

## **GRAVIDANZA**

### **Se la mamma è stressata**

La chiave per comprendere, e possibilmente prevenire, i danni provocati dallo stress materno sul feto durante la gravidanza, potrebbe essere un enzima dal nome difficile: 11beta-HSD2. Secondo Megan Homes, neuroendocrinologa dell'Università di Edimburgo, i bambini che nell'utero vengono esposti ad alti livelli di ormoni glucorticoidi, perché la madre è in condizione di stress, nel corso della loro vita possono soffrire di disturbi dell'umore.

Facendo esperimenti su topi geneticamente modificati, la Homes ha isolato l'enzima, individuandone la funzione per il corretto funzionamento della placenta e per lo sviluppo del cervello del feto. E ha ipotizzato che esso agisca da scudo contro l'azione dannosa del cortisolo.

**Giorgia Scaturro**

## Tiroide

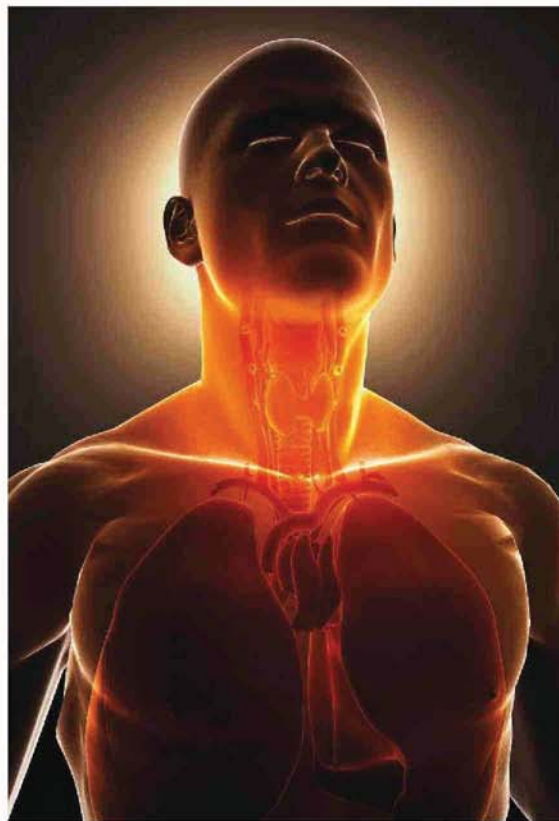
# FARE A MENO DEL BISTURI

Per eliminare i noduli tiroidei benigni non c'è solo il bisturi, con tutte le conseguenze che il suo lavoro comporta (anestesia generale, asportazione parziale o totale della tiroide, possibili danni alle corde vocali e altro). Soprattutto quando il nodulo è colloidale, cioè ha una densità spugnosa e contiene acqua, si può infatti ricorrere alla radiofrequenza o al laser, che riescono a bruciarne fino all'80-90 per cento, permettendo così di non intervenire con la chirurgia tradizionale. A portare la tecnica in Italia alcuni anni fa è stato Roberto Valcavi, endocrinologo dell'Ospedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia, che ha già effettuato centinaia di interventi e che sta ultimando gli studi per verificare se sia meglio il laser o la radiofrequenza. Il principio è infatti lo stesso: si entra nel nodulo, sotto la guida di un'ecografo, con degli aghi specifici che possono contenere sia le

sonde per la radiofrequenza sia la fibra ottica per il laser. Una volta raggiunti i punti migliori (in genere ne serve più di uno per bruciare il maggior volume possibile di nodulo) si attivano il generatore di radiofrequenza o quello di luce laser e si procede. Il laser scalda di più, e anche se inizialmente era stato utilizzato in modo esclusivo, negli ultimi anni sembra lasciare sempre più spesso il posto alla radiofrequenza. Il paziente viene solo sedato per far sì che, durante l'intervento (che dura poche decine di minu-

ti), stia fermo, e può tornare a casa il giorno stesso. La tecnica, oltre a essere più sicura e meno invasiva rispetto all'intervento classico (gli unici eventi segnalati sono un leggero dolore nei giorni successivi all'intervento), è quindi anche molto più economica.

**Agnese Codignola**



LA GIORNATA

## «Dopo il tumore voglio avere un figlio»

*Preservare la fertilità per i pazienti oncologici, quando e come è possibile. Il tema va affrontato dall'inizio delle cure, ma troppo spesso medici e pazienti non ne parlano*

MILANO - È fondamentale, che tutti i giovani pazienti ai quali viene proposto un trattamento oncologico, debbano essere adeguatamente informati sui possibili effetti collaterali delle terapie, anche in termini di fertilità e di strategie preposte a salvaguardare la possibilità di diventare genitori. Lo sottolinea l'ultimo "Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici", presentato questa settimana al Senato in occasione dell'ottava Giornata nazionale del malato oncologico organizzata dalla Federazione Italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia (Favo). E il tema, di grande attualità per gli specialisti internazionali, è anche al centro del convegno Maternità e Tumori, organizzato in questi giorni a Caravaggio dalla Società Italiana di Chirurgia Ginecologica (Sichig).

**INDAGINE** - Ma qual è la realtà italiana? Quanto vengono informati i giovani pazienti su questo argomento? Una risposta arriva dall'indagine esplorativa (condotta su un campione ristretto di 150 donne con tumore) contenuta nel Rapporto presentato al Senato: alla maggior parte delle donne intervistate (77,6 per cento) era stata offerta l'informazione sui potenziali danni delle cure sull'apparato riproduttivo e sulle diverse metodiche per una possibilità di preservazione della fertilità (57,8 per cento). Più della metà delle pazienti (56,7 per cento) desiderava un figlio prima della diagnosi di neoplasia, ma soltanto 6 su 100 hanno scelto di attuare una delle tecniche di preservazione prima d'iniziare i trattamenti anticancro. Inoltre, in circa il 20 per cento dei casi si era discusso dell'effetto negativo delle terapie senza fornire una possibile strategia per limitare i danni indotti. Infine, fra quante hanno dichiarato di essere state a conoscenza dei possibili danni alla fertilità prima di aver iniziato i trattamenti, il 75 per cento era stato informato direttamente dall'oncologo, mentre il 22 aveva cercato notizie su internet.

**PAZIENTI GIOVANI** - Si stima che in Italia, nel 2011, siano stati diagnosticati 360mila nuovi casi di tumore maligno, di cui il tre per cento a pazienti con età inferiore ai 40 anni. Negli uomini i tumori più frequenti tra i 20 e i 40 anni sono: testicolo, melanoma, colon-retto, linfoma non Hodgkin e tiroide; mentre nelle donne si tratta per lo più di neoplasie che colpiscono mammella, tiroide, melanoma, cervice e colon-retto. Molte di queste neoplasie possono compromettere la fertilità o perché colpiscono l'apparato riproduttivo o perché necessitano di terapie capaci di danneggiare gli organi pelvici. Sia i trattamenti medici sistemici (come chemio, immuno e ormonoterapia), che le terapie locali (radioterapia e chirurgia), infatti, possono essere causa d'infertilità, definitiva o temporanea. «La probabilità che i trattamenti anti-tumorali compromettano la capacità riproduttiva dipende da più fattori - spiega Giorgia Mangili, responsabile dell'Unità di Ginecologia oncologica medica al San Raffaele di Milano e responsabile scientifico del convegno Sichig -: dal tipo di tumore e dalla prognosi,

dall'età del paziente, dal trattamento utilizzato e dalla presenza di altre patologie in grado di danneggiare la fertilità. La crescente complessità dei trattamenti oncologici integrati, che migliorano le possibilità di sopravvivenza ma presentano elevati livelli di tossicità, impone ai medici di prestare da subito attenzione alla qualità di vita a lungo termine di chi si ammala, compresi gli aspetti relativi a fertilità e genitorialità dopo il tumore».

**CURE MENO EFFICACI** - Insomma i medici, di fronte a un paziente che si ammala in età fertile, dovrebbero valutare attentamente i possibili effetti collaterali dei trattamenti proposti, il desiderio futuro di una progettualità genitoriale e la presenza o meno di figli. «È dimostrato che poter pensare alla nascita di un figlio, una volta superati la malattia e i trattamenti, ha un effetto positivo sull'equilibrio emotivo del paziente e diventa un modo per riprendere i propri progetti di vita - sottolinea Elisabetta Iannelli, vicepresidente dell'Associazione italiana malati di cancro (Aimac) e segretario nazionale Favo, fra i curatori del Rapporto presentato in Senato -. La letteratura internazionale, anche recente, mostra però come l'argomento della preservazione della fertilità sia ancora sottovalutato nelle consultazioni oncologiche, mentre alcuni studi indicano che molti pazienti dichiarano di preferire trattamenti meno efficaci pur di prevenire le complicanze a lungo termine».

**PIÙ FACILE PER I MASCHI** - Per gli uomini la conservazione della fertilità viene più facilmente trattata al momento della pianificazione del progetto terapeutico, anche per l'efficacia, la rapidità e la sicurezza del processo di raccolta e conservazione dei gameti maschili. La soluzione è infatti semplice e poco costosa: si procede alla crioconservazione, ovvero al congelamento, di campioni di sperma, mentre la chirurgia, ogni volta che sia possibile, mira a risparmiare i nervi dell'erezione e a non alterare i meccanismi dell'eiaculazione. «Nel caso delle giovani pazienti i curanti sono invece più restii ad affrontare l'argomento - chiarisce Roberta Tancredi, responsabile dell'area ricerca di Aimac -. È ipotizzabile che questo atteggiamento sia determinato da diversi fattori, come la maggiore complessità (biologica, etica, legale) delle procedure attualmente disponibili per la preservazione della fertilità femminile, alcune delle quali sono ancora sperimentali; lo scarso aggiornamento sul tema dei medici e una mancata consuetudine al lavoro in equipe multidisciplinari, in cui sia garantito un collegamento tra gli specialisti in oncologia e quelli in medicina della riproduzione; gli eventuali dubbi o timori dei curanti riguardo il livello di sicurezza nel posticipare i trattamenti oncologici per consentire l'applicazione delle strategie di preservazione».

**FORMARE GLI ONCOLOGI** - Da uno studio americano emerge che, in età pediatrica, la comunicazione degli oncologi rispetto ai problemi di fertilità e alle possibili strategie di preservazione è negativamente influenzata dal disagio dei curanti nel trattare l'argomento a causa dell'urgenza dei trattamenti; dalla giovane età del paziente e dalle sue possibilità di comprensione e coinvolgimento riguardo la futura fertilità; dalla mediazione nel consenso e nell'adesione alle terapie, operata da genitori molto coinvolti e preoccupati. «Proprio per favorire la formazioni di oncologi ed ematologici sul tema e rendere disponibile materiale informativo per i pazienti - conclude Iannelli -, il volontariato oncologico ha collaborato a un pionieristico progetto, finanziato dal Ministero della Salute (insieme al Registro di Procreazione Medicalmente Assistita dell'Istituto Superiore di Sanità e all'unità di Scienze della Natalità dell'Ospedale San Raffaele di Milano), realizzato anche con la collaborazione di Gemme Dormienti, la prima associazione di pazienti in Italia che si occupa di preservazione della fertilità in persone affette da cancro e malattie croniche invalidanti. È nato così anche il libretto divulgativo dedicato alle pazienti "Madre dopo il cancro", che vuole dare alle donne indicazioni concrete, sostegno e speranza».

[http://www.corriere.it/salute/sportello\\_cancro/13\\_maggio\\_16/figlio-dopo-tumore\\_4694ffea-be10-11e2-9b45-0f0bf9d2f77b\\_print.html](http://www.corriere.it/salute/sportello_cancro/13_maggio_16/figlio-dopo-tumore_4694ffea-be10-11e2-9b45-0f0bf9d2f77b_print.html)

## ONCOLOGIA: È NECESSARIA UNA NUOVA ASSISTENZA

Ricoveri diurni, coinvolgimento dei medici di famiglia, servizi ambulatoriali e residenziali: sono queste le necessità per la cura dei pazienti malati di tumore, secondo la Federazione italiana delle associazioni di volontariato in oncologia



**Di Marino Petrelli**

Il trenta per cento dei pazienti con cancro muore in strutture ospedaliere destinate al contrasto di patologie acute, generando gravi sofferenze umane e familiari. Necessario, dunque, un nuovo modello di **assistenza per i pazienti**, meno centrato sull'ospedale e più orientato a forme alternative. Con ricoveri diurni, maggiore coinvolgimento dei medici di famiglia nelle fasi successive ai trattamenti nosocomiali e servizi ambulatoriali, domiciliari e residenziali. La richiesta è contenuta nel V Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici presentato al Senato dalla Federazione italiana delle associazioni di volontariato in oncologia (Favo) alla vigilia della Giornata Nazionale del Malato oncologico, il prossimo 18 maggio.

Il rapporto, predisposto dall'Osservatorio sulla condizione assistenziale dei

malati oncologici, denuncia gravi carenze. Ad esempio, a fronte di 598 posti letto in hospice in Lombardia e 241 in Emilia Romagna, se ne registrano solo 20 in Campania e 7 in Calabria, mentre vi sono 27 strutture con servizio di radioterapia in Lombardia, 7 in Puglia e 3 in Calabria. E il fascicolo sanitario elettronico è utilizzato solo in 5 regioni. Un altro esempio. Rispetto ai 1.015 centri che si occupano di cancro del colon retto, solo 196 risultano adeguati; dei 906 del tumore della mammella, solo 193; dei 702 del polmone solo 96 e dei 624 della prostata solo 118.

Drammatica anche la situazione dell'assistenza domiciliare, con marcate **differenze regionali**: si va dai 153 casi per 100 mila abitanti in Toscana ai 91 nel Lazio fino ai 34,6 in Emilia Romagna. Preoccupante anche la disomogeneità territoriale nella distribuzione dei centri di Radioterapia oncologica: dei 184 totali, 83 si trovano al nord, 51 al centro e 50 al sud. Migliorano invece, rispetto al passato, i servizi di terapia del dolore, presenti nell'85 per cento delle realtà sanitarie, divise tra 89 per cento al nord, 81 al centro, 80 al sud e isole.

Essenziale, quindi, per la Favo che ogni struttura preveda, oltre a punti informativi e al supporto psico oncologico, servizi di riabilitazione dedicati e che sia anticipata l'integrazione della terapia del dolore e delle cure palliative nel corso del trattamento, evitando la frammentazione degli interventi ed il ritardo nella presa in carico del **paziente a domicilio**. Solo così si raggiungerà una reale applicazione del Piano oncologico nazionale 2010-12".

"Esistono criticità anche per alcune oncologie mediche, presenti in piccoli ospedali, prive degli indispensabili servizi di supporto e con casistiche assistenziali inferiori al minimo necessario per garantire esperienza sufficiente e trattamenti adeguati. Evidenze scientifiche dimostrano che strutture con bassi volumi di attività presentano statisticamente maggiori rischi per i malati con incrementi significativi della morbilità e mortalità specifiche – sottolinea Stefano Cascinu, presidente dell'Associazione italiana di oncologia medica -. Queste criticità possono essere superate dalla costituzione delle reti oncologiche. Dopo tanti anni, solo poche Regioni si sono dotate di questi strumenti".

Nel nostro Paese, vivono circa 1 milione e 285 mila persone che hanno superato la soglia dei 5 anni dalla diagnosi senza ricadute e tornano alla vita di tutti i giorni. Riprendono il lavoro, praticano sport, fanno figli. All'esito positivo relativo alla fase acuta della malattia, si accompagna una preoccupante carenza dei servizi per i nuovi bisogni che insorgono nelle fasi, sempre più estese, della lunga sopravvivenza. L'attività del volontariato, l'integrazione dei servizi socio-assistenziali degli enti locali e le provvidenze economiche dell'Inps riescono solo in parte a supplire alle carenti risposte del Servizio sanitario nazionale.

Complessivamente in Italia vivono 522.235 donne che hanno ricevuto una

diagnosi di tumore alla mammella, pari al 23,3 per cento del totale dei pazienti che hanno ricevuto una diagnosi di tumore. Un'indagine Censis per conto della Favo dice che la prima reazione alla diagnosi è connotata dalla paura, indicata da oltre il 37 per cento degli intervistati ma segue, con oltre il 30 per cento, la voglia di reagire, e ancora incredulità, per 22,7 per cento delle intervistate e rabbia, al 20 per cento. In seguito all'insorgenza della patologia, è stato licenziato il 3,4 per cento dei pazienti con tumore alla mammella intervistati e ad aver dovuto dare le dimissioni, cessare l'attività commerciale, professionale o artigianale è stato il 6,2 per cento. Oltre il 42 per cento è stato costretto a fare assenze associate alla patologia ed alla cura, il 33,1 per cento rileva che si è ridotto il suo rendimento suo malgrado, il 16% per cento circa ha dovuto mettere da parte propositi di carriera.

Il report aggiunge che è forte il **rapporto con l'oncologo**, l'83,6 per cento dei pazienti ha un proprio oncologo di riferimento, e buono il grado di informazione dei pazienti sui farmaci antitumorali con i quali è stato curato o con cui viene attualmente curato, indicato dall'86,8 per cento. Il 77% per cento definisce ottimi o buoni i servizi sanitari di cui ha usufruito, mentre solo il 44 per cento giudica positivamente i servizi sociali. Anche la presente indagine conferma l'elevatezza del costo sociale relativo al tumore alla mammella: il costo sociale totale complessivo annuo relativo all'insieme dei malati con una diagnosi di tumore di al massimo 5 anni, risulta pari a 7,3 miliardi di euro, mentre il corrispondente costo sociale medio pro capite è pari in media a 28 mila euro.

Nella metà degli ospedali italiani mancano i servizi di riabilitazione, fondamentali per la qualità di vita dei pazienti colpiti da tumore. E, se presenti, risultano quasi esclusivamente disponibili per la sola riabilitazione fisica delle donne operate per carcinoma mammario.

Giornata nazionale del malato oncologico

# La lotta al cancro diventa lotta agli sprechi

*Contro strutture mediche inadeguate e risorse mal gestite sul territorio da parte dello Stato ci salva l'associazionismo*

FABIO CORTI

■ ■ ■ «Riconoscere al malato di cancro il diritto di stare al mondo, da protagonista e non da vittima». In queste parole Francesco De Lorenzo riassume lo spirito che anima Favo, la Federazione delle associazioni di volontariato in oncologia, della quale è presidente. L'ex ministro della Sanità era presente ieri - assieme ai vertici delle principali realtà nella galassia della lotta al cancro - all'apertura dell'ottava Giornata nazionale del malato oncologico (Roma, 16-19 maggio).

Nonostante i continui progressi della medicina, che fanno registrare una riduzione significativa della mortalità complessiva per cancro - il calo è del 12% nei maschi e del 6% tra le femmine - all'orizzonte si stanno formando nuove nubi: i costi. La crisi economico-finanziaria che sta attraversando Stati Uniti ed Europa ricade anche sul mondo della sanità, che necessita di importanti risorse per poter assicurare cure sempre migliori per pazienti sempre più longevi. Risorse che ora sono minacciate. E se la politica è incapace di dare risposte al problema - almeno nell'immediato, sommersa da indicatori economici tremendi a 360 gradi -

ecco che tocca al mondo dell'associazionismo sanitario: concentrarsi per fronteggiare (anche) questa criticità.

Il Rapporto 2013 sulla condizione assistenziale dei malati oncologici affronta con particolare attenzione proprio il versante della sostenibilità economica. L'idea è quella - semplice ed efficace - di tracciare una rotta degli sprechi lungo la quale effettuare tagli mirati. Nulla ha effetti più negativi sull'esito dell'attività clinica, difatti, dei tagli indiscriminati (cosiddetti «lineari») che le istituzioni mettono in pratica per ottenere un risparmio ma senza applicare il filtro, che risulta invece decisivo, della più profonda conoscenza medico-scientifica.

Con mille diagnosi al giorno di tumori maligni, in Italia il cancro ha una ricaduta sociale profondissima. Basta pensare ai 4 milioni di persone (tra familiari e operatori) che si prendono cura dei degenti, o allo 0,6% di Pil (circa 8 miliardi di euro) che la malattia ci costa in termini di spesa sanitaria e perdita di produttività. È impensabile, in uno scenario del genere, non investire al meglio ogni singolo euro. Nel rapporto di Favo - grazie alla collaborazione di medici impegnati in prima linea - sono documentate alcune disfunzioni specifiche della no-

stra sanità. Un esempio chiaro è la presenza di strutture ospedaliere indiscutibilmente inadeguate. Le prestazioni erogate da questi presidi influiscono sulle condizioni cliniche - immediate e a distanza - in maniera statisticamente più sfavorevole e ciò implica maggiori costi. Ovvero: cure insufficienti comportano la necessità di ulteriori terapie, e i costi lievitano. Ma i soldi sono sempre di meno. Anche il livello d'esperienza di alcuni centri - in termini di casi trattati - non raggiunge la soglia minima per determinare l'efficacia dei trattamenti. In base ai criteri scientifici riconosciuti a livello internazionale, Favo e i medici che con essa collaborano hanno stabilito che rispetto ai 1.015 centri che si occupano di cancro del colon retto, solo 196 risultano adeguati; dei 906 specializzati nel cancro della mammella, solo 193; dei 702 del polmone solo 96 e dei 624 della prostata solo 118. Eppure i fondi, nazionali o europei che siano, vengono distribuiti a pioggia e nondimeno i tagli vengono applicati in modo generico. Significa che ci sono realtà inadeguate che percepiscono sovvenzioni e altre, più che qualificate, costrette a barcamenarsi con budget sempre più risicati.

Altro nodo cruciale è quello dei posti letto. «Il 30% dei malati

oncologici - rivela De Lorenzo - muore presso strutture ospedaliere destinate al contrasto di patologie acute anziché presso il proprio domicilio». Questo comporta un costo elevato, perché i letti di degenza ospedaliera (dove i pazienti terminali sono costretti a riparare in assenza di alternative a domicilio) sfruttano tecnologie estremamente sofisticate. Il diritto all'assistenza in abitazione o agli hospice sarebbe garantito dai Lea (Livelli essenziali di assistenza) sorretti anche con l'erogazione di fondi. Troppo spesso però, a fronte di un assegno staccato, non corrisponde l'apertura di un centro o l'erogazione di servizi.

Il primo passo è tentare di ridurre le disparità fra le diverse zone d'Italia: a fronte di 598 posti letto in hospice in Lombardia e 241 in Emilia Romagna (dati 2010) se ne censivano solo 20 in Campania e 7 in Calabria; mentre vi erano 27 strutture con servizio di radioterapia in Lombardia, 7 in Puglia e 3 in Calabria. Negli anni, De Lorenzo ha osservato il problema da vari punti di vista: «È come se in Italia non ci fosse un sistema sanitario nazionale, ma una serie di sistemi regionali». Lo Stato fa fatica a controllare e molte risorse vanno sprecate. Qualcuno ha individuato le falle e le sta indicando, adesso si tratta solo di metterci un tappo.



**INUMERI****CENTRI ADEGUATI**

La Favo (Federazione delle associazioni di volontariato in oncologia, di cui è presidente Francesco De Lorenzo, ex ministro della sanità) ha stabilito che rispetto ai 1.015 centri che si occupano di cancro del colon retto, solo 196 risultano adeguati; dei 906 specializzati nel cancro della mammella, solo 193; dei 702 del polmone solo 96 e dei 624 della prostata solo 118.

**DISPARITÀ IN ITALIA**

In Italia a fronte di 598 posti letto in hospice in Lombardia e 241 in Emilia Romagna (dati 2010) se ne censivano solo 20 in Campania e 7 in Calabria; mentre vi erano 27 strutture con servizio di radioterapia in Lombardia, 7 in Puglia e 3 in Calabria.



## Tumori: in Italia centri piccoli e poca assistenza territoriale

(ANSA) - ROMA, 16 MAG - In Italia troppi centri oncologici non raggiungono il numero minimo di pazienti per garantire la qualità delle cure. Lo afferma il 'Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici' della Favo, la federazione delle associazioni di volontariato, presentato oggi al Senato, che ha evidenziato carenze anche nel numero di hospice.

Un gruppo di lavoro ha individuato i parametri per stabilire i volumi minimi di attività per singola neoplasia, al di sotto dei quali le strutture chirurgiche non dovrebbero essere abilitate. Rispetto ai 1.015 centri che si occupano di cancro del colon retto, solo 196 risultano adeguati; dei 906 del tumore della mammella, solo 193; dei 702 del polmone solo 96 e dei 624 della prostata solo 118. "Esistono criticità" - spiega Stefano Cascinu, presidente Aiom - anche per alcune oncologie mediche, presenti in piccoli ospedali. Evidenze scientifiche dimostrano che strutture con bassi volumi di attività presentano statisticamente maggiori rischi per i malati. Queste criticità possono essere superate dalla costituzione delle reti oncologiche. Purtroppo, dopo tanti anni, solo poche Regioni si sono dotate di questi strumenti".

La ricetta individuata per migliorare le condizioni dei malati e allo stesso tempo risparmiare risorse passa per una maggiore assistenza territoriale, che però non è garantita ovunque: a fronte di 598 posti letto in hospice in Lombardia e 241 in Emilia Romagna, ad esempio, se ne registrano solo 20 in Campania e 7 in Calabria. "Il 30% dei pazienti con cancro muore in strutture ospedaliere destinate al contrasto di patologie acute, generando gravi sofferenze umane e familiari - afferma il presidente Favo Francesco De Lorenzo -. E' chiara l'inappropriatezza di questi ricoveri. Vanno poi considerati gli alti costi pro-die delle degenze in centri complessi e ad alto tasso tecnologico". (ANSA).

**PERDE IL LAVORO 1 DONNA SU 10 MALATA DI TUMORE AL SENO  
LORENZIN, TROPPE DIFFERENZE TRA REGIONI IN ACCESSO CURE**

(di Manuela Correr) (ANSA) - ROMA, 16 MAG - Se oggi il cancro puo' essere sconfitto in un numero sempre maggiore di casi, ed aumenta la sopravvivenza, resta pero' lo stigma sociale. Innanzitutto sul posto di lavoro. Una realta' che emerge da un dato preciso: in Italia, una donna su dieci colpita da tumore al seno finisce col perdere il proprio impiego.

La denuncia - alla vigilia della VIII Giornata nazionale del malato oncologico, che si celebra il 16 maggio - arriva da un'indagine Censis illustrata oggi dalla Federazione italiana delle associazioni di volontariato in oncologia (Favo), in occasione della presentazione del V Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici. Per le donne con un tumore al seno, dunque, tante sono le difficolta' lavorative: a seguito all'insorgenza della patologia, rileva l'indagine, e' stato infatti licenziato il 3,4% delle pazienti intervistate, mentre ad aver dovuto dare le dimissioni o cessare l'attivita' e' stato il 6,2%; oltre il 42% e' stato costretto a fare assenze associate alla patologia ed alla cura, il 16% ha dovuto mettere da parte propositi di carriera e quasi il 12% ha dovuto chiedere il part-time o altre modalita' di lavoro flessibile.

Ma le difficolta', piu' in generale, riguardano vari ambiti, come rileva il Rapporto Favo. Primo punto critico e' il fatto che in Italia troppi centri oncologici non raggiungono il numero minimo di pazienti per garantire la qualita' delle cure, ed e' ancora carente il numero di hospice. La ricetta individuata per migliorare le condizioni dei malati e al contempo risparmiare risorse, rileva il presidente dell'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom) Stefano Cascinu, passa dunque per una maggiore assistenza territoriale, che pero' non e' garantita ovunque: a fronte di 598 posti letto in hospice in Lombardia e 241 in Emilia Romagna, ad esempio, se ne registrano solo 20 in Campania e 7 in Calabria. Cosi', il "30% dei pazienti con cancro muore in strutture ospedaliere destinate al contrasto di patologie acute, generando gravi sofferenze - afferma il presidente Favo Francesco De Lorenzo - mentre e' allo stesso tempo chiara l'inappropriatezza di questi ricoveri". Ed ancora: se 8 centri oncologici su 10 garantiscono la terapia del dolore, solo la meta' delle strutture e' dotato di servizi per la riabilitazione. Drammatica poi, secondo il Rapporto, la situazione dell'assistenza domiciliare, con marcate differenze regionali, e la distribuzione dei centri di Radioterapia oncologica: dei 184 totali, 83 si trovano al Nord, 51 al Centro e 50 al Sud. Questioni sulle quali De Lorenzo ha annunciato un incontro con il ministro della Salute Beatrice Lorenzin, mentre il presidente di Farindustria Massimo Scaccabarozzi sottolinea la necessita' di velocizzare l'iter di approvazione dei farmaci.

La questione delle differenze sul territorio preoccupa anche il ministro che, in un messaggio, ha affermato come nel settore dell'oncologia "bisogna intervenire per valorizzare le eccellenze che vi sono e correggere le lacune strutturali alla base della differenza nell'accesso alle cure". Un riferimento, infine, al "ruolo importante svolto dalle associazioni di volontariato, quale supporto al Servizio Sanitario Nazionale - ha rilevato Lorenzin - nella diffusione delle informazioni, nell'educazione dei pazienti e nella gestione della patologia". (ANSA).

## TUMORI AL SENO, 10% PAZIENTI PERDE IL LAVORO PER MALATTIA

**Indagine della Favo**



*Tumori al seno, 10% pazienti perde il lavoro per malattia*

ROMA - Il 10% delle donne malate di tumore della mammella perde il lavoro, per licenziamento, dimissioni o altre cause, e molte altre hanno problemi professionali. Lo afferma un'indagine Censis presentata al Senato dalla Favo, la Federazione delle associazioni di volontariato, in occasione della giornata del malato oncologico.

Secondo i numeri dell'indagine in seguito all'insorgenza della patologia e' stato licenziato il 3,4% dei pazienti con tumore alla mammella intervistati, e ad aver dovuto dare le dimissioni, cessare l'attivita' commerciale, professionale o artigianale e' stato il 6,2%; oltre il 42% e' stato costretto a fare assenze associate alla patologia ed alla cura (32,1% tra gli altri malati), il 33,1% rileva che si e' ridotto il suo rendimento suo malgrado, il 16% circa ha dovuto mettere da parte propositi

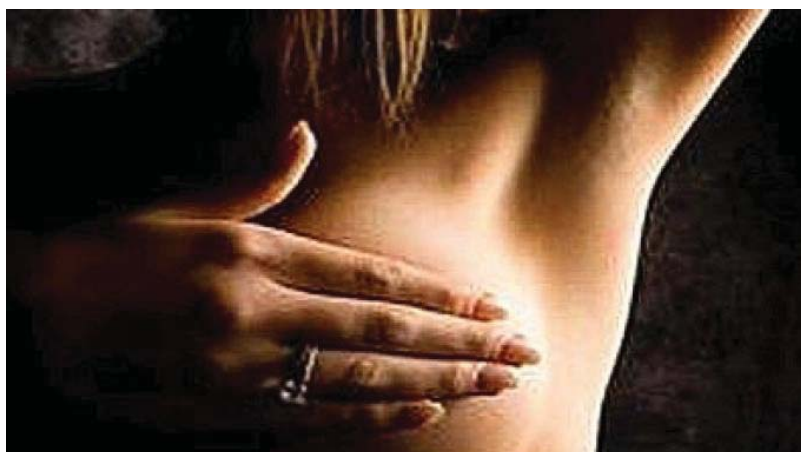
di carriera (il 6,2% tra gli altri) e quasi il 12% ha dovuto chiedere il part-time o altre modalita' di lavoro flessibile o di riduzione dell'orario (rispetto al 4,3% degli altri pazienti).

Sul fronte delle terapie per i pazienti con questo tumore i numeri sono nel complesso positivi: "Forte il rapporto con l'oncologo (l'83,6% dei pazienti ha un proprio oncologo di riferimento) - si legge nel rapporto - e buono il grado di informazione dei pazienti sui farmaci antitumorali con i quali e' stato curato o con cui viene attualmente curato (indicato dall'86,8%).

[http://www.ansa.it/salutebenessere/notizie/rubriche/salute/2013/05/16/Tumori-seno-10-pazienti-perde-lavoro-malattia\\_8713689.html?idPhoto=2](http://www.ansa.it/salutebenessere/notizie/rubriche/salute/2013/05/16/Tumori-seno-10-pazienti-perde-lavoro-malattia_8713689.html?idPhoto=2)

## TUMORI AL SENO: IL 10% DELLE DONNE MALATE HA PERSO IL LAVORO

Indagine Censis: 10% delle donne malate di tumore della mammella perde il lavoro, per licenziamento, dimissioni o altre cause, e molte altre hanno problemi professionali



Tumori: Onda, oncogenetica nuova frontiera prevenzione seno e ovaio

Roma, 16 maggio 2013 - **Il dato è davvero impressionante, incomprensibile:** 10% delle donne malate di tumore della mammella perde il lavoro, per licenziamento, dimissioni o altre cause, e molte altre hanno problemi professionali. Ad affermarlo è un'indagine Censis presentata oggi al Senato dalla Favo, la Federazione delle associazioni di volontariato, in occasione della giornata del malato oncologico.

In particolare, in seguito all'insorgenza della patologia il **3,4% delle pazienti con tumore alla mammella è stato licenziato** senza troppi complimenti, mentre il **6,2% dice di aver dovuto dare le dimissioni**, cessare l'attività commerciale, professionale o artigianale.

Oltre il **42% è stato costretto a fare assenze associate alla patologia ed alla cura** (32,1% tra gli altri malati), il 33,1% rileva che si è ridotto il suo rendimento suo malgrado, **il 16% circa ha dovuto mettere da parte propositi di carriera** (il 6,2% tra gli altri) e quasi il **12% ha dovuto chiedere il part-time** o altre modalità di lavoro flessibile o di riduzione

dell'orario (rispetto al 4,3% degli altri pazienti).

Sul fronte delle terapie per i pazienti con questo tumore i numeri sono nel complesso positivi: "Forte il rapporto con l'oncologo (l'83,6% dei pazienti ha un proprio oncologo di riferimento) - si legge nel rapporto - e buono il grado di informazione dei pazienti sui farmaci antitumorali con i quali è stato curato o con cui viene attualmente curato (indicato dall'86,8%).

<http://qn.quotidiano.net/cronaca/2013/05/16/889305-crisi-malattia-tumori-seno-10-per-cento-perde-lavoro.shtml>

## **Tumori infantili COMBATTILI CON UN CALCIO**

Dopo aver conquistato Stati Uniti, Canada e Israele, lo scorso anno è sbarcata anche a Roma, al Bambin Gesù, e oggi conta una cinquantina di iscritti in tutto il paese: è l'organizzazione no profit Kids Kicking Cancer (Kkc), che aiuta i bambini malati di cancro e con gravi patologie croniche insegnando loro tecniche e filosofia delle arti marziali. La rete italiana, che punta ad espandersi anche in altre strutture, conta per ora cinque ospedali: il Bambin Gesù e il Policlinico Umberto I a Roma, l'Ospedale Pediatrico Meyer a Firenze, il Policlinico San Matteo a Pavia e l'Ospedale Santa Chiara a Pisa. Qui, presso i reparti di onco-ematologia, gli istruttori dell'organizzazione insegnano ai piccoli pazienti ad allenare i muscoli e il cervello con le arti marziali per combattere lo stress della malattia e delle terapie. E ogni lezione comincia e finisce con un saluto di appena tre parole: power, per

avere la forza di affrontare la malattia, peace, perché più forti significa anche più tranquilli e purpose, perché la propria esperienza sia da aiuto ad altri bambini.

Anna Lisa Bonfranceschi





Il caso

Aspettando un regolamento nazionale sulla e-nicotina, città, Regioni ed enti procedono in ordine sparso. Così, quello che è lecito da una parte, diventa illegale qualche chilometro dopo. Con effetti spesso surreali

Vietata o no? La giungla della sigaretta elettronica

# Sigarette elettroniche

## Al ristorante sì, in aereo no la giungla dei divieti fai-da-te

VLADIMIRO POLCHI

«**D**IVIETO di svapare». Chi siede in un bar o in un ristorante della Toscana, tenga in tasca la sigaretta elettronica: il suo vapore qui non è più benvenuto. A Vicenza invece le "svapate" sono vietate solo nel palazzo comunale. È la giungla dei divieti fai-da-te: in attesa di una regolamentazione nazionale, ciascuno improvvisa la sua campagna proibizionista.

A PAGINA 41

VLADIMIRO POLCHI

«**D**ivieto di svapare». Chi siede in un bar o in un ristorante della Toscana, tenga in tasca la sigaretta elettronica: il suo vapore qui non è più benvenuto. A Vicenza invece le "svapate" sono vietate solo all'interno del palazzo comunale. È la giungla dei divieti fai-da-te: in attesa di una regolamentazione nazionale e di certezze sul piano sanitario, ciascuno improvvisa la sua personale campagna proibizionista. Sindaci, commercianti, aziende, scuole. Accade co-

vuto invertire la rotta per far scendere un passeggero colpevole di non volerspegnere la propria e-sigaretta.

El'Italia? Pare una coperta d'Arlecchino con tante pezze colorate quanti sono i divieti. Tra i più severi è il comune di Cantù, che con ordinanza ha proibito di fumare elettronico in tutti i locali e uffici pubblici o finalizzati a servizi pubblici. Anche nei negozi dunque, con il paradosso che neppure negli esercizi dove si vendono le sigarette elettroniche si possa fumare e provare così i vari aromi. Più tollerante il comune di Vicenza, che ha imposto il divieto solo dentro i locali del palazzo comunale. A San Benedetto del Tronto invece la "guerra" è limitata alle sigarette elettroniche con nicotina. In Toscana niente svapate in bar e ristoranti: l'indicazione arriva direttamente dalla Fipe-Confindustria. In Veneto la sigaretta elettronica è vietata all'interno di tutti i ristoranti: viene trattata come una bionda qualsiasi, in base alla legge antifumo. Le elettroniche hanno vita dura anche sulle carrozze Trenitalia, Italo, Trenord e sui voli Alitalia. Il loro vapore è vietato sulle crociere Costa all'interno di ristoranti e bar e nei tanti McDonald's.

In scala ridotta si muovono anche i singoli esercenti. Al cinema Hesperia di Castelfranco Veneto è stato recentemente appeso un cartello: «Si invita il gentile pubblico a non utilizzare in sala sigarette elettroniche al fine di consentire una regolare fruizione dello spettacolo cinematografico a tutti gli spettatori e prevenire eventuali spiacevoli contestazioni». Mentre il dirigente scolastico dell'istituto Einstein di Vimercate si è affidato a una circolare interna: «Divieto di svapare nei locali della scuola».

«Alcune ordinanze rappresentano degli eccessi — sostiene Massimiliano Mancini, presidente di ANaFe (Associazione nazionale fumo elettronico) — estendere alla sigaretta elettronica le norme previste dalla legge Sirchia sul fumo passivo, includendo persino i

negozi di e-cig che invece devono necessariamente far testare il prodotto, sta creando una giungla normativa, probabilmente spinta anche da qualche lobby molto presente sul territorio e interessata a bloccare la crescita di questo mercato. Tanto più che queste ordinanze tendenzialmente equiparano la sigaretta elettronica a quella tradizionale. Anche noi — aggiunge Mancini — chiediamo una regolamentazione, ma non si può pensare di estendere le varie norme esistenti contro il fumo alle sigarette elettroniche: limitare lo svapo in certi luoghi potrebbe avere un senso solo nel quadro di una regolamentazione ad hoc, necessaria in quanto la sigaretta elettronica non è fumo perché non uccide e non è un farmaco perché non cura. È un metodo alternativo al fumo e ciò che è sicuro è che fa meno male. E un sistema apposito, se proprio necessario, andrebbe pensato anche per la tassazione».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Stop da Trenitalia, Alitalia e Ntv, ma anche in Veneto e in Toscana. E molti Comuni proibiscono di "svapare" perfino nelle rivendite**

sì che ciò che è vietato da una parte, è invece consentito a pochi chilometri (o addirittura metri) di distanza.

Nel nostro Paese il mercato delle sigarette elettroniche cresce a vista d'occhio: nel 2012 il giro d'affari ha superato i 350 milioni di euro. A mancare però sono le regole, tranne una: il divieto di svapare nicotina per i minorenni, deciso dall'ex ministro della Salute, Renato Balduzzi. Oltreoceano invece ci vanno giù duri. Negli Usa il divieto è molto diffuso: nel febbraio 2012 un aereo della Continental Airlines, decollato da Portland, ha do-



## Sigaretta elettronica, chi la vieta



**TRENI**  
Trenitalia,  
Ntv e Trenord



**AEREI**  
Alitalia



**NAVI**  
Costa crociere,  
nei ristoranti  
e nei bar

Lomazzo,  
divieto per il municipio

Follina,  
divieto nei locali pubblici

Malo, enti pubblici  
e parchi giochi

Castelfranco Veneto,  
divieto nel cinema Hesperia

Vicenza,  
divieto per il municipio

Cantù, locali,  
uffici pubblici, negozi

Vimercate, istituto Einstein,  
divieto di utilizzo nei locali  
della scuola

In Veneto, i ristoranti

Castronno  
ambulatori  
e sale  
d'attesa

In Toscana, i bar e ristoranti  
su indicazione  
della Fipe-Confcommercio

Vallo della Lucania  
bar, ristoranti  
e locali di intrattenimento



### Il mercato

**1.500** negozi che vendono  
sigarette elettroniche

**4.000** gli addetti a produzione  
e vendita

**500 milioni di euro:**  
il volume d'affari  
in Europa



**2 milioni**  
il numero  
di utenti  
stimato

**300mila  
flaconi:**  
il consumo  
quotidiano  
di nicotina

### Chi la fuma

92%

è un fumatore  
tradizionale  
che vuole  
smettere

84%

ritiene che  
faccia meno  
male di quella  
classica



**Domande e risposte** L'obiettivo dei ricercatori è di creare cellule per riparare tessuti malati, ma la tecnica pone problemi etici

## DOVE SI ARRIVERÀ CON LA CLONAZIONE UMANA

Un gruppo di ricercatori americani dell'Oregon ha appena proposto, sulla rivista Cell, una nuova tecnica di clonazione.

### 1 In che cosa differisce da quella usata per Dolly nel 1996?

Le due tecniche sono un po' diverse. Per creare Dolly i ricercatori hanno «fuso» una cellula di ghiandola mammaria, con tutto il suo patrimonio genetico, con un ovocita privo, invece, del nucleo: il risultato fu una pecora «fotocopia» della donatrice di cellula mammaria.

In Oregon hanno utilizzato il metodo del trasferimento nucleare: hanno preso il nucleo di una cellula della pelle di un individuo e lo hanno trapiantato in una cellula uovo privata del suo Dna. Quest'ultima ha dato origine a staminali embrionali con le stesse caratteristiche genetiche di quelle dell'individuo di partenza. Si tratta della stessa tecnica che aveva già usato John Gurdon sulle rane nel 1962.

### 2 Qual è la novità del metodo americano?

La novità proposta da Shoukhrat Mitalipov, a capo dell'équipe di ricercatori, sta nell'utilizzo dei terreni dove le cellule sono coltivate: in questo caso sono stati usati fattori particolari, come la caffeina, capaci di rendere i cromosomi più stabili e di aumentare l'efficienza delle cellule prodotte.

### 3 Qual è l'obiettivo di questi esperimenti?

È quello di produrre cellule staminali pluripotenti, capaci di differenziarsi in quasi tutti i tipi di cellule dell'organismo, da utilizzare per riparare tessuti danneggiati da malattie (infarto, Parkinson, lesioni midollari, diabete e via dicendo). Il vantaggio è che queste staminali possono essere prelevate dal paziente stesso e ne hanno le stesse caratteristiche genetiche: una volta trapiantate, non subiscono cioè un rigetto da parte dell'organismo.

### 4 Ci sono altre strade per produrre cellule staminali capaci di dare origine a tutti i tessuti dell'organismo?

Esiste un altro metodo chiamato «riprogrammazione genetica»: è stato messo a punto da Shinya Yamanaka (Nobel insieme a Gordon nel 2012). Il ricercatore giapponese è partito da cellule cutanee adulte di topo e ha inserito nel loro nucleo quattro geni della staminalità: geni cioè capaci di ringiovanirle e di trasfor-

marle in staminali pluripotenti.

### 5 È possibile ottenere staminali per altre vie?

C'è una terza via, quella più controversa sul piano etico, che sfrutta gli embrioni stessi per ricavare cellule totipo-

tenti. A parte le questioni etiche, queste cellule, se utilizzate per riparare tessuti malati, subirebbero un rigetto da parte dell'organismo ricevente.

### 6 In passato si è parlato di false clonazioni. Che cosa è successo?

Nel dicembre del 2002, Rael, leader della setta dei Raeliani (un movimento che crede negli extraterrestri e nell'immortalità) aveva annunciato, insieme alla scienziata Brigitte Boisselier, la clonazione di una bambina, Eva. I giornali di tutto il mondo ne avevano parlato, ma la vicenda si è poi rivelata, come c'era da aspettarsi, una bufala.

### 7 Ci sono altri casi?

Un altro «falso» ha ingannato per un po' anche la comunità scientifica: il sud-coreano Hwang Woo-suk aveva pubblicato, su Science, nel 2004 e nel 2005 alcuni esperimenti di clonazione: in alcuni casi aveva utilizzato ovuli di donne e nuclei prelevati dalle loro stesse cellule, in altri aveva eseguito trasferimenti nucleari in cellule di malati. Alla fine si è scoperto che i dati erano stati falsificati, così i la-

vori sono stati ritirati dalla rivista e il ricercatore è stato condannato per frode. La falsificazione, però, non riguardava tanto gli esperimenti, che erano riusciti, ma le percentuali di successo che erano state esagerate dal ricercatore.

### 8 Qual è la differenza fra clonazione terapeutica e clonazione riproduttiva?

La prima ha lo scopo di produrre staminali da usare nella medicina rigenerativa: per riparare cioè organi e tessuti danneggiati dalle malattie. Con la clonazione riproduttiva si vuole, invece, fabbricare la copia di un essere vivente. Dopo Dolly sono state clonate, con la tecnica del trasferimento nucleare, molte altre specie di animali, fra cui conigli, mucche e gatti. Secondo alcuni, la nuova metodica, proposta dai ricercatori dell'Oregon, potrebbe essere così efficiente da rendere possibile la clonazione delle scimmie. Quella dell'uomo resta, comunque, molto lontana.

Adriana Bazzi  
abazzi@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## L'esperimento

I ricercatori dell'Oregon hanno messo a punto una nuova tecnica di clonazione

### 1 Il prelievo

Le cellule della pelle vengono estratte da un paziente



2

### La rimozione

Si prende una cellula uovo non fecondata da un donatore e il suo Dna viene rimosso



4

### Le staminali

Le cellule embrionali cominciano a dividersi e diventano staminali

5

### La trasformazione

Le cellule staminali vengono spostate in una piastra di Petri e trasformate nel tipo di cellula desiderata

6

### L'impianto

Le cellule appena prodotte in laboratorio vengono impiantate nel paziente



Fonte: Oregon Health and Science University EMANUELE LAMEDICA

## LA BUONA VITA / NEWS

### ALTRO CHE GENERICI: SICURI!

Scegliere i farmaci generici può lasciare ancora spazio a dubbi. Ma ora la Commissione europea ha ribadito la loro efficacia e la loro sicurezza, pubblicando un "passaporto europeo" che dà via libera ai biosimilari. Il testo è il risultato del lavoro dello *Steering group on transparency and ethics* che, oltre a sottolineare che i biosimilari devono dimostrare qualità, sicurezza ed efficacia pari agli originali, con identici controlli, ha riconosciuto a questi farmaci il ruolo fondamentale nell'allargare la platea dei pazienti che possono accedere a queste cure, finora limitata dalle compatibilità economiche dei servizi sanitari. «Un'argomentazione forte a sostegno di qualità, sicurezza e efficacia di questi medicinali», commenta Michele Uda, direttore generale di AssoGenerici.

Veronica Mazza



## Ricerca e università

# Eppure siamo bravi

L'Università è un pozzo senza fondo, spendiamo troppo: diceva il ministro Maria Stella Gelmini e tuonano schiere di commentatori fustigatori degli sprechi nazionali. Però, non è vero: siamo al trentunesimo posto su 36 paesi Ocse, e investiamo nell'istruzione superiore il 65 per cento della media dei paesi sviluppati. E poi, continuano gli opinionisti, abbiamo troppi laureati. No, neanche questo è vero: siamo al terzultimo posto secondo il rapporto Ocse. Come non è vero che spendiamo troppo per ogni studente: siamo gli ultimi in Europa e sedicesimi nel mondo industrializzato. E non è vero che la nostra ricerca scientifica è in declino: settimi nel mondo per numero di citazioni (il parametro internazionale usato per misurare la qualità della ricerca scientifica).

È con questi dati, secchi, che il rettore dell'Università di Pisa Mario Augello ha aperto il Dialogo de L'Espresso dedicato alla scienza e tenuto nella città di Galileo giovedì 8 maggio, introdotto dal direttore Bruno Manfellotto e dal rettore stesso, al quale hanno partecipato Margherita Hack (in teleconferenza da Trieste), lo scienziato che ha coordinato uno dei due esperimenti che al

Cern di Ginevra hanno osservato il bosone di Higgs, Guido Tonelli, Piergiorgio Odifreddi e il patron di Tiscali Renato Soru.

Insomma, il rettore ha spiegato numeri alla mano che siamo bravi, nonostante tutto. Nonostante, come ha sottolineato l'astrofisica Margherita Hack: «I nostri dottori di ricerca non hanno prospettive perché non si fanno più concorsi. I giovani scienziati vagolano nel vuoto per anni. E sono molto scoraggiati».

Dall'incontro è emerso chiaramente che a contare in Italia è la materia umana, la cultura scientifica forte in molte nostre università; che produce risultati nonostante il Paese sembri non credere ai suoi scienziati e certamente non crede che le imprese hi-tech possano ridare fiato alla nostra economia. Eppure, ha sottolineato Soru, «Tiscali in Sardegna ha creato posti di lavoro veri, fissi e non stagionali. Non cococo per due mesi, finché c'è il sole, a portare in spiaggia la gente». Perché dalla ricerca scientifica nasce, ovunque nel mondo, progresso industriale. E Tonelli ha raccontato come l'immensa impresa del Cern abbia dato fiato a giovani ingegneri chiamati a risolvere problemi tecnologici molto raffinati per costruire le grandi macchine che hanno osservato il mitico bosone, ma che poi questi ingegneri hanno la possibilità di tradurre in start up le loro conoscenze, e creare impresa.

Tanti gli italiani a Ginevra, e non è casuale che i due coordinatori dell'esperimento più famoso del secolo siano proprio Tonelli e Fabiola Giannotti. Come italiano era Rubbia, Nobel al Cern. Già, perché, come ha sottolineato Piergiorgio Odifreddi, «tutti i premi Nobel italiani, da Salvador Luria a Rita Levi Montalcini a Carlo Rubbia o Riccardo Giacconi sono italiani. Premiati però per ricerche svolte all'estero». Perché a forza di non credere nei nostri talenti, conclude Manfellotto, «li regaliamo ad altri paesi. Che sanno sfruttarli».

**Daniela Minerva**

UNA RICERCATRICE DELLA SCUOLA SANT'ANNA DI PISA



**Il caso / 1.** Le multinazionali si affidano ai siti produttivi italiani

# Più commesse per i farmaci

**Andrea Biondi**  
MILANO

«Qualche multinazionale ha potenziato il proprio presidio produttivo nel nostro Paese. E questo è un dato significativo per spiegare l'aumento delle vendite oltreconfine».

Massimo Scaccabarozzi, presidente di Farminindustria, porta anche un esempio che lo riguarda da vicino, visto che il polo di Latina della Janssen, del gruppo Johnson & Johnson, di cui è amministratore delegato, «in due anni ha triplicato la produzione in Italia, con lo spostamento di alcune lavorazioni dagli Stati Uniti».

Tecnologia, ricerca e sviluppo, una lunga tradizione e manodopera qualificata: c'è tutto que-

sto dietro le scelte delle multinazionali che puntano sui siti italiani. Da qui la crescita delle vendite sui mercati mondiali, di cui i dati Istat sono la cartina di tornasole.

Il primo trimestre si è chiuso con una crescita annua del 16,5%; il solo mese di marzo ha segnato un +18,9 per cento. Anche limitando il campo di osservazione al mercato Ue, la vera croce dell'export italiano, il primo tri-

## I NUMERI

Esportazioni complessive in aumento del 16,5% con vendite in crescita del 22,9 per cento anche sul mercato Ue

mestre ha chiuso con un incremento del 22,9 per cento.

«L'export - aggiunge Scaccabarozzi - è la prova dell'importanza della farmaceutica, che si è riverberata anche su tutto un indotto che si è sviluppato. Penso ad esempio alle macchine per il packaging». Dall'altra parte c'è il dramma del mercato interno, «con quattro miliardi e mezzo di crediti dalla Pa, a fronte di 12 miliardi di spesa farmaceutica derivante dal pubblico». Un quadro peggiorato «dalle scelte che ci penalizzano, come i tagli della spesa farmaceutica. Decisioni prese senza pensare al peso di un settore che dà lavoro a 130mila addetti, compreso l'indotto».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**L'adempimento.** Entro il 30 giugno

# Alle Asl i dati sulle cartelle sanitarie aziendali

Entrano in vigore le nuove procedure per le comunicazioni che il medico competente deve effettuare nei rapporti con il **Servizio sanitario nazionale**. Le novità introdotte riguardano le modifiche apportate agli allegati 3 e 3B e le modalità di trasmissione delle informazioni di cui all'articolo 40, comma 1 del Dlgs 81/2008 (Testo unico sulla salute e sicurezza nei luoghi di lavoro), da parte del **medico competente**.

Prima con il decreto interministeriale del 9 luglio 2012, e ora con la nota informativa, re-

sa nota ieri dai ministeri della Salute e del Lavoro, d'intesa con il Gruppo interregionale di coordinamento delle Regioni e delle province autonome, l'Inail, e in collaborazione la Società italiana di medicina del lavoro e igiene industriale e l'Associazione nazionale medici d'azienda, è stata prevista una fase di sperimentazione relativa alla raccolta e trasmissione delle informazioni relative ai dati aggregati sanitari e di rischio dei lavoratori. Nello stesso tempo è stato previsto che venga «sospesa la sanzione di cui all'articolo 58, comma 1, lettera e) del Testo uni-

co, (sanzione amministrativa da mille a 4mila euro, nel caso di omessa o ritardata trasmissione della comunicazione di cui sopra. Il decreto interministeriale, pubblicato sulla «Gazzetta Ufficiale» del 26 luglio 2012 ed entrato in vigore il 26 agosto 2012, ha fissato la fase di sperimentazione di 12 mesi a decorrere dall'entrata in vigore. L'obbligo di redazione e trasmissione di tali informazioni, per i dati riguardanti l'anno 2012, è stato fissato nel 30 giugno 2013.

In questa prospettiva l'Inail ha predisposto un applicativo web strutturato in maniera da

rendere le operazioni di inserimento dei dati previsti dall'allegato II del decreto ministeriale del 9 luglio 2012, e la loro trasmissione, il più possibile semplificata e standardizzata, anche attraverso l'automatizzazione di diversi campi di inserimento.

Il sistema operativo sarà accessibile dai medici competenti a partire dal 22 maggio 2013 sul sito [www.inail.it](http://www.inail.it) per la fase preliminare di registrazione. A partire dal 31 maggio 2013 il medico competente potrà inserire e trasmettere i dati relativi al 2012.

**L. Cai.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## MORATORIA ALLE PENALITÀ

Il medico competente dovrà per la prima volta trasmettere le informazioni. Sospesa l'applicazione delle sanzioni per chi ritarda

