



## **RASSEGNA STAMPA 19-06-2018**

1. CORRIERE DELLA SERA «Mancano gli anestesisti, salta l'intervento salvavita» La mobilitazione dei social
2. IL MATTINO Ospedali senza medici rinviate 4mila operazioni al giorno
3. LA REPUBBLICA Il libro bianco quanto amianto ancora in giro
4. LA REPUBBLICA La diagnosi non è precoce
5. LA REPUBBLICA "Non chiamatele più fulminanti"
6. CORRIERE DELLA SERA «Gioco a scacchi con il cancro Quattro mosse per batterlo»
7. LA REPUBBLICA Il testamento biologico nel labirinto
8. LA REPUBBLICA L'AIFA ha un nuovo stile che all'industria non piace
9. LA REPUBBLICA "Perché umiliate chi soffre?"
10. SOLE ORE.COM Grillo: "Non sono ministro anti-vaccini"
11. FARMACISTA 33 Grillo, per attuare leggi impulso politico centrale e finanziamento è fondamentale
12. QUOTIDIANO SANITÀ Corruzione in sanità. Anac: "Da ultimo monitoraggio emerge sensibile miglioramento"
13. REPUBBLICA.IT Chi dorme troppo o poco rischia l'obesità
14. PHARMA STAR Medicina basata sulle evidenze: nelle università italiane la formazione è solo sulla carta
15. LA STAMPA Il fattore y che fa vivere meno i maschi si svelano i misteri di un cromosoma chiave
16. HEALTH DESK I lavori fisicamente impegnativi accorciano la vita

# «Mancano gli anestesisti, salta l'intervento salvavita» La mobilitazione dei social

Napoli, l'appello virale di una paziente: operazione tra 15 giorni

## Il caso

di **Ferruccio Pinotti**

Ha lanciato su Facebook un drammatico appello: «Si può morire di carcinoma maligno a Napoli nell'estate 2018? Sì, si può morire amici, aiutatemi ho bisogno di voi». Maria Dolores Peduto, 55 anni, di Napoli, architetto, due figli, il 4 marzo si è sentita male. Gli esami hanno rivelato che ha un tumore al seno, ma dal suo senologo si è sentita dire che non poteva essere operata nel suo ospedale di riferimento «perché non ci sono anestesisti». Dopo che la notizia ha fatto il giro della Rete, la donna ieri è stata presa in cura dall'Istituto nazionale tumori Pascale. Tra 15 giorni sarà operata. La Regione Campania in una nota ha comunicato che sarebbe stata operata comunque, se si fosse messa in lista d'attesa in una struttura idonea. Ma sui social la polemica non si ferma.

**Signora può raccontare com'è andata?**

«Il senologo-chirurgo da cui ero in cura da tempo, mi ha spiegato di non potermi operare nella struttura (l'ospedale "Incurabili" di Napoli, ndr) in tempi brevi, per la mancanza di anestesisti e perché lui andrà in pensione il 15 luglio. Così mi ha invitata a rivolgermi a un altro ospedale, nonostante seguisse il mio caso ormai da tempo».

**Com'è possibile che in un ospedale della terza città d'Italia, sede di facoltà universitarie come la Federico II, non ci siano anestesisti?**

«È quello che mi chiedo anch'io. Anche per la biopsia è servito un mese e mezzo, all'ospedale Pellegrini. Disperata, ho inviato una lettera usando la mia Pec, la mail certificata che uso come architetto, al ministro della Sanità Grillo, al presidente della Regione Campania De Luca e al sindaco de Magistris. Nessuna risposta».

**Per questo lei ha lanciato l'appello su Facebook?**

«Sì, con il mio senologo ci siamo resi conto che con quei tempi d'attesa non ce l'avremmo mai fatta: il mio medico sarebbe andato in pensione molto prima del mio turno e io, probabilmente, sarei morta. Il post su Facebook è stata una rivoluzione. Non immaginavo una simile reazione, ma lo speravo».

**Lei ha scritto anche al professor Michelino De Laurentiis, direttore del reparto di Oncologia medica senologica dell'Istituto Nazionale Tumori Fondazione Pascale.**

«Lui è stato molto gentile e disponibile: è bastato scrivergli una mail per ricevere immediatamente una risposta. Purtroppo le mie condizioni non sono quelle giuste per entrare a far parte dei protocolli di cura del professore. Devo essere operata e in fretta: il mio carcinoma maligno deve essere asportato».

**Inizialmente le è stato detto che anche al Pascale la lista di attesa era di due mesi e mezzo, ma nel frattempo la notizia è esplosa e lei è stata subito messa in lista?**

«Sì, d'improvviso il mio caso è diventato urgente e oggi (ieri per chi legge, ndr) sono stata visitata da uno specialista della Chirurgia Oncologica Senologica del Pascale. Mi hanno detto che sarò operata tra 15 giorni: ne sono felice, ma non voglio privilegi. E a quelli che non hanno utilizzato i social network cosa succederà? Moriranno di cancro aspettando un intervento? Non trovo neppure giusto che per curarsi si debba andare a Milano. E se uno non ha i soldi, che fa? Muore?»

**La regione Campania in un comunicato parla di «false notizie» e di «allarme ingiustificato e irresponsabile del medico curante»: come replica?**

«Se la prendono con un medico onesto e coscienzioso, invece di ammettere le loro gravissime carenze. Non a caso il ministro della salute Giulia Grillo ha annunciato un'ispezione. La verità è che nessuno deve essere trattato come hanno fatto con me. Non siamo carne da macello».

**In chirurgia oncologica le hanno detto che si salverà?**

«Ora dovranno verificare con la scintigrafia ossea se in

## La nota

La Regione replica: «Allarme ingiustificato e irresponsabile del medico curante»

questi mesi il tumore si è esteso ad altre parti del corpo. Mi hanno detto che ci sono buone speranze. Una volta operata, si vedrà se servono la chemio e la radioterapia. Ma qui non conto solo io: voglio far sapere al mondo come siamo trattati noi malati».

**Nel frattempo altri meno «fortunati» di lei restano in lista d'attesa di un intervento chirurgico...**

«Non desidero favoritismi né tantomeno notorietà, voglio solo che si riconoscano i diritti del malato. Noi malati di cancro non possiamo aspettare che assumano anestesisti, noi vogliamo sopravvivere al nostro male».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



DEL **LE INCHIESTE**  
**MATTINO**

# Ospedali senza medici rinviata 4mila operazioni al giorno

**Maria Pirro**

**M**anca il personale e le liste di attesa negli ospali si allungano ancora. «A causa della carenza di anestesisti in ospedale, non possono essere effettuati almeno quattromila interventi chirurgici al giorno», dice Ales-

sandro Vergallo, presidente nazionale del sindacato Aaroi Emac, che aggiunge: tra luglio e agosto il tempo che si aspetta tra la prenotazione e la prestazione aumenterà del 30 per cento nelle strutture più in sofferenza.

*A pag. 2*

**Mautone a pag. 3**



In corsia al San Giovanni Bosco, uno degli ospedali napoletani dove è forte la carenza di personale

## L'emergenza assistenza

# Corsie senza medici è vietato ammalarsi

► Rinviate quattromila operazioni ogni giorno programmate in Italia ► E le liste di attesa si allungano «Tempi dilatati del 30 per cento»

**Maria Pirro**

Vietato ammalarsi d'estate. L'assistenza è ridotta, i reparti vengono accorpati. E le liste di attesa, finite nel mirino del ministro Giulia Grillo, si allungano ancora. «A causa della carenza di anestesisti in ospedale, non possono essere effettuati almeno quattromila interventi chirurgici al giorno», dice Alessandro Vergallo, presidente nazionale del sindacato Aaroi Emac, che aggiunge: con l'ulteriore contrazione delle attività, tra luglio e agosto, il tempo che si aspetta tra la prenotazione e la prestazione aumenterà del 30 per cento nelle strutture più in sofferenza. «A meno di non far saltare ferie e riposi, o di miracoli». In pratica, al paziente sarà fissato un appuntamento dopo quattro mesi anziché tre o tredici mesi invece di dieci, ma il dato varierà in ogni struttura, in base alle patologie e all'urgenza, come agli Incurabili di Napoli.

**INCURABILI**

«Una donna, affetta da cancro, ha denunciato sui social l'impossibilità di essere operata nel presidio della Asl di Napoli», riepiloga Giuseppe Galano, direttore del Il8 che rappresenta l'Aaroi nella regione. «Al di là del caso specifico (risolto con l'immediata presa in carico all'istituto tumori Pascale, ndr), è una testimonianza della realtà. In diversi presidi si effettuano gli interventi solo una volta alla settimana perché manca il personale sanitario. E questo dato di fatto non è solo il risultato di anni di cattiva programmazione». Per il sindacalista, le motivazioni sono diverse: «Da una parte, tutte le forze stanno convergendo verso l'Ospedale del Mare, senza che questa struttura sia in grado di erogare servizi di un grande polo. Dall'altra, si preferisce evitare la chiusura di presidi, pur se funzionano in maniera parziale e anche se, talvolta, non sono in grado di garantire la sicurezza degli stessi pazienti».

**SPECIALIZZANDI**

Il caso Campania è emblematico, ma disagi e proteste si verificano ovunque. «In certi ospedali, per sopperire alle carenze di

anestesisti, le amministrazioni continuano pericolosamente a sostituirli con giovani medici in formazione specialistica, ma queste furberie non bastano neanche più a nascondere una situazione drammatica e insostenibile», aggiunge Vergallo. Giovanni Leoni, vicepresidente della Federazione nazionale dei medici mostra una lettera scritta da un gruppo di colleghi del Veneto, a proposito dei turni massacranti e dove è difficile te-

nerne aperti tutti i punti nascita. «Questa volta, più degli altri anni, le ferie si inseriscono in un contesto più complesso, perché l'ordinario è già garantito con prestazioni extra. Trapianti, trattamenti oncologici e attività di emergenza non possono infatti essere rinviati a settembre. E, per chi resta in servizio, l'estate diventa un incubo». Spiega Leoni: «Occorre rivedere il numero dei posti nelle scuole per poter assumere giovani». Un appello rilanciato in questi giorni da Gilberto Fiore, presidente Aaroi Emac in Piemonte. Lui stima che negli ospedali di questa regione mancano 250 anestesisti, solo per coprire le esigenze immediate, «ma ne servono 400 per completare le dotazioni organiche».

**MEDICI**

Mancano 14mila medici negli ospedali italiani, di cui 4mila anestesisti. E anche 60mila infermieri. Colpa del blocco del turn over, della disorganizzazione, della riduzione dei finanziamenti alla sanità (11,5 miliardi in meno). «Ma il diritto alla salute non può andare in ferie. È inaccettabile un rinvio delle cure», interviene Tonino Aceti, coordinatore del Tribunale per i diritti del malato, appena nominato nella commissione del ministero che sta lavorando al Piano per il triennio 2018-2020 finalizzato a affrontare la questione delle liste di attesa. La sua associazione ha effettuato una ricognizione con risultati preoccupanti. Gli interventi sono dimezzati, ad esempio, a Rieti, proprio perché mancano anestesisti e infermieri. Qui dieci medici, tra cui i primari di chirurgia e riabilitazione, sono pronti a trasferir-

si: si profilano, insomma, altre ripercussioni. Francesco Notarcola, di Cittadinanzattiva, segnala che a Frosinone due sale operatorie sono inutilizzate e cinque in funzione a scartamento ridotto. «A Palestina servono 10 medici, 17 infermieri e tre tecnici radiologici», avverte un altro volontario, Stefano Fabroni. Va peggio in Abruzzo. «A Lanciano saltano gli esami in Radiologia anche per i pazienti oncologici»: la onlus qui ha raccolto la denuncia di una ammalata di Castel Frentano, sottoposta a mastectomia che, «dopo otto mesi di attesa per l'ecografia di controllo, si è vista cancellare l'esame due giorni prima della data fissata, senza ottenere un nuovo appuntamento». Non bastasse, le mammografie si fanno in trasferta: a Chieti. E la risonanza funziona otto giorni al mese. Ancora, segnala l'associazione: in Val di Susa un'anziana di 92 anni ha dovuto aspettare una settimana in pronto soccorso prima del ricovero nel reparto di medicina, a causa delle carenze di posti letto. Data per imminente a Voghera la chiusura degli ambulatori di fisioterapia. Altro sos da La Spezia, dove i posti letto sono 200 in meno di quelli previsti, fa notare Rino Tortorelli del tribunale dei diritti del malato. Criticità segnalate anche al Gaslini di Genova e carenza di anestesisti si hanno anche in Toscana. Emanuele Scarpuzza (Aaroi) conclude descrivendo il dramma Sicilia, al centro di una audizione in regione: «Addirittura negli ospedali a Sant'Agata di Militello, Mussumeli, Licata, Lipari manca l'anestesista di turno: non è possibile effettuare la guardia attiva, prevista per legge, il rischio è alto. E, per una gestione irresponsabile del turn over, anche molte sale operatorie sono inutilizzate».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**«OSPEDALI IN SICILIA  
SENZA ANESTESISTA  
NONOSTANTE  
LA PRESENZA  
NEI TURNI SIA  
PREVISTA PER LEGGE»**



### Qui Campania

In diversi presidi ospedalieri si effettuano interventi soltanto una volta alla settimana perché manca il personale sanitario

### Qui Veneto

La carenza di medici in organico, in particolare di ginecologi e anestesisti, crea difficoltà nel tenere aperti tutti i punti nascita



### Qui Lazio

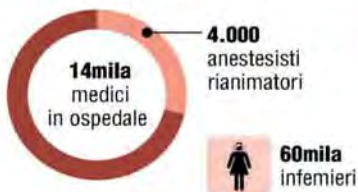
A Frosinone due sale operatorie oggi sono inutilizzate, cinque a scartamento ridotto a causa della carenza di anestesisti e infermieri

### Qui Abruzzo

A Lanciano sono stati rinviati gli esami in radiologia anche per i pazienti oncologici la risonanza magnetica funziona 8 giorni al mese

#### I numeri

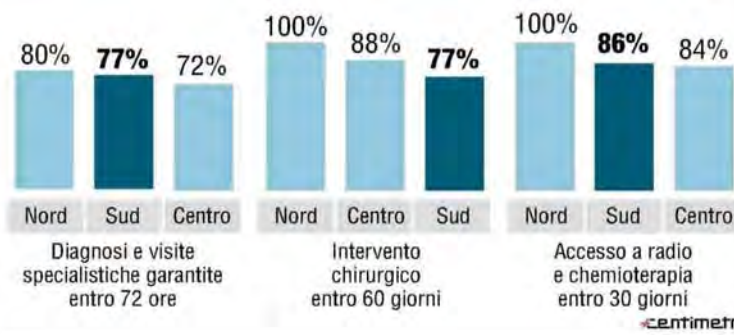
##### CARENZA DI PERSONALE



##### RIDUZIONE DEI FONDI



##### LISTE DI ATTESA



Il libro bianco

## Quanto amianto ancora in giro

di ANNA MARIA LIGUORI

**L'** amianto è un killer silenzioso: cancerogeno, causa mesotelioma, tumore di polmone, laringe, stomaco e colon. E asbestosi. L'Italia è ancora zeppa di amianto o asbesto, dovuto ad un massiccio uso passato. Per denunciare l'incuria delle istituzioni l'Osservatorio nazionale amianto (Ona) ha compilato un libro bianco - che presenta stamattina all'Istituto dell'enciclopedia italiana - con gli ultimi dati della mortalità: 6mila decessi solo nel 2017 a fronte di diecimila nuove diagnosi.

«L'Inail - spiega Ezio Bonanni, presidente Ona - registra i tumori professionali, il 5-7% di tutti i tumori polmonari, da 2mila a 2.800. Ma a questi debbono essere aggiunti quelli da amianto di chi non è assicurato (per esempio i militari), e quelli da esposizione non professionale, oltre agli ammalati che non fanno denuncia all'Inail. Il calcolo è allarmante». Per niente rassicuranti anche i dati relativi all'amianto ancora da bonificare: ne restano 32 milioni di tonnellate del tipo compatto (la mappatura è ancora in corso) e 8 milioni di tonnellate

di quello friabile (inalabile).

La prima vera mappatura del territorio nazionale è quella fatta dal ministero dell'Ambiente nel 2017, di concerto con le Regioni, basandosi sulle linee guida del Piano nazionale amianto: sono 86mila i siti con amianto, di cui 7.669 risultano bonificati del tutto, 1.778 solo parzialmente. Esposti più di 352.000 alunni e 50.000 persone tra docenti e non docenti; 1.000 biblioteche ed edifici culturali; 250 ospedali. E non solo. Un forte rischio potrebbe venire dalla rete idrica dove - secondo l'Ona - si rileva presenza di amianto per ben 300mila km di tubature rispetto ai 500mila totali, tenendo conto che la maggior parte sono state realizzate prima del 1992, quando l'amianto veniva usato in tutte le attività edili.

È stato l'Oms a dare il numero totale di morti correlate all'amianto nel 2017: 107mila decessi per asbestosi, tumore del polmone e mesotelioma nel mondo. Contemporaneamente, nell'International Programme on Chemical Safety, l'Oms sottolinea «che c'è la necessità urgente di una messa al bando totale per tutelare la salute pubblica». Solo 62 Pae-

si lo hanno fatto: il resto del mondo continua a utilizzarne due milioni di tonnellate all'anno.

In Italia la raccomandazione della bonifica è passata sotto silenzio. Nonostante sia evidente la dannosità anche a basse dosi, capaci peraltro di cumularsi, di agire in sinergia con altri cancerogeni e di diventare decisive in caso di predisposizione genetica.

Il tutto aggravato dal fatto che anche la ricerca scientifica languisce, e le terapie, anche le più tempestive, sono spesso inefficaci, poiché alla diagnosi, nella gran parte dei casi, corrisponde poi un esito infausto: la sopravvivenza a 5 anni è infatti meno del 10%. «Gli esposti di oggi saranno i malati e le vittime di domani - conclude Bonanni - la responsabilità è a carico di chi ritarda le bonifiche e non mette in campo tutti gli strumenti, tecnici, normativi, legislativi e finanziari, per arginare questo dramma». E se è vero - come scrive Tito Boeri, presidente Inps - che per bonificare le 40 milioni di tonnellate ci vorranno almeno 85 anni, l'epidemia di patologie asbesto-correlate proseguirà per i prossimi 130 anni.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Identikit di un killer**

La consistenza fibrosa dell'amianto è alla base delle proprietà tecnologiche, ma anche di rischio. Le fibre sono microscopiche e facilmente inalabili e causano gravi **patologie** soprattutto **respiratorie**. Le malattie possono insorgere **anche dopo 50 anni**. In Italia il periodo di **maggior utilizzo** è stato **tra il 1960 e il 1992**

**LA LEGGE**

**1992**

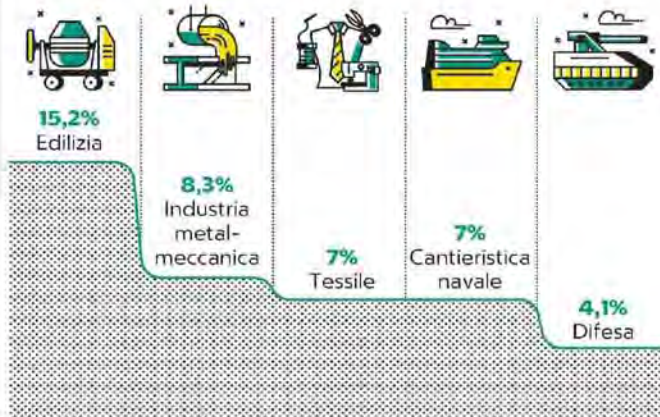
La legge 257 ne proibisce l'utilizzo

**I NUMERI**

**3.748.550**

Le tonnellate di amianto prodotte in Italia dal 1946 al 1992

**I SETTORI PIÙ A RISCHIO**



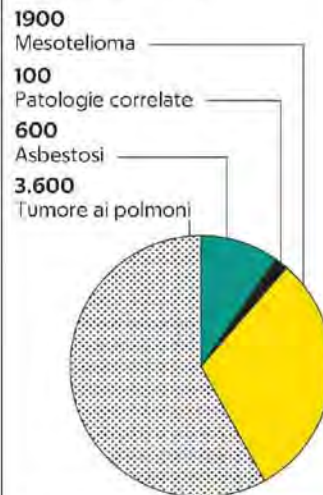
**LA MAPPATURA DELLE BONIFICHE TERMINATE**

- Bonifiche non effettuate
- Bonifiche in corso
- Bonifiche terminate

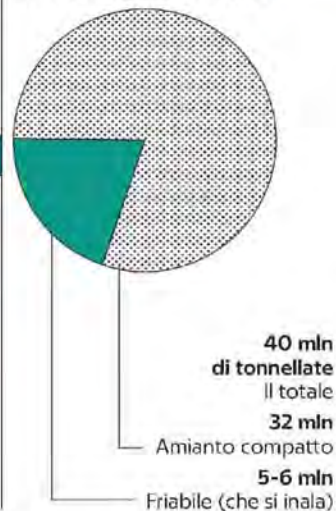


INFORMAZIONE DI MANUEL BORTOLETTI

**I DECESSI NEL 2017**



**DA BONIFICARE IN ITALIA**



**La malattia**

## La diagnosi non è precoce

Si arriva in stadio avanzato  
E la chemioterapia  
ha un impatto modesto

**L**a fibra è indistruttibile: un sottilissimo ago che penetra profondamente nel polmone, si fa strada fino alla sua periferia e resta lì per sempre. I nostri "spazzini" - i macrofagi - che normalmente eliminano qualsiasi particella estranea, la inglobano ma non riescono a digerirla. Per questo respirare amianto provoca un danno ai polmoni, attraverso processi che possono portare sia a una malattia respiratoria nota come asbestosi, sia, indipendentemente, a quel particolare tipo di tumore noto come mesotelioma della pleura (la membrana che riveste il polmone). «Si presume che i mesoteliomi della pleura siano tutti ricon-

ducibili all'esposizione all'amianto, tanto che ogni caso deve essere denunciato - dice Giorgio Scagliotti, direttore dell'Oncologia Medica all'università di Torino - il meccanismo è parzialmente sconosciuto, ma si ritiene che l'infiammazione cronica determinata dalla persistenza della fibra possa, a lungo andare, causare fenomeni degenerativi che portano al tumore. Questo processo può essere lungo e verificarsi anche dopo 40-45 anni dall'esposizione».

Non per tutti i casi si parla di malattia professionale, perché i manufatti in amianto sono ovunque. E non esiste la possibilità di una diagnosi precoce: la maggior parte dei casi si presenta in-

fatti in stadio avanzato (il tumore tende a diffondersi da una pleura all'altra e al peritoneo, le metastasi sono meno frequenti). «La cura - conclude l'oncologo - si basa su chemioterapie con modesto impatto sulla sopravvivenza, di circa 12-15 mesi dalla diagnosi, ma migliorano i sintomi e la qualità di vita. **L'immunoterapia** e altri trattamenti sperimentali, invece, sono ancora materia di ricerca clinica. In una minoranza di pazienti a cui il tumore viene diagnosticato casualmente in una fase meno avanzata, il trattamento può essere multidisciplinare e basarsi su chemioterapia, chirurgia e radioterapia».

- **tiziana moriconi**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Il bando  
E c'è chi lo usa ancora**

# 125mln

Sono i lavoratori esposti all'amianto nel mondo. Se ne consumano 2 milioni di tonnellate all'anno. L'Oms stima 107.000 decessi annui nel mondo



Leucemie

# “Non chiamatele più fulminanti”

La genetica ha letto le cause dei peggiori tumori del sangue. E cambiato il destino dei malati

di LETIZIA GABAGLIO

**L**a chiamavano leucemia fulminante, a intendere la velocità e l'ineluttabilità con cui colpiva. Oggi quell'aggettivo si usa sempre meno, anche quando si parla delle forme più aggressive. Come quella che ha colpito Marzia, una donna di Palermo che al sesto mese di gravidanza ha scoperto di avere la forma acuta promielocitica. «Fino a 20 anni fa con la chemioterapia tradizionale riuscivamo a salvare solo il 15-20% di questi pazienti», racconta Sergio Amadori, presidente dell'Ail. «Ma – aggiunge – questa è una delle forme acute di leucemia per cui la ricerca ha fatto passi avanti da gigante, grazie all'individuazione delle mutazioni genetiche che la caratterizzano». Dalla conoscenza sono derivati dei farmaci efficaci e meno tossici della chemioterapia, tanto che Marzia ha potuto sottoporsi alle cure e portare avanti la gravidanza fino alla 35ma settimana, e partorire un bimbo sano. Il farmaco usato è un derivato dell'acido retinoico

che, insieme al triossido di arsenico, ha portato grandi novità in questo campo. «In entrambi i casi si tratta di sostanze usate nella medicina tradizionale cinese che la ricerca occidentale ha dimostrato essere attive proprio sulle mutazioni che caratterizzano questa forma di leucemia», va avanti l'ematologo. Da soli o in combinazione con la chemio, questi agenti danno risultati notevoli, insperati. Uno studio tutto italiano, poi, ha dimostrato che nei pazienti che non hanno una malattia molto aggressiva, si possono mettere insieme i due farmaci, senza chemio, e le cose vanno altrettanto bene. «Ma la promielocitica è una forma rara, per le altre leucemie acute le cose non vanno così bene. La strada da percorrere è ancora lunga», sottolinea Amadori.

Diversamente dalla malattia che ha colpito Marzia, che ha solo due geni mutati, le altre sono causate da un insieme di alterazioni genetiche, fra cui è difficile individuare il bersaglio migliore. Ma an-

che in questo campo qualcosa si muove e negli Usa sono stati approvati 4 nuovi farmaci per la leucemia mieloide acuta, la forma più diffusa fra quelle aggressive. Il primo è un anticorpo monoclonale, gentuzumab ozogamicin. Il secondo è la midostaurina, approvata anche da Aifa, che colpisce un'altra mutazione; il terzo è un inibitore del gene Idh2; l'ultimo è un mix di due vecchi farmaci. «Accanto ai farmaci che colpiscono i geni ci sono anche quelli che agiscono sull'ambiente cellulare, i cosiddetti medicinali epigenetici, particolarmente adatti ai malati over 65 che presentano anche altre patologie», aggiunge Amadori.

Ma è nella leucemia linfoblastica acuta, che colpisce prevalentemente i bambini, che la ricerca sta dando il meglio di sé, con la Car-T, cioè il trapianto di cellule del sistema immunitario "istruite" in modo da colpire quelle tumorali. «È davvero la nuova frontiera», conclude Amadori.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL COLLOQUIO **PIER PAOLO PANDOLFI**

# «Gioco a scacchi con il cancro Quattro mosse per batterlo»

Medico, genetista e laureato in filosofia, insegna a Harvard: cerco alleati in Italia

di **Giangiulio Schiavi**

**L'**uomo che sfida il cancro è un italiano eclettico, un po' medico, un po' scienziato, un po' filosofo, un po' musicista, uno che a Harvard ha una cattedra a vita e dirige una squadra speciale che duella con l'alieno come in una partita a scacchi: «Quattro mosse e si può vincere», dice. C'è dell'ottimismo contagioso nelle parole di Pier Paolo Pandolfi, direttore del programma di genetica del cancro a Boston, una nomination al Nobel, centinaia di pubblicazioni scientifiche, premio Pezcoller per l'oncologia, e viene spontaneo mettere le mani avanti quando si tratta dell'«imperatore del male», ma dopo i risultati incoraggianti sulle leucemie, nei suoi laboratori si preparano le pallottole intelligenti contro i tumori solidi. «Siamo a una svolta, e abbiamo bisogno dell'entusiasmo del mondo», spiega, mentre sfoglia la road map per la cura e offre un'alleanza ai grandi centri di ricerca sul cancro.

L'Italia è un'avanguardia dell'oncologia, qui si è scritta una pagina di storia con Gianni Bonadonna e Umberto Veronesi, la prima chemioterapia e il linfonodo sentinella, qui ci sono centri di eccellenza riconosciuti nel mondo e qui si ritorna con Pandolfi, quarant'anni dopo: l'America, l'Italia e una guerra da vincere. Non è un caso se il board dell'Harvard Medical School per la prima volta in trasferta sceglie Cernobbio, dove Maurizio Tamagnini, amministratore delegato del Fondo strategico italiano e membro del

board, cerca di creare le condizioni per mettere l'Italia al centro di un progetto europeo, sull'asse Milano-Harvard. «Abbiamo fatto enormi passi avanti nella lotta al cancro e alle malattie neurodegenerative con il libro aperto del Dna. Oggi la lettura del genoma è come la Treccani — spiega Pandolfi — ci permette di conoscere le istruzioni per la vita, le cellule amiche e quelle nemiche. Nel nostro Cancer center abbiamo scoperto il lato oscuro del Dna, da lì è partito tutto: conosciamo il killer, stiamo cercando di neutralizzarlo addestrando le cellule sane a riconoscerlo e a distruggerlo».

Pandolfi a 55 anni è un sognatore pragmatico, figlio di una cultura umanista, deciso e determinato. Dirige cinquemila persone, tra medici, tecnici, infermieri, oncologi, scienziati e gruppi di ricerca, gestisce stanziamenti per decine di milioni di dollari, è americano da vent'anni ma si sente un prodotto made in Italy. «Non sono un cervello in fuga. Ho solo risposto ad un'offerta interessante. Se un giorno ti chiedono di dirigere i Berliner che cosa rispondi? Why not...».

Ad Harvard ha realizzato un ospedale del topo per ricreare il tumore da combattere e avere un modello sperimentale su cui studiare. «L'immagine è quella di tanti avatar,

sui quali riprodurre la malattia e sperimentare la cura che funziona». Il passaggio successivo è la staffetta topo-uomo. Poi è passato agli organoidi, che non sono fantascienza, ma micro-organismi costruiti in laboratorio su cui testare le terapie mirate. Da lì si passa al vaccino personalizzato, quello che addestra le guardie immunitarie a colpire il bersaglio giusto. «Cerchiamo di bloccare l'azione maligna con farmaci che agiscono direttamente sul tipo di Rna, la molecola che codifica e decodifica l'espressione dei geni». Sono i quattro pilastri della strategia Pandolfi, le mosse di una partita a scacchi che entra in una fase nuova per il cancro, malattia diventata curabile, ma non sempre guaribile. «Gli oncologi in futuro potranno sorridere al paziente e non soltanto abbassare lo sguardo», è convinto il medico-ricercatore che ha reso una forma di leucemia, la promielocita acuta, la prima e unica neoplasia del tutto guaribile con i farmaci.

«L'Italia mi ha formato,

l'America mi ha dato la possibilità di lanciare una grande sfida», dice. Una sfida diventata personale. Il padre morto di tumore. La madre anche. «La battaglia contro il cancro mi tocca dentro». Doveva essere un filosofo della scienza. Studiava a Roma e seguiva i corsi di pianoforte al Conservatorio. Ha lasciato la Capitale per Perugia, facoltà di Medicina. «Uno scienziato deve essere anche medico». Lavora sulle leucemie con Pierluigi Pellicci, che diventerà direttore scientifico dello Ieo a Milano. Si specializza a Londra. Viene reclutato dagli scout dello Sloan Kettering, di New York, il santuario mondiale dell'oncologia. Poi la chiamata ad Harvard, il massimo per la ricerca. Oggi il cerchio si completa: Pandolfi è di nuovo in Italia per costruire alleanze nella lotta contro il cancro. Una lotta fatta di piccole vittorie e grandi sconfitte, di medici samurai e pazienti guerrieri, di illusioni e speranze. «Noi combattiamo per vincere», dice Pandolfi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## IL TESTAMENTO BIOLOGICO NEL LABIRINTO

Alessandro Cassinis

Sei mesi dopo la storica approvazione in Parlamento, trappole e sentimenti ostili frenano la legge che ci consente di esprimere le nostre volontà sulle cure e ci dà la libertà di rifiutare anche i trattamenti salvavita. Una penombra inquietante è calata sulla legge 219.

pagina 21

# La rivoluzione biotestamento azzoppata dalla burocrazia

Impiegati ignari, medici diffidenti, regole incerte: dopo 6 mesi la riforma non decolla. E a Roma "il servizio è sospeso". Ma un assist potrebbe arrivare dai testimoni di Geova

ALESSANDRO CASSINIS

**A**l telefono l'impiegata dell'VIII municipio di Roma ha un tono imbarazzato. «Vuole presentare il testamento biologico? Spiacente, non possiamo registrarlo, il servizio è sospeso». Solo lì? «No, in tutta Roma». E fino a quando? «Non lo sappiamo». Sei mesi dopo la storica approvazione in Parlamento, trappole, disservizi e sentimenti ostili frenano la legge che ci consente di esprimere le nostre volontà sulle cure e ci dà la libertà di rifiutare anche i trattamenti salvavita. Dopo il clamore di un dibattito parlamentare che su questo tema ha coinvolto tre legislature, una penombra inquietante è calata sulla legge 219 del 22 dicembre 2017, "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento",

entrata in vigore il 31 gennaio. Non è un caso che siano pochi i testamenti biologici presentati finora: 958 a Milano, 125 a Torino, 22 a Napoli, 9 a Palermo, 0 all'Aquila. A Roma non si sa. Manca un dato nazionale, ma è probabile che sia sotto quota 30mila, mentre i soggetti potenzialmente interessati sono tutti i cittadini. Ogni anno 600mila italiani entrano nella terra incognita del fine vita. Questo non significa affatto che il lavoro parlamentare sia stato inutile, come Matteo Salvini sentenziò con una freddura poi rettificata: «Mi occupo dei vivi, non dei morti» (la Lega votò contro come Forza Italia, i Cinque Stelle a favore con Pd e sinistra). La legge è una conquista civile fondamentale, ma va accompagnata da una continua opera di promozione e informazione. Non si è visto nemmeno uno spot. Il cittadino si ritrova da solo in una corsa a ostacoli che pochi hanno il coraggio di affrontare. Primo passo: scrivere le

disposizioni anticipate di trattamento (Dat). Già, ma come? Quali terapie accettare o rifiutare? In teoria una mano potrebbe venire dai medici di famiglia, che però sono stati tagliati fuori dal testo approvato. «Un errore della legge, che punta tutto sull'autodeterminazione del cittadino. Possiamo fare solo un affiancamento volontaristico», dice Silvestro Scotti, segretario nazionale della Fimmg, la loro federazione. E i Comuni? Fanno solo da "archivio", al massimo suggeriscono sottobanco di prendere spunto dai fac-simile disponibili su internet: la Fondazione Umberto Veronesi propone un modulo-guida, l'Associazione Luca Coscioni ne ha preparato uno più articolato che è stato scaricato 17mila volte quest'anno e 35mila dal 2009. «Ma è solo una traccia, ciascuno è libero di scrivere quello che vuole», avverte Filomena Gallo, portavoce dell'Associazione. Anche lei ha

sperimentato di persona il blocco delle registrazioni al Comune di Roma. «Sono andata con le mie Dat al I municipio, mi hanno rinviata di 15 giorni perché non è stato istituito il numero di protocollo unico». C'è dolo in tutto questo? «No, solo impreparazione e lentezza burocratica, a volte un eccesso di potere degli uffici». L'Associazione, ad ogni buon conto, ha preparato un modulo di querela contro i Comuni inadempienti che è stato scaricato 113 volte da marzo. Ogni ufficio di stato civile si regola come vuole. Busta chiusa, busta aperta. Dat già firmate o da firmare allo sportello. Una copia o più copie. Il ministero dell'Interno, ancora sotto Minniti, ha chiarito in una circolare che le Dat vanno presentate di persona nel Comune in cui si risiede. Ma nulla ha detto, per esempio, sul fiduciario, la persona che dovrebbe rappresentarmi se non fossi più in grado di far rispettare le mie volontà. Non è facile scegliere quello giusto: un parente troppo prossimo potrebbe sentirsi sovrachiarato dai sensi di colpa. Ma la legge ci dà una mano: «Nel caso in cui le Dat non contengano l'indicazione del fiduciario... mantengono efficacia...» (articolo 4, comma 4). Per i Comuni, invece, il fiduciario è un'ossessione. Comune di Genova, corso Torino 11, stanza 221. L'impiegata mi guarda perplessa. «Dov'è il suo fiduciario?». Per fortuna ho con me il testo della legge: dice che il fiduciario può accettare la nomina «con atto successivo». «Noi non prendiamo le sue Dat se non c'è il fiduciario». Ma la legge... «Qui è così». E se non

volessi indicare un fiduciario? «Impossibile». Ma la legge dice... La pazienza è finita. L'impiegata mi allunga un foglietto dove leggo che bisogna presentarsi «INSIEME AL FIDUCIARIO». «Queste sono le disposizioni, non posso perdere altro tempo con lei». Quattordici chilometri più a Est, nel piccolo Comune di Sori, 4.200 abitanti, un impiegato che conosce la legge a memoria prende in consegna la busta e stampa una ricevuta. Il fiduciario? «Non è necessaria la sua presenza». La consegna viene trascritta a mano su un registro protocollo al numero 2. Tutto a norma. Genova non è l'unica a strapazzare la legge. A Bologna il fiduciario non deve essere presente, ma bisogna indicarlo all'atto della registrazione, altrimenti «il programma non ci fa andare avanti», spiegano gentilmente all'Ufficio relazioni con il pubblico in piazza Maggiore, dove le Dat vanno consegnate in busta aperta e firmate davanti al funzionario. A Milano, invece, la Casa dei diritti avverte che le Dat vanno presentate (in via Larga 12, stanza 140) già controfirmate dal fiduciario. «Siamo in attesa di risposte dal governo», ammette Graziano Pelizzaro, esperto dell'Anusca, l'associazione degli ufficiali di stato civile. Dunque dal nuovo ministro dell'Interno: Salvini. Ma il problema più grave è un altro: «Manca una banca dati nazionale». Nemmeno le Regioni che hanno già varato il fascicolo sanitario elettronico sono attrezzate per archiviare le Dat in modo digitale. Il Consiglio nazionale del notariato ha la tecnologia necessaria per il registro nazionale dei testamenti

biologici, ma per renderlo operativo aspetta indicazioni del ministero della Salute, che non commenta. E comunque non sappiamo quanti cittadini siano andati dal notaio per fare le Dat. La legge inciampa anche là dove dovrebbe essere applicata: gli ospedali. «La maggiore resistenza viene dai medici, e non sempre per motivi nobili», dice Michele Gallucci, che dirige l'*hospice* dell'ospedale San Martino di Genova. Quello delle terapie salvavita è un settore importante della spesa sanitaria, e in teoria la legge lo mette in crisi. Parla di «paternalismo ipocratico» Mario Riccio, l'anestesista che nel 2006 staccò il respiratore a Piergiorgio Welby ed è membro della Consulta di Bioetica, che sostenne la battaglia di Beppino Englaro. «Il medico, che anche prima della legge sospendeva le cure e praticava la sedazione profonda continua, non vuole cedere o condividere con il paziente il potere decisionale. La persona malata è nelle sue mani, non comanda più». Fra tanti nemici e tanto caos, la legge 219 potrebbe ricevere un assist insperato dai Testimoni di Geova, che in questi giorni hanno prenotato appuntamenti negli uffici di stato civile di tutta Italia. Rifiuteranno le trasfusioni di sangue come impone la loro fede. Christian Di Blasio, il portavoce nazionale, conferma che sarà una carica: «Pensiamo che si presenteranno tutti i 251mila battezzati, più una parte dei simpatizzanti, che sono oltre mezzo milione». Solo a La Spezia le Dat registrate potrebbero passare da 40 a 500. Il totale nazionale sarebbe decuplicato.

### i testamenti biologici nei capoluoghi di Regione



— Prima della legge  
— Dopo l'entrata  
in vigore della legge

	Dall'anno		TOTALE
Roma	-	n.d. n.d.	n.d.
Milano	2013	858 958	1.816
Torino	2011	823 125	948
Genova	2009	400 95	495
Venezia	2013	500* 53	553
Trieste	2014	168 73	241
Aosta	-	0 5	5
Trento	-	0 66	66
Firenze	-	n.d.* 120	120
Bologna	2012	230 189	419
Perugia	2014	1 21	22
Ancona	-	0 27	27
L'Aquila	-	0 0	0
Bari	-	0 14	14
Campobasso	-	0 1	1
Potenza	-	0 0	0
Napoli	2013	15 22	37
Catanzaro	-	0 2	2
Cagliari	2016	7 59	66
Palermo	2015	3 9	12

\*Nel "registro dei testamenti biologici" veniva inserita la dichiarazione sostitutiva di atto notorio, nella quale il firmatario dichiarava di aver consegnato al proprio notaio o ad altro depositario il testamento biologico.

Fonte: Uffici di stato civile dei Comuni, dati raccolti da Repubblica dal 4 al 12 giugno 2018

©Centimetri



**RISERVATO**

di Michele Bocci

## L'Aifa ha un nuovo stile che all'industria non piace

**T**utto sarebbe nato da un problema con l'industria del farmaco, che ha fatto molto arrabbiare Mario Melazzini, il direttore di Aifa. Dietro al nuovo stile dell'agenzia del farmaco ci sarebbe il mancato accordo sul pay-back, i soldi che i produttori devono restituire al sistema sanitario quando i loro guadagni di un anno hanno superato i tetti massimi di spesa fissati dagli accordi tra pubblico e privato. Difficile dire se tutto parta davvero da lì, da quei 400 milioni in meno (rispetto a un miliardo e 100) versati dall'industria rispetto a quelli che aspettavano le Regioni. Quel che è certo è che da alcuni mesi Aifa ha inanellato una serie di provvedimenti pesanti per i produttori, soprattutto perché promuovono la concorrenza, che nel settore farmaceutico, come negli altri, vuol dire prezzi più bassi e quindi risparmio. Intanto è arrivata la determina sui biosimilari, contro la quale Farmindustria si è schierata

apertamente già al momento della sua presentazione. L'atto di Melazzini dice che i biologici e i loro biosimilari (sorta di "generici" dei primi, quindi molto meno costosi) sono intercambiabili. Poi è stata la volta dell'equivalenza terapeutica, cioè dell'apertura da parte di Aifa alla possibilità che le Regioni facciano gare non solo tra principi attivi identici per spuntare il miglior prezzo ma anche tra medicine diverse che curano la stessa patologia (ad esempio tutte quelle contro il colesterolo). Qui le proteste sono arrivate pure dalle società scientifiche dei medici, anche se Melazzini ha ribadito che spetta a loro comunque decidere nel singolo caso quale farmaco usare. Infine c'è l'avvio della revisione del prontuario farmaceutico, cioè dell'immensa lista di farmaci che hanno diritto di cittadinanza nel sistema sanitario italiano. Vuol dire depennare vecchi prodotti e magari abbassare i prezzi. Altra cosa che all'industria non piace.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La lettera

## “Perché umiliate chi soffre?”

Una lettrice ci scrive la sua storia  
Maltrattata nonostante il cancro

di VALERIA TROMBA

**G**entile ministro Grillo, sono una pediatra che è già alla sua seconda esperienza di malata di cancro. Sto rivivendo come un incubo non tanto la patologia in sé, i colleghi chirurghi e oncologi sono eccezionali, ma la parte burocratica. Già 10 anni fa (avevo 40 anni, e mi sono ammalata di tumore al seno) presentarmi davanti a queste commissioni mediche per ottenere la 104 (solo per un anno) è stato faticoso e umiliante (...)

Ora ci risiamo. Vado alla Asl, la quale Asl mi invia al Caf. A sua volta, il Caf invia domanda di in-

validità e richiesta per farmi ottenere i benefici della legge 104 all'Inps. Ma l'Inps non mi convoca (...) allora chiamo io il loro call center, parlo con tre operatori, uno più maleducato dell'altro (sono stata sfortunata probabilmente). Il primo operatore, una signora, mi dice che in realtà sono stata convocata il 16 maggio; eppure nessuna comunicazione mi è mai arrivata né sotto forma di mail, o di sms, o di raccomandata. Nemmeno il Caf ha ricevuto nulla.

Abbiamo poi scoperto che “il sistema” ha inviato erroneamente in automatico questa data (...)

(mi hanno chiesto scusa? Come no...).

Con il secondo operatore, conversazione inutile; il terzo mi chiama lui - dopo che avevo inviato una mail all'Inps - per dirmi che, per ottenere nuovo appuntamento, sarei dovuta andare di persona in via dei Laterani (dove è l'ufficio a Roma, città in cui abito). Alla mia domanda ripetuta più volte «è proprio sicuro che la procedura sia questa?», mi ha risposto sempre di sì, pure seccato.

Questa mattina (il 7 giugno, ndr) vado alla sede Inps di via dei Laterani. Allo sportello donna e uomo in camice bianco (...) mi rispondono che non possono darmi nessun appuntamento e sarò ricontattata. Alla mia osservazione: «Scusate, mi state dicendo che io, operata di cancro 7 giorni fa, sono venuta fin qui inutilmente, peraltro su suggerimento di un vostro operatore?». Fanno spallucce.

Esco in lacrime. Ma sono arrabbiata. E scrivo per protestare. Protestare contro la pochezza e l'arroganza di gente che continua a dare 104 a falsi ciechi e falsi invalidi. Protesto perché voglio essere trattata da essere umano. Malato, ma sempre essere umano. E mi ritrovo a pensare che forse aveva ragione un mio caro amico, che non c'è più per un tumore pancreatico, che diceva: «Tutti dovrebbero avere un cancro per almeno 5 minuti, così forse capirebbero».

*medico e paziente*

© RIPRODUZIONE RISERVATA



<http://stream24.ilsole24ore.com/>

## Giulia Grillo: «Non sono ministro anti-vaccini». Ecco cosa c'è scritto nel contratto M5S-Lega

«Non ho capito perché mi abbiano appioppato la definizione di 'ministro anti vaccini'. Noi nel Movimento 5 Stelle non abbiamo mai detto nulla contro i vaccini, tutt'altro, sono un presidio fondamentale di prevenzione primaria e tale rimarrà nella nostra politica». È combattiva la neo ministra alla Salute Giulia Grillo, intervenuta questa mattina ai microfoni di "6 su Radio 1". «Possono essere diversi gli approcci e le modalità con cui si propone alla popolazione questo importante strumento di prevenzione - sottolinea il ministro - ma siamo assolutamente a favore dell'uso delle vaccinazioni. Qualunque titolo di giornale che abbia riportato il contrario ha detto il falso».

### Salvini in campagna elettorale contrario all'obbligo

In campagna elettorale era stato il leader della Lega Matteo Salvini a tuonare contro l'obbligo: «Cancelleremo norme Lorenzin. Vaccini sì obbligo no», aveva detto l'attuale vicepremier e ministro dell'Interno.

### Cosa c'è scritto nel contratto M5S-Lega

Nel contratto di governo M5S-Lega, in coda al punto 21 dedicato alla Sanità si legge: «Pur con l'obiettivo di tutelare la salute individuale e collettiva, garantendo le necessarie coperture vaccinali, va affrontata la tematica del giusto equilibrio tra il diritto all'istruzione e il diritto alla salute, tutelando i bambini in età prescolare e scolare che potrebbero essere a rischio di esclusione sociale».

### Al lavoro sui primi dossier

La ministra, appena insediata sulla poltrona che era stata di Beatrice Lorenzin, aveva subito chiarito su Facebook il suo impegno: «Sono già al lavoro sui primi

dossier. Questo è un ministero davvero centrale e mi impegnerò senza sosta per garantire la tutela della salute dei cittadini italiani».

Tra queste ci sono i decreti attuativi ancora mancanti sulla legge sulla responsabilità medica, le coperture per il nomenclatore tariffario e le nomine in scadenza. Sul fronte dei vaccini, per i quali nell'agosto scorso è scattato l'obbligo a scuola aveva dichiarato che «i vaccini sono parte del Contratto. C'è una parte, anche se piccola, che ne parla». E «su questo agiremo in sinergia con il resto del Governo. Tuttavia parlarne ora è prematuro, quando lo faremo, vi comunicheremo modi e tempi».

### **Verifiche sull'ospedale senza anestesisti**

Poi il caso della donna affetta da carcinoma al seno, che sui social aveva lamentato di non poter essere sottoposta tempestivamente a intervento presso l'ospedale Incurabili di Napoli, a causa della carenza di anestesisti: «Devo verificare. Attiveremo tutte le macchine. Certamente è un problema grande che si è verificato anche in altre circostanze. Dipende molto dall'organizzazione della singola struttura, ma faremo tutte le verifiche», ha sottolineato la ministra.

# quotidiano**sanità**.it

Lunedì 18 GIUGNO 2018

## Vaccini. Grillo: "Nessuna contrarietà. Li ritengo un presidio fondamentale di prevenzione primaria e tale rimarrà nella nostra politica"

***"Possono essere diversi gli approcci e le modalità con cui si propone alla popolazione questo importante strumento di prevenzione, ma siamo assolutamente a favore dell'uso delle vaccinazioni. Qualunque titolo di giornale che abbia riportato il contrario ha detto il falso". Così la ministra della Salute ha fatto chiarezza sulla questione intervenendo oggi ai microfoni di '6 su Radio 1'.***

"Non ho capito perché mi abbiano appioppato la definizione di 'ministro anti vaccini'. Noi nel Movimento 5 Stelle non abbiamo mai detto nulla contro i vaccini, tutt'altro, sono un presidio fondamentale di prevenzione primaria e tale rimarrà nella nostra politica". A far chiarezza è **Giulia Grillo**, neoministro della Salute, intervenuta stamani ai microfoni di '6 su Radio 1'.

"Possono essere diversi gli approcci e le modalità con cui si propone alla popolazione questo importante strumento di prevenzione - sottolinea il ministro - ma siamo assolutamente a favore dell'uso delle vaccinazioni. Qualunque titolo di giornale che abbia riportato il contrario ha detto il falso".

<http://www.farmacista33.it>

## Grillo, per attuare leggi impulso politico centrale e finanziamento è fondamentale



Alta è l'attenzione rivolta alle uscite pubbliche del ministro della Salute, Giulia Grillo, date le prese di posizione, in passato, a favore di liberalizzazioni e fascia C fuori dalla farmacia, le più recenti, in una intervista a "6 su Radio 1", hanno riguardato i vaccini - altro tema caldo - e le liste d'attesa. E, proprio nel trattare questo secondo argomento, il ministro ha pronunciato parole importanti, che, se si vogliono in qualche modo leggere come un approccio, una linea di azione, possono far ben sperare anche il settore. Sui vaccini, Grillo ha spiegato di essere «assolutamente a favore dell'uso delle vaccinazioni», che «sono un presidio fondamentale di prevenzione primaria e tale rimarrà nella nostra politica». Ma nell'intervento relativo alle liste d'attesa, piaga del Ssn, che segue la circolare alle Regioni, ci sono alcune parole che meritano una riflessione. Sul tema, infatti, il ministro ricorda l'«insieme di leggi che negli anni erano state fatte e non sono mai state messe a sistema» e una attenzione poi «abbandonata».

Lo Stato «fa delle linee guida che le Regioni devono provvedere a realizzare, ognuna a seconda di una propria idea di struttura, che segue comunque le linee generali». Ecco allora che «l'impulso politico è importantissimo per spingere il tema a livello centrale». L'impulso politico «centrale diventa fondamentale, sia in termini di verifiche, sia in termini di finanziamento di alcuni aspetti». Parole importanti perché se rappresentassero una linea di intervento, di far succedere alle parole i fatti, una intenzione di seguire fino in fondo il percorso delle norme, anche una volta scavalato quel livello centrale, farebbe bene certamente anche al settore. Basti pensare ai tanti provvedimenti sulla carta, alcuni anche da diverso tempo, che ancora stanno aspettando di essere realmente attuati. Da ultimo quel piano cronicità - di cui il Tribunale del malato-Cittadinanzattiva ha denunciato proprio di recente quanto poco sia attuato nelle Regioni - che a livello nazionale vede un ruolo anche per le farmacie. Ma possiamo ricordare anche il tema del Dossier farmaceutico, strumento fondamentale per la presa in carico del paziente e la pharmaceutical care, in attesa di sviluppo. Sono solo due esempi di un elenco che potrebbe essere piuttosto lungo.

Lunedì 18 GIUGNO 2018

## Corruzione in sanità. Anac: "Da ultimo monitoraggio emerge sensibile miglioramento"

***Nel rapporto si evidenzia come "gli enti mostrano un buon livello di adeguamento, seppur non ancora ottimale, alle indicazioni contenute nella parte speciale "Sanità" dell'Aggiornamento 2015 al PNA. il 72% delle ASL monitorate ha pubblicato l'attestazione del nucleo di valutazione osservando le indicazioni fornite dall'Autorità. [LA RELAZIONE ANAC](#)***

"Per quanto concerne gli enti del Servizio Sanitario Nazionale, dall'analisi dei PTPC 2017-2019 emerge un sensibile miglioramento rispetto al monitoraggio precedente". A metterlo nero su bianco è l'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC) nella sua relazione sull'attività 2017.

Nel rapporto si evidenzia come "gli enti mostrano un buon livello di adeguamento, seppur non ancora ottimale, alle indicazioni contenute nella parte speciale "Sanità" dell'Aggiornamento 2015 al PNA".

In particolare, sono stati esaminati i seguenti temi: **attività libero professionale e liste di attesa** (75% nelle aziende ospedaliere e il 72% nelle aziende sanitarie); **rapporti contrattuali con privati accreditati** (29% nelle aziende ospedaliere e il 64% delle aziende sanitarie); **farmaceutica; dispositivi e altre tecnologie; ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni** (71% nelle aziende ospedaliere e 74% delle aziende sanitarie); **attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero** (45% delle aziende ospedaliere e 54% delle aziende sanitarie).

In merito alla trasparenza del SSN è stato verificato dall'ANAC anche il comparto delle ASL dei capoluoghi di regione. Nel corso delle verifiche, sono stati rilevati i seguenti elementi:

- stato di pubblicazione dell'attestazione del Nucleo di valutazione ex delibera 236/2017;
- eventuale esistenza di criticità/rilievi formulati dal nucleo di valutazione per ciascun obbligo di pubblicazione oggetto di attestazione;
- stato di pubblicazione dei documenti soggetti a sanzione pecuniaria;
- valutazione di elementi atti a determinare una buona pratica. Oltre al controllo sulle attestazioni dei NV, l'Autorità ha verificato l'assolvimento degli adempimenti la cui inosservanza comporta l'applicazione di sanzioni pecuniarie, in particolare la pubblicazione del PTPC e degli emolumenti complessivi ex art. 14, co. 1-te».

### **Dal controllo dei siti web delle ASL monitorate è emerso quanto segue:**

- il 72% delle ASL monitorate – pari a 23 aziende - ha pubblicato l'attestazione del nucleo di valutazione osservando le indicazioni fornite dall'Autorità;
- per il restante 28% - pari a otto aziende - l'attestazione non è stata pubblicata e in particolare: Azienda Sanitaria Regionale del Molise; Azienda Unità Sanitaria Locale Toscana Centro; Azienda Sanitaria Locale Avezzano – Sulmona L'Aquila; Azienda Sanitaria Locale Napoli 2 Nord; Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud; Azienda Sanitaria Provinciale 6; Azienda Sanitaria Locale Roma 2 ex B e C; Azienda Sanitaria Unità Sanitaria Locale Roma 4 F.

Relativamente alle criticità evidenziate dai Nuclei di Valutazione (NV), in ordine ai dati oggetto di attestazione

(performance, bilanci, beni immobili e gestione patrimonio, controlli e rilievi sull'amministrazione, pagamenti dell'amministrazione), come annotate nelle griglie di rilevazione delle 23 ASL che ne hanno data pubblicazione, si è osservato che: nel 35% dei casi i NV hanno attestato un adempimento pieno agli obblighi oggetto di attestazione; nel restante 65% l'adempimento è stato parziale in quanto i NV hanno evidenziato almeno una sotto-sezione carente.

Nel 22% dei casi le sotto-sezioni che hanno evidenziato criticità hanno riguardato 3 obblighi di pubblicazione su 6 monitorati e nel 13% dei casi le carenze hanno riguardato 4 obblighi di pubblicazione su 6.

**Quanto precede ha consentito di osservare una generale carenza nel corretto assolvimento degli obblighi di pubblicazione.** Le sotto-sezioni che hanno evidenziato un maggior numero di criticità si riferiscono alla "performance" (in 12 casi sui 23 esaminati, pari al 52%) e ai "controlli e rilievi sull'amministrazione" (in 14 casi sui 23 esaminati, pari al 61%) e, al loro interno, gli obblighi specifici maggiormente carenti hanno riguardato, rispettivamente, le informazioni su: "distribuzione dei premi al personale" e "atti dei nuclei di valutazione" previsti rispettivamente dagli artt. 20 e 31 del d.lgs. 33/2013.

Dalle attestazioni dei NV per gli anni pregressi (delibere nn.71/2013; 77/2013; 148/2014; 43/2016) è emerso che solo il 31% delle ASL monitorate ha pubblicato tali attestazioni, mentre si sono osservate incompletezze di pubblicazione nei restanti casi; nel 16% dei casi risultano del tutto mancanti.

La verifica, nei siti web delle ASL monitorate, circa l'avvenuta pubblicazione del PTPC, riferito agli anni 2017-2019 ha evidenziato che nel 28% dei casi (n. 9 ASL) il predetto Piano non è stato pubblicato e in detti casi, sono stati avviati procedimenti specifici ai fini dell'eventuale attivazione di procedimenti sanzionatori.

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

## Chi dorme troppo o poco rischia l'obesità



*A sostenerlo uno studio dell'università di Seoul. Maggior rischio di sindrome metabolica per chi supera le 10 ore al giorno o riposa meno di 6*

di TINA SIMONIELLO

*In medio stat virtus* anche quando si parla di sonno e salute. Dormire più 10 ore al giorno o meno di 6 si associa a un rischio più elevato di soffrire di sindrome metabolica, una condizione legata all'obesità sempre più diffusa a livello globale, che è tra i principali fattori di rischio per le patologie cardiache, l'ictus e il diabete. A sostenerlo uno studio dell'università di Seoul, pubblicato su [Bmc Public Health](#), che ha coinvolto 133.608 uomini e donne di età compresa tra 40 e 69 anni.

E' il primo studio di questo tipo: visto che analizza la relazione dose-risposta tra ore di sonno (riposi diurni compresi) e sindrome metabolica, anche nelle sue singole componenti o fattori di rischio (pressione alta, glicemia elevata a

digiuno, trigliceridi alti, bassi livelli di HDL, eccesso di grasso addominale). E che lo fa separatamente, negli uomini e nelle donne.

I partecipanti allo studio sono stati considerati affetti da sindrome metabolica se presentavano almeno tre dei 5 fattori su cui si basa la diagnosi e sulla base di analisi di sangue, urine, Dma e di dati fisici (peso altezza pressione..) raccolti nell'ambito del progetto HEXA (Il progetto HEXA è uno studio su larga scala condotto in Corea negli anni 2004-2013) gli autori hanno concluso che dormire meno di sei ore, negli uomini si associa a una probabilità più alta di soffrire di sindrome metabolica e di avere una circonferenza addominale eccessiva e nelle donne a maggiore rischio di circonferenza addominale. Invece, dormire più di dieci ore si associa a sindrome metabolica e trigliceridi alti negli uomini, nelle donne anche a circonferenza elevata, a livelli più alti sia di trigliceridi che di glicemia, a bassi livelli di colesterolo "buono" o HDL.

"Abbiamo osservato una potenziale differenza di genere tra durata del sonno e sindrome metabolica - ha dichiarato Claire E. Kim, autrice principale dello studio - con un'associazione tra sindrome metabolica e sonno prolungato nelle donne, e sindrome metabolica e sonno breve negli uomini". Sebbene i meccanismi biologici alla base del rapporto durata del sonno e sindrome metabolica siano oggi poco chiari, i ricercatori coreani hanno fatto qualche ipotesi. Per esempio, meno di sette ore al giorno, favorirebbe livelli anomali di alcuni ormoni legati all'aumento dell'appetito o che riducono il consumo di energia, una situazione che potrebbe avere a che vedere con l'aumento della circonferenza addominale e con l'obesità.

<https://www.pharmastar.it/news/>

## Medicina basata sulle evidenze: nelle università italiane la formazione è solo sulla carta

*Sul palcoscenico di Evidence Live 2018 - evento internazionale che raduna a Oxford i massimi esperti nella produzione, sintesi e trasferimento delle evidenze scientifiche - è stata presentata oggi la ricerca condotta in collaborazione con il Segretariato Italiano Studenti in Medicina (SISM) e finanziata dalla Fondazione GIMBE con la borsa di studio "Giacchino Cartabellotta".*



Sul palcoscenico di Evidence Live 2018 – evento internazionale che raduna a Oxford i massimi esperti nella produzione, sintesi e trasferimento delle evidenze scientifiche – è stata presentata oggi la ricerca condotta in collaborazione con il Segretariato Italiano Studenti in Medicina (SISM) e finanziata dalla Fondazione GIMBE con la borsa di studio “Giacchino Cartabellotta”.

«Negli ultimi 25 anni le Scuole di Medicina di tutto il mondo – ha esordito Nino Cartabellotta, Presidente della Fondazione GIMBE – hanno integrato nei curricula formativi l’Evidence-based Medicine (EBM) core curriculum, set standardizzato di conoscenze e competenze che permette al medico di essere indipendente nella ricerca, valutazione critica e applicazione delle migliori evidenze. Considerato che la loro integrazione nella pratica clinica migliora la qualità dell’assistenza e riduce gli sprechi conseguenti al sovra- e sotto-utilizzo di farmaci, test diagnostici, interventi chirurgici e altri interventi sanitari abbiamo finanziato questo studio per valutare il

grado di penetrazione dell'EBM nella formazione universitaria del medico in Italia, dove non esistono dati sistematici in merito».

L'analisi ha riguardato 43 Corsi di Laurea (CdL) in Medicina e Chirurgia attivati in 37 Atenei, previa esclusione di quelli esclusivamente in lingua inglese (n.1) e quelli dove non è presente una sede SISM (n.3). Per identificare i contenuti EBM è stata condotta una ricerca ad elevata sensibilità su vari documenti:

- Core curriculum della Conferenza Permanente dei Presidenti dei CdL Magistrale di Medicina e Chirurgia

- Core curriculum di Ateneo

- Scheda Unica Annuale (SUA)

- Programmi dei corsi con elevata probabilità di contenuti EBM: Igiene e Medicina Preventiva/Sanità Pubblica, Statistica Medica, Epidemiologia, Metodologia Clinica

Dalle analisi effettuate risulta che:

- Il core curriculum della Conferenza Permanente dei Presidenti dei CdL include tutte le componenti dell'EBM core curriculum, seppur non strutturati secondo standard internazionali. Infatti, la sezione 2 (Metodologie e Scienze Precliniche) riporta tra gli obiettivi formativi la capacità di valutare efficacia e appropriatezza degli interventi sanitari secondo i criteri dell'EBM e di applicare l'EBM per la soluzione di problemi clinici attraverso la formulazione dei quesiti clinici, la ricerca e la valutazione critica delle evidenze.

- I core curriculum di Ateneo sono stati esclusi dall'analisi, in quanto identificati solo per 4 corsi di laurea.

- L'analisi delle SUA dimostra che solo il 19% dei CdL (8/43) prevedono insegnamenti specifici sull'EBM con variabile presenza delle parole chiave: media 3,9 ( $\pm$  DS 2,7), range 1-11. In particolare il 58% delle SUA riporta 1-3 parole chiave, il 30% 4-6 e il 12% 9-11.

- Su 128 programmi dei singoli corsi analizzati, solo 47 (37%) contengono parole chiave: 17 di Metodologia Clinica, 11 di Igiene e Medicina Preventiva/Sanità Pubblica, 10 di Statistica Medica/Epidemiologia e 7 insegnamenti erano specificamente denominati "Evidence-based Medicine". I corsi sono distribuiti in meno del 50% dei CdL (21/43) con una prevalenza molto variabile: 8 corsi in 2 CdL, 3 corsi in 4 CdL, 2 corsi in 4 CdL e 1 corso in 11 CdL.

«Lo studio GIMBE-SISM – conclude Cartabellotta – dimostra che nonostante l'EBM sia formalmente prevista dal core curriculum della Conferenza Permanente dei Presidenti dei Corsi di Laurea, solo il 18% delle SUA e il 37% dei programmi analizzati, distribuiti in meno del 50% dei CdL, riportano contenuti relativi all'EBM. Per la loro frequenza e distribuzione, gli 8 insegnamenti identificati nelle SUA e i 47 programmi sembrano risultare più da iniziative locali che dall'introduzione sistematica dell'EBM core curriculum nella formazione universitaria del medico».

# Il fattore Y che fa vivere meno i maschi

## Si svelano i misteri di un cromosoma chiave

La sua progressiva scomparsa con l'avanzare dell'età spiega la differenza nella longevità con le donne e sarebbe anche alla base dell'insorgere di una serie di gravi malattie

MARCO CAMBIAGHI  
UNIVERSITÀ DI TORINO

**N**on solo rende maschi i maschi, ma sembra influenzare la loro salute spiegando, almeno in parte, perché gli uomini vivono in media cinque anni meno delle donne. È il cromosoma Y, la struttura all'interno del nucleo di ogni cellula in cui viene custodito il Dna che caratterizza il sesso maschile, trasmesso direttamente da padre in figlio.

Nuove ricerche - come quelle di Malzorgata Gozdecka del Wellcome Sanger Institute e di Daniel Wright della University of Cambridge - stanno portando alla luce che Y non si limita a una manciata di compiti strettamente maschili, come dare origine agli organi sessuali oppure garantire la produzione di sperma. È anche implicato nel prevenire una serie di patologie, come alcuni tumori e l'Alzheimer, così come nella durata della vita: questa si accorcia in rapporto alla progressiva scomparsa di Y, che interessa all'incirca l'1.6% di tutto il genoma.

È durante i processi dell'invecchiamento che una percentuale rilevante degli uomini inizia a perdere il cromosoma Y in alcune cellule del sangue e in altre regioni dell'organismo. Il processo - chiamato «Loy», «loss-of-Y» - è la mutazione più comune: si stima che il 14% dei maschi tra i 66 e i 75 anni abbia una cellula ogni 10 del sangue in cui il cromosoma Y è addirittura svanito. E la percentuale cresce fino al 20% negli uomini oltre gli 86 anni. Oltre all'età, poi, un'altra causa è la possibili-

le alterazione di alcune cellule essenziali per l'immunosorveglianza. Ma anche il fumo rappresenta uno dei maggiori fattori di rischio. «Ed è proprio questa perdita - conferma Lars Forsberg, genetista alla Uppsala University in Svezia - a spiegare il divario nella vita media tra uomo e donna».

### Strategia isolazionista

Alla base delle più recenti scoperte c'è la lunga avventura della natura. Tra i nostri antenati lontani, che hanno preceduto i mammiferi, il sesso era determinato - come avviene oggi nelle tartarughe e nei cocodrilli - non per via genetica, ma dalla temperatura: se un uovo di tartaruga, per esempio, si sviluppa al caldo, l'embrione diventerà femmina, mentre con temperature più basse sarà maschio. Nei mammiferi, dove la gestazione è interna, e quindi avviene in condizioni più stabili, l'evoluzione ha invece approfittato di una mutazione che conferiva un enorme vantaggio riproduttivo: così si è arrivati alla determinazione genetica del sesso, dove la coppia XX origina una femmina, mentre XY un maschio.

Il gene sul cromosoma Y responsabile dello sviluppo di un maschio si chiama «Sry» («Sex-determining Region Y») e codifica una proteina che agisce come fattore di trascrizione per il differenziamento della gonade in testicolo. Tuttavia, a differenza degli altri cromosomi, di cui abbiamo due copie in ogni cellula, l'Y è sempre presente in singola copia, trasmessa dai padri ai figli.

E una strategia isolazionista che, già negli Anni 90, aveva spinto a ipotizzare un costante declino del cromosoma Y, dato che non può scambiare i propri geni con una con-

troparte. Oggi, tuttavia, le teorie sono cambiate: i nuovi studi dimostrano che Y ha sviluppato alcuni meccanismi efficaci per bloccare la degenerazione, rallentando il tasso di perdita genica fino, probabilmente, ad arrestarla. «È dinamico, ma stabile», ha commentato la biologa computazionale Melissa Sayres della Arizona State University.

Senza Y, quindi, una cellula può vivere? La risposta è ovviamente sì: le femmine ne fanno tranquillamente a meno. Un esempio clamoroso sono i ratti spinosi di Okinawa, che hanno perso i loro cromosomi Y: il gene «Sry» si è quindi spostato su un cromosoma diverso, originando maschi che non hanno affatto bisogno di Y.

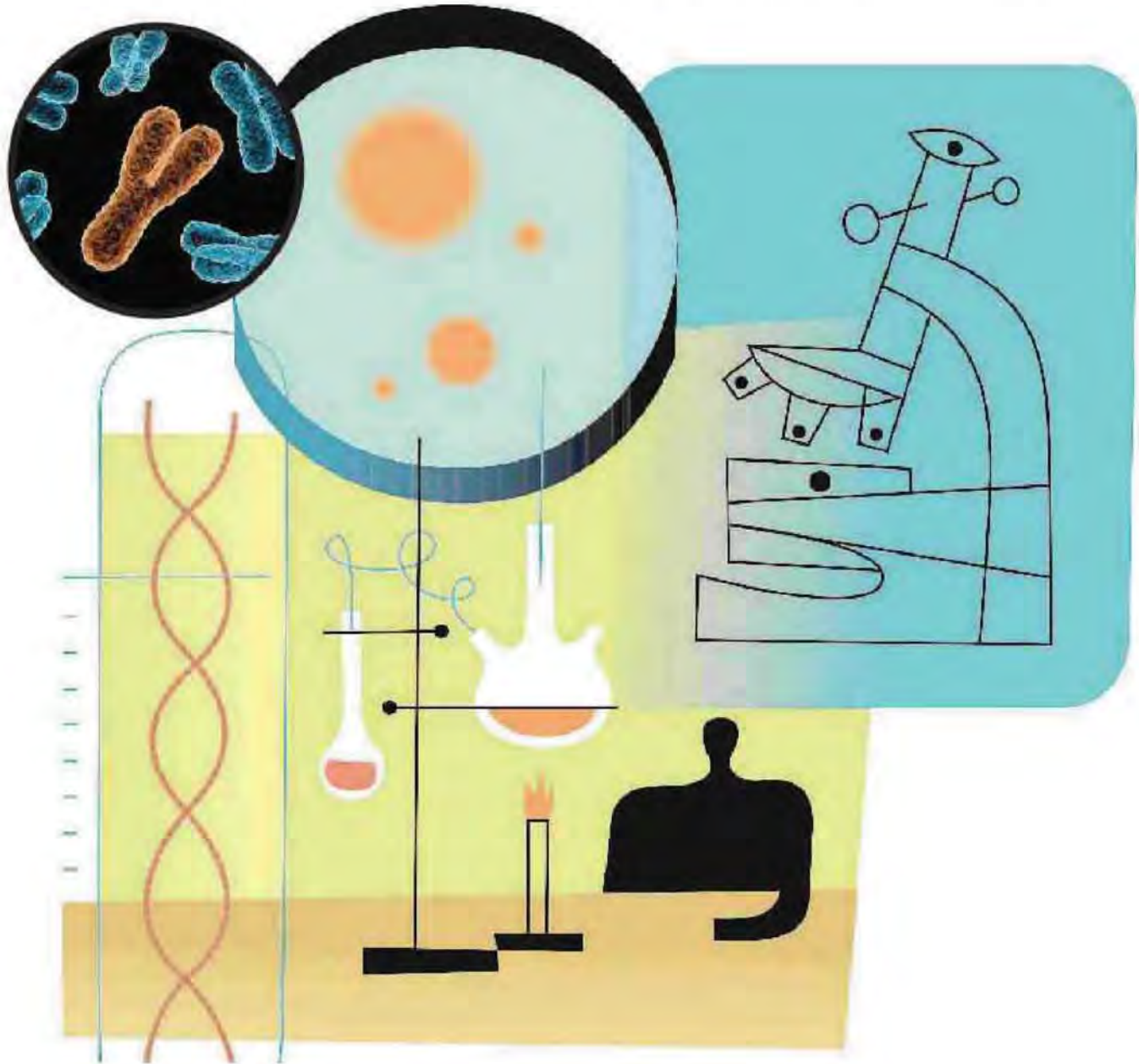
### Il collasso del Neolitico

Ma questo cromosoma racchiude comunque una storia particolarmente tormentata. Se l'è vista male, per esempio, in pieno Neolitico: 7 mila anni fa è accaduto qualcosa di insolito e per certi aspetti drammatico. Per un lungo periodo, in Africa, in Europa e anche in Asia, la diversità genetica di Y subì un vero e proprio collasso, come se fosse rimasto un solo uomo ogni 17 donne, generando così un «collo di bottiglia» genetico. L'ipotesi è che il crollo sia avvenuto a causa di continui e devastanti scontri tra clan che provocarono

estese stragi di maschi. Ma non ci furono solo conseguenze negative. Sayres sostiene che, «al posto della sopravvi-

venza del più forte, questa serie di eventi potrebbe avere favorito la riproduzione di un numero limitato di individui

più sociali». Erano non solo i sopravvissuti, ma anche gli uomini che non andavano a combattere. —



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

## ***Lavori fisicamente impegnativi accorciano la vita***

L'attività fisica richiesta dal lavoro aumenta del 18 per cento le probabilità di morte prematura



L'attività fisica non è tutta salutare. L'ideale sarebbe aggiungere un po' di esercizi nel tempo libero. Ma forse è chiedere troppo

Il medico che sponsorizza l'attività fisica come un toccasana sta pensando a camminate, corsa, piscina, palestra. Non di certo ai lavori fisicamente impegnativi. Perché in questo caso gli sforzi muscolari sono tutt'altro che salutari. Lo dimostra uno studio appena pubblicato sul [British Journal of Sports Medicine](#): gli uomini impegnati in mestieri faticosi hanno una probabilità superiore del 18 per cento di morire prematuramente rispetto agli impiegati di un ufficio con mansioni fisiche poco gravose.

La conclusione è giunta dall'analisi di 17 studi in cui veniva esaminata l'associazione tra il tipo di impiego e la longevità e che avevano coinvolto in tutto 193,696 adulti seguiti per circa 20 anni. In totale durante il periodo di osservazione sono morte circa 30mila persone (il 19 % del campione).

I risultati suggeriscono che l'attività fisica non è tutta uguale e che

solamente quella eseguita nel tempo libero fa bene alla salute.

La corsetta di mezz'ora è quel che ci vuole per rafforzare i muscoli e mantenere in allenamento il sistema cardiovascolare. Ma faticare per otto ore consecutive non fa altro che danneggiare la schiena e stremare il cuore.

Inoltre, è comprensibile, chi già fatica molto al lavoro, quando finisce il turno difficilmente trova la forza di andare in palestra.

«Crediamo - scrivono i ricercatori - che l'attività fisica al lavoro e durante il tempo libero prevedano due tipi di esercizi molto differenti con differenti risposte fisiologiche ed effetti diversi. Innanzitutto sappiamo che le persone che svolgono intensa attività fisica al lavoro generalmente non sono molto attive durante il tempo libero. Quindi queste persone sono esposte alle conseguenze negative dell'attività fisica beneficiando solo in parte degli effetti positivi dell'attività fisica effettuata fuori dall'orario di lavoro».

Tutto quello che abbiamo detto finora sembrerebbe riguardare solo gli uomini. Per le donne vale il contrario: i lavori manuali allungano la vita. Va detto però che in questo caso i dati non sono particolarmente significativi e gli effetti dei lavori pesanti sulle donne andrebbero approfonditi con ulteriori studi.

Tornando agli uomini, c'è un punto da chiarire. Non si può escludere che l'associazione tra lavori pesanti e ridotta aspettativa di vita dipenda da altri fattori. Per esempio dal fatto che solitamente i lavori manuali vengono affidati a persone con condizioni socio-economiche più svantaggiate.

«Non sono sicura - ha commentato alla Reuters Silvia Stringhini, ricercatrice dell'Institute of Social and Preventive Medicine del Lausanne University Hospital di Losanna - che gli autori siano stati in grado di escludere completamente l'effetto delle basse condizioni socio-economiche e i fattori di rischio ad esse associate sui lavoratori».

L'ideale, dicono i medici, sarebbe aggiungere all'attività fisica lavorativa qualche esercizio fuori dall'orario di lavoro. Ma forse è chiedere troppo.