoplasie a più elevato impatto - commenta **Giorgio Scagliotti**, Direttore Oncologia Medica all'Università di Torino -. Quello che veniva un tempo considerato un male incurabile è divenuto in moltissimi casi una patologia da cui si può guarire o con cui si può convivere a lungo con una buona qualità di vita. Oggi abbiamo a disposizione armi efficaci per combattere il cancro, come l'immuno-oncologia e le terapie target che si aggiungono a chemioterapia, chirurgia e radioterapia. Tutto questo, unito alle campagne di prevenzione promosse con forza anche dall'AIOM, si traduce nel costante incremento dei cittadini vivi dopo la diagnosi, che nella nostra Regione sono più di 274.100”.

“Ogni giorno nel nostro territorio vengono diagnosticati circa 85 nuovi casi - spiega **Silvia Novello**, membro del Direttivo Nazionale AIOM, Ordinario di Oncologia Medica all'Università di Torino e responsabile della Struttura Semplice Dipartimentale di Oncologia Toracica del San Luigi di Orbassano -. Preoccupa in particolare il notevole incremento, pari al 36%, delle diagnosi di tumore del polmone fra le donne, passate da 919 nel 2015 a 1.250 nel 2017. Il vizio del fumo è sempre più femminile e le conseguenze negative sono evidenti, come dimostrano i numeri. Per questo è fondamentale promuovere campagne di prevenzione a 360 gradi rivolte a tutte le fasce della popolazione: no al fumo, attività fisica costante e dieta corretta. Il 40% del totale casi, 12.360 in Piemonte solo nel 2017, potrebbe essere evitato seguendo uno stile di vita sano. È scientificamente provato che il cancro è la patologia cronica che risente più fortemente delle misure di prevenzione”.

In Piemonte insomma serve uno sforzo maggiore per migliorare gli stili di vita e raggiungere il grado di prevenzione necessario ad evitare l'aumento dei casi: il 33,4% dei piemontesi è sedentario, il 28,4% è in sovrappeso e l'8% obeso. I fumatori sono il 24,2% della popolazione e il consumo a rischio di alcol riguarda il 19,1% dei cittadini (PASSI 2013-2016). In Piemonte l'ultimo dato Istat disponibile (anno 2014) fa registrare 14.624 decessi attribuibili a tumore: la neoplasia con il maggior numero di decessi è quella del polmone (2.742), seguita da colon retto (1.601), seno (1.071), pancreas (919) e stomaco (695).

“Prevenzione Serena’ è il programma organizzato dalla Regione Piemonte per gli screening oncologici- afferma **Patrizia Racca**, coordinatore AIOM Piemonte -. Gli screening per i tumori della mammella, della cervice uterina e del colon-retto sono inseriti nei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) e i dati sull'adesione ai test di screening in Piemonte sono in alcuni casi migliori rispetto alla media nazionale”. Nel 2014 nella Regione il 67% delle donne ha eseguito la mammografia, esame indispensabile per individuare in fase iniziale il tumore del seno (57% Italia); il 53,8% ha aderito al programma di screening cervicale (Pap test +Test HPV) per la diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero (40,5% Italia). Leggermente inferiore rispetto al dato nazionale (44%), l'adesione complessiva al test per la ricerca del sangue occulto nelle feci (43,1%) per individuare in fase precoce il cancro del colon retto, che nel 2014 non ha raggiunto lo standard accettabile (>45%).

“Avere dati epidemiologici costantemente aggiornati – sottolinea **Lucia Mangone**, presidente AIRTUM - permette ai rappresentanti delle Istituzioni di programmare campagne di prevenzione mirate. Il Registro Tumori Piemonte, primo in Italia ed in tutta

l'Europa meridionale, collabora in maniera sistematica con le altre articolazioni del Centro di Riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte (CPO), soprattutto nella valutazione dei programmi di screening”.

“Le tendenze generali osservate in Piemonte - riporta **Roberto Zanetti**, Direttore del Registro Tumori Piemonte e past President dell'International Association of Cancer Registries - sono in linea con quanto si osserva a livello internazionale nei Paesi industrializzati”.

“Da molti anni si parla di Reti Oncologiche Regionali, ma solo poche Regioni, tra cui il Piemonte, hanno intrapreso un reale percorso di attivazione – evidenzia **Umberto Ricardi**, Direttore del Dipartimento di Oncologia della Città della Salute e della Scienza di Torino -. Il vero salto di qualità dell'assistenza può essere messo in atto solo a partire dalla realizzazione di un vero sistema di reti oncologiche regionali, per garantire uniformità di comportamenti ed equità di accessi in tutte le fasi della malattia e per tutte le differenti potenziali offerte terapeutiche. La strutturazione in rete può inoltre razionalizzare l'impiego delle tecnologie, con un'ottimizzazione dei costi, e migliorare la partecipazione a studi clinici e la diffusione delle terapie innovative a tutti i pazienti.

Un'organizzazione di questo tipo deve prevedere un approccio multidisciplinare e multiprofessionale e l'accessibilità a cure di qualità su base territoriale”. “Con la rete è possibile realizzare un sistema di accessi diffusi nel territorio che consente al cittadino di entrare nei percorsi di cura direttamente nel proprio luogo di residenza e di disporre di una valutazione multidisciplinare, raggiungendo risultati importanti in termini di qualità dell'assistenza - afferma **Oscar Bertetto**, Direttore del Dipartimento Interaziendale Interregionale Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta presso la Città della Salute e della Scienza di Torino -. Da un lato coordinando ed integrando la fase di diagnosi precoce si hanno meno malati in stadio avanzato; dall'altro riorganizzando la fase di cura e comprendendo anche l'assistenza a domicilio resa possibile da una integrazione tra servizi specialistici e territoriali coordinati dal dipartimento di rete oncologica, si decongestionano gli accessi in ospedale nel cui contesto è prevista una scala gerarchica di prestazioni in base alla complessità del caso trattato”.

“La mortalità – continua **Massimo Aglietta**, Direttore Divisione Universitaria di Oncologia Medica, Istituto per la Ricerca e la Cura del Cancro, IRCCS Candiolo (Torino) - continua a diminuire in maniera significativa in entrambi i sessi come risultato di più fattori, quali la prevenzione primaria, la diffusione degli screening su base nazionale e il miglioramento diffuso delle terapie in termini di efficacia e di qualità di vita in un ambito sempre più multidisciplinare e integrato. Più pazienti hanno lunghe sopravvivenze e più persone guariscono dal cancro: sono importanti risultati di sanità pubblica”.

L'Assessore regionale alla Sanità, Antonio Saitta, ha sottolineato che il Piemonte è stata la prima Regione a individuare, nell'ambito del proprio Dipartimento di rete oncologica, anche questo unico in Italia, i Centri di riferimento per la cura delle singole patologie tumorali. Si tratta di un provvedimento molto importante, non solo sotto il profilo organizzativo e della razionalizzazione del sistema, ma soprattutto dal punto di vista della qualità delle cure: individuare i centri di riferimento significa fornire ai malati oncologici le risposte più appropriate rispetto alle complessità delle patologie, assicurando qualità delle prestazioni e la presa in carico in tutto il percorso di cura.

Tumori: in Calabria nel 2017 oltre diecimila nuovi casi

L'incidenza è comunque
più bassa rispetto ad altre
zone del Paese
Migliora l'attività
di screening

GABRIELE RUBINO
a pagina 8



Una donna
si sta
sottoponendo
a una
mammografia

TUMORI

Resi noti i dati elaborati da Aiom e Airtum
Il punto debole resta la Chirurgia oncologica

Oltre 10mila nuovi casi in Calabria

Incidenza comunque più bassa rispetto ad altre zone del Paese. Gli uomini i più colpiti

Mancano
strutture
per interventi
specialistici

di GABRIELE RUBINO

CATANZARO - Ben 10.450 nuovi casi di tumori in Calabria nel 2017. È la stima fornita dal settimo rapporto "I numeri del cancro in Italia", curato dall'Aiom e dall'Airtum, da cui si ricavano le coordinate più attendibili dei fenomeni oncologici. Vito Barbieri (coordinatore Aiom Calabria) sostiene che è vero che siamo su un livello di «30 nuovi casi al giorno», ma «l'incidenza in Calabria» è comunque lievemente più bassa rispetto ad altre zone del Paese. Sugli oltre 10 mila nuovi casi di tumore in regione, 5.650 colpiscono gli uomini e 4.800 le donne. 1.600 al colon-retto, 1.300 alla mammella, 1.100 ai polmoni e 1.000 alla prostata sono invece le tipologie più frequenti. Per Barbieri è incoraggiante il fatto che quello che veniva considerato

un male incurabile sia oggi più affrontabile perché è migliorata l'efficacia delle cure. In Calabria sono oltre 80 mila i soggetti sopravvissuti ad una patologia tumorale. L'obiettivo è mettere al centro le «necessità dei pazienti». Esigenze che si assolvono con l'implementazione dei percorsi di cura incardinati nel dca del 2015, il provvedimento commissariale che ha ri-organizzato la rete oncologica. Il problema principale, ad avviso di Barbieri rimane la carenza di strutture interventistiche specialistiche. Santo Aldo Minerba (vicepresidente dell'associazione italiana registro tumori), a margine della presentazione, ha posto l'accento su come occorra prestare attenzione ai fattori di rischio, spesso collegati alle abitudini alimentari e agli stili di vita. Se in Calabria la quota di fumatori è mediamente più bassa rispetto alla maggior parte delle altre regioni, preoccupano invece i livelli di sedentarietà e di obesità. I punti focali per Minerba sono la pre-

venzione «migliorando le diagnosi precoci con lo screening», e l'assistenza delle strutture regionali secondo i vari livelli della rete, quindi spoke e hub. In particolare sulla prima parte, «una diagnosi tempestiva riesce ad individuare i tumori a più alto grado di letalità, fatto che poi, di conseguenza, ridurrà il tasso di mortalità. Il commissario ad acta Massimo Scura ha fatto il punto sullo stato dell'arte della rete oncologica regionale. Con il provvedimento dell'aprile 2015 «abbiamo messo le basi». «Eravamo quasi a sotto zero, e da quel momento ha continuato Scura- abbiamo iniziato a lavorare sulla diagno-



stica acquistando le Pet a Cosenza e Reggio Calabria», mentre a Catanzaro già c'era. Questo perché «è dimostrato che se la diagnosi si svolge in un posto è altamente probabile che nello stesso poi si rimanga per il resto e eventuali interventi e follow up (i controlli periodici dopo le cure)». Un meccanismo pensato quindi per ridurre la quota di mobilità extraregionale. Ma non tutto ancora funziona al meglio perché, soprattutto in alcune zone permane «un problema di integrazione ospedale territorio». Criticità che il commissario ha rivelato essere presente a Reggio Calabria. «All'ospedale sono attive 400 procedure diagnostiche ma solo 60 interventi chirurgici sulla mammella, la differenza è andata fuori regione». Scura ha raccontato di aver improntato una battaglia culturale sul corretto utilizzo di personale e strumenti. Il punto debole, in accordo con Barbieri, è la chirurgia oncologica. Un vuoto che ha spinto «la gente in Lombardia e Toscana». Il target fissato dalla struttura commissariale è far entrare a pieno regime le unità di Breast unit nei tre Hub regionali. Un processo che è più avanzato all'ospedale di Catanzaro e poco più indietro a Cosenza. Ambedue hanno superato la soglia minima di interventi (150). A medio termine, qualora dovesse andare a buon fine il processo di integrazione fra il Pugliese e l'azienda ospedaliera universitaria Mater Domini (i due ospedali del capoluogo), Scura ha anche annunciato che si punterà molto sulla struttura del Ciaccio, destinato a diventare un polo oncologico di primo piano con dentro anche circa 40 posti letto per l'attività chirurgica. L'incontro è stato moderato da Giuseppe Soluri, presidente dell'Ordine regionale dei giornalisti.



Da sinistra: Barbieri, Scura, Minerba e Soluri

Tumori, fotografati dall'Aiom i numeri nella nostra regione

Nel 2017 in Calabria sono stimati 10.450 nuovi casi di tumore (5.650 uomini e 4.800 donne). I tumori più frequenti sono colon retto (1.600), seno (1.300), polmone (1.100), prostata (1.000) e stomaco (350). E quanto emerge da "I numeri del cancro in Italia 2017" realizzato dall'Associazione italiana di oncologia medica (AIOM), dall'Associazione italiana registri tumori (AIRTUM) e dalla Fondazione AIOM, presentato all'Azienda ospedaliera - universitaria Mater Domini di Catanzaro. "Oggi - afferma Vito Barbieri, coordinatore AIOM Calabria e dirigente medico del Mater Domini - abbiamo a disposizione armi efficaci: immuno-oncologia e terapie target che si aggiungono a chemioterapia,



chirurgia e radioterapia. Questo, unito alle campagne di prevenzione promosse anche da AIOM, si traduce nel costante incremento dei vivi dopo la diagnosi, più di 80.290 in Calabria". Però, è stato rilevato, le percentuali di sopravvivenza sono inferiori alla media nazionale per "la scarsa adesione ai programmi di screening". "I vivi dopo la diagnosi - prosegue Barbieri - presentano molteplici necessità, non solo di carattere clinico, a cui il sistema sanitario deve saper rispondere". Una delle vie da percorrere, è emerso nell'incontro, è rappresentata dall'istituzione della rete oncologica regionale, prevista dal Decreto del Commissario ad acta alla sanità.

AMPIO SERVIZIO A PAGINA 2

Nel 2017 stimati in Calabria 10.450 nuovi casi di tumore

Sono stati 10.450 i nuovi casi di tumore (5.650 fra gli uomini e 4.800 fra le donne) stimati nel 2017 in Calabria. I 5 tumori più frequenti nella regione sono quelli del colon retto (1.600), seno (1.300), polmone (1.100), prostata (1.000) e stomaco (350). È la fotografia dell'universo cancro in tempo reale raccolta nel volume "I numeri del cancro in Italia 2017" realizzato dall'Associazione Italiana di Oncologia Medica (Aiom), dall'Associazione Italiana Registri Tumori (Airtum) e dalla Fondazione Aiom, e presentato oggi all'Azienda Ospedaliera-Universitaria "Mater Domini" di Catanzaro. "Ogni giorno nel nostro territorio vengono diagnosticati circa 30 nuovi casi - ha detto Vito Barbieri, coordinatore AIOM Calabria e dirigente medico presso l'Oncologia dell'Azienda Ospedaliera-Universitaria "Mater Domini di Catanzaro - Quello che veniva un tempo considerato un male incurabile è divenuto in moltissimi casi una patologia da cui si può guarire o con cui si può convi-

vere a lungo con una buona qualità di vita. Oggi abbiamo a disposizione armi efficaci per combattere il cancro, come l'immuno-oncologia e le terapie target che si aggiungono a chemioterapia, chirurgia e radioterapia. Tutto questo, unito alle campagne di prevenzione promosse con forza anche da AIOM, si traduce nel costante incremento dei cittadini vivi dopo la diagnosi, che nella nostra Regione sono più di 80.290. Queste persone presentano molteplici necessità, non solo di carattere clinico, a cui il sistema sanitario deve saper rispondere". Una delle vie da percorrere è rappresentata dall'istituzione della rete oncologica regionale, prevista



dal Decreto del Commissario ad acta alla sanità della Calabria (DCA n.10 del 2 aprile 2015). “All’interno della rete per l’oncologia medica si identificano tre livelli di erogatori: Hub, Spoke e punti di offerta territoriali - ha continuato Barbieri - L’Hub corrisponde all’attività di oncologia di secondo livello, a elevata specializzazione. Spoke implica l’attività di oncologia con disponibilità di posti letto in Day Hospital. I punti di offerta territoriali svolgono funzioni a bassa complessità, ad esempio procedure diagnostiche routinarie o follow up dei pazienti, coordinati dai centri di Hub e Spoke”. Sono state costituite commissioni che stanno lavorando per emettere, a breve, un modello attuativo della rete. “La nuova riorganizzazione della rete ospedaliera (rete oncologica propriamente detta) pone tra gli obiettivi prioritari il miglioramento dell’offerta sanitaria sia nella prescrizione (screening) che - spiega Massimo Scura, Commissario ad acta alla Sanità della Regione Calabria - nella diagnostica (PET), nella cura medica e chirurgica, dove dobbiamo ancora migliorare con la ricerca di professionisti di valore. Non ultimo, il recupero della mobilità passiva extra regionale. La razionalizzazione dell’offerta ospedaliera per il paziente oncologico è finalizzata, infatti, a rimodulare l’offerta con la riduzione dell’uso del ricovero ordinario e l’identificazione di percorsi diagnostico-terapeutici. Ciò implica la riduzione del numero di posti letto in degenza ordinaria in oncologia e la definizione di modalità di assistenza differenti: day hospital e prestazioni ambulatoriali. È necessario inoltre favorire l’accesso all’assistenza appropriata in strutture che si identificano come nodi della rete oncologica e definire le modalità di integrazione tra l’offerta ospedaliera e le risorse assistenziali di livello territoriale”. “È importante interpretare i dati epidemiologici - sottolinea Barbieri - per impostare programmi di prevenzione: si deve fare di più per ridurre l’impatto di questa malattia perché oltre il 40% delle diagnosi è evitabile seguendo uno stile di vita sano (no al fumo, attività fisica costante e dieta corretta). È scientificamente provato che il cancro è la patologia cronica che risente

più fortemente delle misure di prevenzione”. I calabresi però sembrano ignorare questi consigli (PASSI 2013-2016): il 45,9% è sedentario, il 34% è in sovrappeso e l’11,2% obeso, percentuali superiori rispetto alla media nazionale (rispettivamente pari al 32,5%, 31,7% e 10,5%). È invece inferiore il tasso dei fumatori, pari al 24,7% (26,4% in Italia). “Al Sud ci si ammala di meno rispetto al Nord - ha detto Sante Aldo Minerba, vicepresidente dell’Airtum - Alla base di queste differenze vi sono fattori protettivi che ancora persistono nel Meridione, ma anche una minore esposizione a fattori cancerogeni (abitudine al fumo, inquinamento ambientale ecc.). Per quanto riguarda la sopravvivenza, sebbene con differenze meno elevate rispetto agli anni precedenti, si mantiene ancora un gradiente Nord-Sud, a sfavore delle aree meridionali, sia per il totale dei tumori che per alcune delle sedi principali. Fra i fattori che determinano in Calabria percentuali di sopravvivenza inferiori rispetto alla media nazionale vi è sicuramente la scarsa adesione ai programmi di screening organizzati”. Nella Regione solo il 34,6% delle donne ha effettuato la mammografia per la diagnosi precoce del tumore del seno, il 31% ha eseguito il Pap test per la diagnosi iniziale del tumore del collo dell’utero (il 29% ha effettuato il test HPV) e solo il 24% dei calabresi si è sottoposto al test per la ricerca del sangue occulto nelle feci per individuare in fase precoce il cancro del colon retto (dati al 31 dicembre 2017). Un altro importante decreto emesso dal Commissario ad acta (DCA n. 50 del 4 giugno 2015) ha posto le basi per una nuova programmazione degli screening oncologici e dei percorsi assistenziali necessari per la loro attivazione. “Gli screening che prima non c’erano sono partiti negli ultimi due anni - ha sottolineato il Commissario Scura - I programmi di prevenzione secondaria per il cancro della cervice uterina e della mammella sono stati attivati in tutte le ASP (Aziende di Servizi alla Persona) calabresi, in tempi differenti, a partire dal 2005. Lo screening per il cancro del colon-retto è stato attivato in quattro ASP calabresi, in tempi diversi, a partire dal 2008. Le criticità che

...anno determinato la caduta dell'estensione e dell'adesione vanno ricondotte in particolare alla carenza di personale medico e tecnico e di risorse strumentali. Per tutti i percorsi, anche a causa di queste difficoltà, vi è stato un eccessivo ricorso allo screening opportunistico, con il duplice effetto di sottrarre donne a programmi organizzati, abbassando l'adesione, e di aumentare l'inappropriatezza del test con conseguente incremento del carico di lavoro delle Oncologie coinvolte". In Calabria nel 2014 (l'ultimo anno disponibile) sono stati 4.698 i decessi attribuibili a tumore. Nella Regione la neoplasia che ha fatto registrare il maggior numero di decessi è quella del polmone (743), seguita da colon retto (591), seno (314) stomaco (286) e fegato

(237). "Sono oltre 3 milioni e trecentomila gli italiani che vivono dopo una diagnosi di cancro - ha commentato Stefania Gori, presidente nazionale Aiom - è un numero importante che evidenzia il peso della patologia oncologica e lo sforzo continuo per migliorare la sopravvivenza dei pazienti non solo in termini quantitativi ma anche di qualità di vita. Oggi le due neoplasie più frequenti, quella della prostata negli uomini e del seno nelle donne, presentano sopravvivenze a 5 anni pari a circa il 90%, con percentuali ancora più elevate quando la malattia è diagnosticata in stadio precoce. Risultati sicuramente incoraggianti, che ci spingono a impegnarci ancora di più sia sul fronte della ricerca che della prevenzione".



NOTA DEL VIMINALE

Biotestamenti
da presentare
all'anagrafe
del comune

Cerisano a pag. 35

Dal Viminale le istruzioni alle anagrafi. Ricevibili solo le disposizioni dei residenti

Un elenco per i biotestamenti

Nessun obbligo di istituire un registro di stato civile ad hoc

DI FRANCESCO CERISANO

Biotestamenti da presentare all'anagrafe del comune di residenza. Saranno solo gli uffici demografici municipali gli sportelli competenti a ricevere le Disposizioni anticipate di trattamento, ossia il cosiddetto «biotestamento» con cui ogni soggetto maggiorenne e capace di intendere di volere può esprimere la propria volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o particolari terapie, in previsione di un'eventuale futura incapacità. Gli ufficiali di stato civile, tuttavia, saranno legittimati a ricevere solo le Disposizioni anticipate di trattamento (Dat) consegnate personalmente e firmate da soggetti residenti nel comune. Non potranno essere accettate Dat presentate da soggetti non residenti. Agli ufficiali demografici sarà precluso partecipare alla redazione delle Dat, fornendo per esempio informazioni o indicazioni in merito al contenuto delle stesse. Gli uffici comunali dovranno limitarsi a verificare i presupposti della consegna, ossia l'identità del soggetto dichiarante e la sua residenza nel comune.

Sono alcune delle indicazioni operative che il ministero dell'interno ha fornito ai comuni con la circolare n.1 dell'8 febbraio 2018. La nota, indirizzata a prefetti, commissari di governo, ministero della salute, Anci e Anusca, fornisce ai sindaci le istruzioni per attuare la legge n.219/2017 recante «Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento», meglio conosciu-

ta come legge sul biotestamento, entrata in vigore lo scorso 31 gennaio.

La nota del Viminale chiarisce, d'intesa con il ministero della salute, che la legge 219 «non disciplina l'istituzione di un nuovo registro dello stato civile» per raccogliere le Disposizioni anticipate di trattamento. Ne consegue che gli uffici comunali, ricevuta la Dat, dovrà limitarsi a registrare «un ordinato elenco cronologico delle dichiarazioni presentate e ad assicurare la loro adeguata conservazione in conformità ai principi di riservatezza dei dati personali di cui al dlgs n.196/2003».

Gli uffici anagrafe, inoltre, dovranno assicurare un costante raccordo organizzativo tra di loro per garantire «la corretta trattazione delle fattispecie riguardanti quei disponenti che, migrati da altri comuni, consegnino al nuovo comune di residenza nuove Disposizioni anticipate di trattamento modificative di quelle precedenti o revocche delle stesse».

Per quanto riguarda, invece, la trasmissione del contenuto delle Dat alle strutture sanitarie, il ministero dell'interno chiarisce che prima bisognerà attendere l'emanazione del decreto del ministro della salute, previsto dalla legge di bilancio 2018, ancora in attesa di ricevere l'ok della Conferenza statoregioni e del garante per la protezione dei dati personali.

Infine, la nota del Viminale invita i sindaci a monitorare le Disposizioni anticipate di trattamento ricevute entro il 30 giugno 2018 e a comunicarne il numero entro il 10 luglio. Successivamente il censimento delle Dat dovrà avvenire trime-



Agenzia europea del farmaco. Il 22 febbraio sopralluogo ad Amsterdam

Ema, a fari spenti il Parlamento Ue indaga sull'Olanda

Tajani: decisione nell'interesse dei cittadini

IN MISSIONE

Anche l'eurodeputato italiano Giovanni La Via farà parte della delegazione che dovrà valutare la situazione logistica della futura sede

Micaela Cappellini

■ Nella disputa per l'assegnazione della nuova sede dell'Ema ora è il turno dell'Europarlamento, a scendere in campo. Lo farà giovedì 22, quando una delegazione della Commissione Ambiente di Strasburgo sbarcherà ad Amsterdam per verificare una volta per tutte se la sede provvisoria offerta all'Agenzia dal governo olandese è valida oppure no. Poche ore di visita, ma decisive per portare al resto del Parlamento le prove necessarie a convincerlo della bontà, o dell'errore, della scelta fatta dal Consiglio Ue quello sfortunato - per Milano - 20 novembre. A guidare il manipolo composto da un parlamentare per ogni gruppo politico sarà l'italiano Giovanni La Via, del Partito popolare: «Il nostro obiettivo è solo quello che sia assicurata l'operatività effettiva dell'Agenzia», dice. La delegazione incontrerà il governo olandese ma anche il management board dell'Ema. Forse il suo direttore generale in persona Guido Rasi, l'uomo che ha gettato il sasso nello stagno di tutta questa vicenda.

Nell'attuale sede di Londra dell'Agenzia europea del farmaco non vola una mosca: il direttore Rasi non farà più dichiarazioni pubbliche fino alla metà di marzo. Una strana coincidenza: proprio il 12 di marzo il Parlamento europeo sarà chiamato a votare prima in Commissione ambiente, e

poi in seduta plenaria, la ratifica della decisione del Consiglio Ue del 20 novembre scorso, quella che assegna appunto ad Amsterdam e non a Milano la nuova sede dell'Ema.

«Il Parlamento europeo dovrà decidere in piena autonomia, sovranità e libertà. Sempre nell'interesse supremo dei cittadini europei», ha detto ieri il presidente dell'Europarlamento, Antonio Tajani, arrivando alla Johns Hopkins University di Bologna. E se tra gli europarlamentari prevarranno i no, si aprirà la procedura di ricerca di un compromesso a tre fra la Commissione, il Consiglio e appunto il Parlamento, che in questioni di legislazione ordinaria come questa ha parità di parola con il Consiglio.

La battaglia di Milano e dell'Italia per riaprire l'assegnazione della nuova sede dell'Agenzia ormai si è trasformata in una guerra di trincea e le opzioni sulla scacchiera si sono moltiplicate. Mentre aumentano i latitanti di quanto è successo prima e durante la votazione del 20 novembre scorso. L'ultimo riguarda la mancanza del verbale delle tre votazioni, così come le schede utilizzate per esprimere le preferenze. Spiega Bernard O'Connor, partner dello studio legale Nctm ed esperto in materia di contenzioso presso le Corti europee: «I principi del diritto Ue prevedono che ogni decisione amministrativa debba essere tracciabile, perché a fronte di un ricorso presso un organismo giudiziario comunitario i giudici devono poter trovare traccia di quanto è stato deciso e del perché è stata presa la

decisione. Insomma, deve esserci traccia scritta».

Tutto fieno in cascina del doppio ricorso italiano a Bruxelles, quello del governo e quello del Comune di Milano, cui si è aggiunto ieri il procedimento "ad aiuvandum" della Regione Lombardia insieme a Camera di Commercio, Assolombarda, Confcommercio e sistema delle Università. Le contestazioni dell'Italia si basano infatti proprio su vizi di forma: la candidatura di Amsterdam, sostengono in procedimenti diversi i legali del Comune di Milano e dell'Avvocatura di Stato, era incompleta sul primo dei punti qualificanti della gara, cioè quello della sede destinata all'Agenzia.

Se la via dell'Europarlamento non dovesse avere successo, rimarrà sempre il piano B, quello della via giudiziaria. Che si biforca in due tronconi. C'è la richiesta di sospensione urgente presentata dal Comune di Milano presso il Tribunale di Prima istanza Ue, e c'è il ricorso sul merito dell'assegnazione decisa dal Consiglio, avanzato dal governo italiano presso la Corte di Giustizia del Lussemburgo. Il primo è un percorso più veloce: per decidere di sospendere una decisione, in attesa del giudizio di merito vero e proprio, potrebbero bastare sei settimane. Il Tribunale di Prima istanza lo concederà solo se riterrà che l'attesa della decisione della Corte Ue possa arrecare un danno alla parte richiedente - in questo caso il Comune meneghino - che non possa essere compensato in denaro.

Se invece dovrà essere la



Corte del Lussemburgo, in ultima istanza, a stabilire se c'è stato o no vizio di forma nell'assegnare l'Ema ad Amsterdam, allora Milano e l'Italia dovranno mantenere i nervi più che saldi: salvo accelerazioni, i giudici della Ue possono prendersi fino a due anni per raggiungere un verdetto.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I tre gialli intorno alla vittoria di Amsterdam

IL DOSSIER SECRETATO

Nella fase di presentazione delle candidature Amsterdam avrebbe chiesto al segretario generale del Consiglio Ue, l'olandese Alexander Italiener, di tenere volutamente nascoste alcune delle valutazioni tecnico-logistiche. In seguito al ricorso italiano, il governo olandese ha deciso di rendere pubblica la parte secretata del dossier.

In realtà, come ha specificato la Commissione europea, sono 16 in tutto, compresa l'Italia, i Paesi che hanno chiesto di eliminare alcuni dettagli dai loro dossier diffusi al pubblico, considerandole informazioni sensibili di natura economica

I PAESI COINVOLTI

16

I PALAZZI PROVVISORI

In attesa di cominciare la costruzione di Palazzo Vivaldi, nel suo dossier per la candidatura la città di Amsterdam aveva indicato il nome di due edifici provvisori: nessuno dei due però è quello dello Spark building, l'edificio successivamente scelto dalla città olandese per ospitare provvisoriamente l'Agenzia europea del farmaco a partire dal marzo del 2019, dopo il suo trasloco da Londra. Al giallo per il cambio in corsa dell'edificio si sono aggiunte le critiche del direttore generale dell'Ema, Guido Rasi, che lo ha giudicato comunque «non ottimale» per ospitare l'Agenzia

I DIPENDENTI DELL'EMA

900

LA VOTAZIONE

Anche le modalità con cui il 20 di novembre scorso si sono svolte le votazioni per la scelta della città di approdo dell'Ema hanno suscitato parecchie polemiche. A cominciare dalla modalità dell'estrazione a sorte utilizzata per l'ultima tornata delle votazioni, quella decisiva. Pare però che anomalie ben più gravi si siano verificate, quel pomeriggio di tre mesi fa: nessun verbale infatti sarebbe stato compilato per tenere nota delle tre tornate di voti e dei relativi scrutini. E anche le schede utilizzate per esprimere le preferenze dei 27 non sarebbero più reperibili

LE CITTÀ CANDIDATE

19

IL CASO

L'Aran convoca i medici per rinnovare il contratto

L'Aran ha convocato per il 20 febbraio alle ore 10 le organizzazioni sindacali della dirigenza medica veterinaria e sanitaria per l'apertura delle trattative per il rinnovo del contratto collettivo nazionale di categoria. A questo punto è probabile il ritiro dello sciopero programmato per il prossimo 23 febbraio. Per domani è prevista a Roma la riunione tra i sindacati di categoria. Andrea Filippi, segretario nazionale di Fp Cgil medici e dirigenti, ha annunciato che chiederà il ritiro dello sciopero. L'Aaroi-Emac, il sindacato degli anestesisti rianimatori ospedalieri italiani e dell'emergenza area critica, invece non si fida e conferma l'intenzione di scioperare il 23 «a meno che il 20 febbraio non vengano proposte condizioni minime per iniziare un confronto».



IL CONVEGNO

Biologi e polemiche sugli scienziati no vax: l'Iss non parteciperà

► **"NÉ REZZA** né alcun ricercatore dell'Iss parteciperà a convegno dell'Ordine dei biologi. La disdetta già fatta una settimana fa. Bassa qualità e ascientificità di alcuni relatori". È quanto scrive in un tweet l'Istituto superiore di sanità (Iss) per smentire la partecipazione del ricercatore Giovaal convegno sui vaccini organizzato il 2 marzo a Roma dall'Ordine dei biologi per suo 50esimo anniversario. La polemica è stata aperta giorni fa dall'epidemiologo dell'università di Pisa Pier Luigi Lopalco perché nel programma ci sono, tra gli altri, i nomi del Nobel Luc Montagnier, tra gli scopritori del virus Hiv che ha recentemente abbracciato diverse teorie controverse, dall'omeopatia al legame tra autismo e vaccini e di Antonietta Gatti, autrice di uno studio sulle nanoparticelle nei vaccini smentito da gran parte della comunità scientifica. Ieri si è aggiunta alle voci critiche la Società italiana di virologia con una nota di Roberto Burioni, responsabile del gruppo di studio sulle vaccinazioni. Vincenzo D'Anna, presidente dell'Ordine dei biologi, ha definito "prive di fondamento" le notizie secondo cui il convegno sarebbe "finalizzato a sostenere tesi contrarie ai vaccini ed alla legge che ne fa obbligo".



Non si può più tagliare la spesa: lo dicono i dati

Un rapporto dell'Ufficio di bilancio smonta ipotesi di spending review miliardarie ora promesse da tutti i partiti. Servono risorse per sanità, investimenti e statali

Tutti i rischi

La Ue potrà chiedere la manovra correttiva
Finiti i margini per evitare aumenti Iva

VERSO IL VOTO

» CARLO DI FOGGIA

La sintesi, seppure con i toni felpati che si devono all'istituzione, è eloquente: la situazione italiana non permette più ulteriori tagli alla spesa pubblica senza che lo Stato debba rinunciare a determinate prestazioni sociali. È l'aspetto più emblematico dell'ultimo rapporto pubblicato ieri dell'Ufficio parlamentare di bilancio, una sorta di authority dei conti pubblici introdotta con il Fiscal compact, il trattato che negli ultimi anni ha imposto l'austerità di bilancio ai Paesi europei a più alto debito.

IL REPORT analizza le prospettive della finanza pubblica nel prossimo triennio restituendo l'immagine di un gioco a incastri in cui l'equilibrio sembra garantito da numeri ballerini. Come noto, il governo ha programmato una nuova stretta fiscale che dovrebbe azzerare il deficit e portare al pareggio di bilancio (il saldo zero tra entrate e uscite dello Stato inserito nella Costituzione) nel 2020 grazie agli aumenti automatici dell'Iva per oltre 30 miliardi (le "clausole di salvaguardia"). Significa - ricorda l'Upb - che l'Italia aumenterà ancora il suo "avanzo primario", il saldo positivo tra quanto lo Stato spende e quanto incassa: è l'unico Paese dell'Ue,

insieme alla Germania, ad averlo mantenuto sempre nell'ultimo decennio. In tre anni passerà dall'1,7% al 3,3% del Pil: si chiama austerità. Il guaio è che, oltre a deprimere la crescita, non basta a rispettare le regole Ue. L'authority ricorda che per il 2017 la Commissione ritiene che l'Italia non sia in regola e così anche per il 2018. Quasi certamente Bruxelles chiederà una nuova manovra correttiva da 3 miliardi, anche se molto dipenderà dall'esito delle elezioni.

E veniamo al problema. Trovare le risorse evitando anche di far scattare le clausole sull'Iva ma rispettando le regole Ue richiederebbe ulteriori tagli. Per l'Upb non è possibile perché si è raschiato il fondo. La spesa pubblica italiana è già inferiore alla media degli altri Paesi europei. Quella per il pubblico impiego, grazie al blocco di contratti e turnover dal 2012 è calata negli ultimi 6: servirebbero invece "assunzioni aggiuntive considerato che le manovre correttive dell'ultimo decennio hanno portato un calo rilevante della dotazione di persone e un invecchiamento notevole degli addetti", ma anche risorse (1,2 miliardi) per il rinnovo del contratto di Entelocaliesanità. Stando ai dati della Ragioneria di Stato - ha ricordato ieri la Fp Cgil - nell'ultimo decennio si è perso il 7,2% della forza lavoro (246 mila statali). Dinamica simile per la spesa per consumi intermedi, di cui la metà è spesa sanitaria. Per quest'ultima, "già tra le meno elevate in proporzione al Pil rispetto ai maggiori Paesi europei - scrive l'Upb - ulteriori tagli avrebbero effetti sulla qualità di servizi offerti o sul perimetro dell'intervento pubblico". Tradotto:

per tagliare ancora bisogna ridurre le prestazioni. Idem per la spesa pensionistica. C'è poi il capitolo investimenti pubblici, schiantati dalle manovre degli ultimi anni (-30%): "Appare improbabile - si legge - che tale voce continui a contribuire ai contenimenti del Pil" anzi, "la loro ripresa sarebbe auspicabile da un punto di vista economico e sociale, considerate le carenze infrastrutturali, incluse quelle del settore sanitario e scolastico". Tirate le somme, la sintesi è limpida: "Solo attraverso interventi selettivi sarà possibile ottenere ulteriori contenimenti in voci di spesa che già mostrano una riduzione in rapporto al Pil da anni" e i risparmi dovrebbero andare ad altri settori della Pa in crisi.

SIGNIFICA che nessuna spending review da decine di miliardi è possibile né auspicabile. Tagliare "70 miliardi di sprechi" come propone il M5S, per dire, è inverosimile, così come ipotizzare il congelamento della spesa ai livelli del 2017, come proposto da +Europa (alleata del Pd): tenerla ferma, con Pil e inflazione in crescita, significa tagliare. Pure la riduzione del debito grazie anche a "dismissioni immobiliari" da 4-7 miliardi l'anno proposta dal Pd è impossibile: secondo i dati dell'Upb in media non si è mai andati oltre 1,2 l'anno (nel 2015-2016 anche meno). L'unica spesa "aggredibile" sono le agevolazioni fiscali, ma significa alzare le tasse e politicamente è complicato.



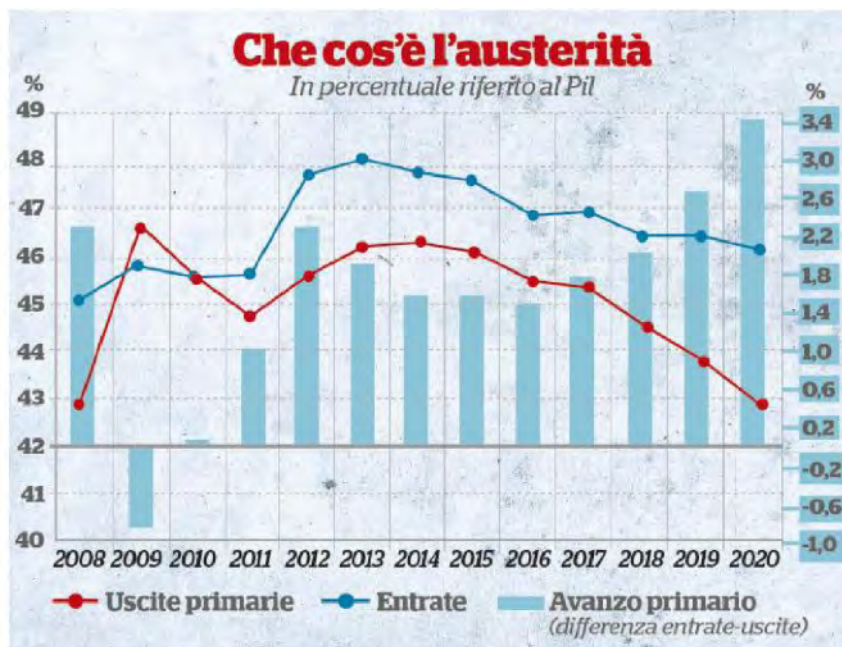
Già il quadro attuale, peraltro, si tiene a stento. L'Upb ricorda che le previsioni di una riduzione della spesa per interessi non scontano rischi sui tassi. Alcuni numeri appaiono poi inverosimili, come la spesa per il personale che nel 2018/20 è prevista calare (o la pressione fiscale che scende mentre salgono Iva e avanzo primario). Ma il vero nodo è sulle clausole di salvaguardia: finora il governo le ha congelate in deficit, ma a Bruxelles non sembra tirare più aria di concessioni. A giugno la Commissione, in scadenza, entrerà in una sorta di semestre bianco in vista delle elezioni europee del 2019. L'anno scorso il ministro dell'Economia Pier Carlo Padoa-Schioppa aveva aperto a un aumento parziale poi negato da Matteo Renzi (non è un caso che Pd non menzioni un nuovo stop alle clausole nel programma elettorale). L'Italia sarà di fronte a un bivio.

In numeri

260 Mila statali in meno: la perdita della forza lavoro nell'ultimo decennio è pari al 7,2 per cento

30% È quanto sono diminuiti negli ultimi anni gli investimenti pubblici

3mld Il valore della manovra correttiva che potrebbe chiedere Bruxelles (dipenderà pure dall'esito delle elezioni)



Forbici sui malati
Una manifestazione, davanti a un ospedale romano, contro i tagli alla Sanità
Ansa