quotidianosanità.it

Lunedì 10 OTTOBRE 2016

Influenza. Ricciardi (Iss): “Ci sono tutte le premesse perché quest’anno sia più aggressiva”

Il presidente dell’Iss conferma l'importanza della vaccinazione anche perché “dai dati che ci arrivano, quest’anno ci sono state due mutazioni che rendono i virus influenzali più aggressivi”. E poi sul ritorno alle vaccinazioni obbligatorie che alcune Regioni stanno reintroducendo: “la strategia migliore sarebbe quella di un’adesione volontaria e consapevole il punto è che oggi con il calo che abbiamo avuto non ce lo possiamo più permettere”.

Dopo l’alert lanciato gli scorsi giorni dai medici di famiglia sulla possibilità che l’influenza quest’anno sia più aggressiva abbiamo chiesto un parere al presidente dell’Istituto Superiore di Sanità **Walter Ricciardi**.

Presidente, negli scorsi giorni i medici di famiglia hanno denunciato che la prossima stagione influenzale sarà più aggressiva. Ma sarà proprio così?
Le devo dire che effettivamente ci sono tutte le premesse perché ciò sia vero. I casi sono ancora sporadici e tra poco inizieremo il monitoraggio vero e proprio ma dai dati che ci arrivano quest’anno ci sono state due mutazioni che rendono i virus influenzali più aggressivi.

C’è la possibilità che l’influenza arrivi in anticipo?
Al momento non lo possiamo dire, l’anno scorso per esempio ha fatto molto caldo e il picco è stato raggiunto in febbraio. Dobbiamo ancora vedere. Certo l’ho già detto altre volte ma lo ribadisco: con i virus non si scherza.

Non si scherza, ma le coperture vaccinali, non solo per l’influenza sono al palo…
Due anni fa abbiamo registrato il picco più basso nell’incidenza vaccinale, l’anno scorso è aumentata un po’ ma questo non basta. Dopo il caso Fluad l’incidenza è pericolosamente scesa.

E infatti alcune Regioni hanno iniziato a reinserire gli obblighi, penso all’Emilia e alla Toscana per l’iscrizione dei bambini all’asilo, ma anche il Veneto in cui si sta pensando di reintrodurre l’obbligo su polio, difterite ed Epatite B.
Premesso che la strategia migliore sarebbe quella di un’adesione volontaria e consapevole il punto è che oggi, con Regioni dove c’è stato un calo brusco dell’incidenza vaccinale, non ce lo possiamo più permettere. Quindi ben venga l’obbligo e credo che presto anche altre Regioni adotteranno provvedimenti analoghi.

Aifa ha recentemente pubblicato la lista dei vaccini autorizzati per la prossima stagione influenzale. Saranno efficaci?
In questo momento è il meglio che abbiamo per combattere i virus

Si discute molto anche dell’ipotesi di inserire i vaccini quadrivalenti perché più efficaci, il problema è che costano. Che ne pensa?
Nel Piano vaccini c’è scritto il principio che andrebbe data massima copertura. C’è un problema di costi, ma pensi quanto si potrebbe risparmiare avendo una popolazione immunizzata.

E sono proprio i costi che hanno frenato il Piano vaccini che dopo l’approvazione dei Lea dovrà nuovamente tornare in Stato-Regioni. Staremo un altro anno fermi o pensa che quest’anno possa essere quello buono per l’approvazione?
Me lo auguro, tutto quello che si poteva fare a livello scientifico è stato fatto. Il problema è questa governance della sanità e fino a che non cambierà la Costituzione dobbiamo affidarci al senso di responsabilità di ogni Regione.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2016: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

11-OTT-2016
da pag. 2
foglio 1 / 3
www.datastampa.it

Pronto soccorso mordi e fuggi

Da Tdm e Simeu il report sull'emergenza-urgenza.

GOBBI A PAG. 2-3

Indagine Tdm-Cittadinanzattiva su organizzazione e servizi di Pronto soccorso e Dea

Tutti i «buchi» dell'emergenza

I gap: tempi d'attesa per il ricovero, Obi e cura del dolore - Territorio assente

Oltre due giorni d'attesa nel 38% dei Dipartimenti di emergenza e accettazione di II livello (i più complessi) e nel 20% dei Pronto soccorso, per ottenere un posto letto in reparto. Fino a 7 giorni (168 ore) in Osservazione breve intensiva (Obi), la più grande innovazione organizzativa degli ultimi anni nelle strutture d'emergenza, necessaria per stabilizzare e gestire i flussi di pazienti ma ancora presente solo per l'80% delle strutture monitorate al Nord e circa il 70% al Sud. Ancora: poca sensibilità al tema del dolore, con appena il 60% dei Pronto soccorso del campione (circa 100 su 660 totali in Italia) che dimostra oggi una reale attenzione, con procedure standardizzate oppure addirittura con adozione di linee guida. Pochi spazi di attesa attrezzati per i bambini: sono a zero nei Pronto soccorso "semplici", arrivano appena al 36% nei Dea di I livello e scendono di nuovo al 29% nei Dea di II livello. Ancora: bagni per lo più in comune per uomini e donne, barriere architettoniche insormontabili per gli ipovedenti e - in una struttura su quattro - materiale informativo assente sulle prestazioni soggette a pagamento dei ticket e sulle relative modalità di accesso.

Il Pronto soccorso made in Italy è lo specchio della sanità pubblica italiana. I pazienti giudicano nel complesso "buona" l'assistenza sanitaria ricevuta, ma restano grossi buchi sia dal punto di vista organizzativo che da quello dell'accoglienza. È quanto emerge dal rapporto "Lo stato di salute dei Pronto soccorso italiani", presentato giovedì scorso all'Ospedale San Giovanni Addolorata dopo un'indagine condotta "a quattro mani" dal Tribunale per i diritti del malato di Cittadinanzattiva e dalla Società italiana della medicina di emergenza-urgenza (Simeu). La rilevazione è stata svolta tra il 16 maggio e il 30 novembre 2015: attivisti di Cittadinanzattiva, referenti Simeu, pazienti e familiari, hanno contribuito su tutto il territorio nazionale a "fotografare" la situazione dei Pronto soccorso, grazie a un questionario rivolto a familiari e pazienti, diviso in due schede, una griglia di osservazione civica elaborata da Tdm, l'altra tecnica predisposta da Simeu. Le domande erano centrate sull'organizzazione dei Dipartimenti di emergenza-urgenza, sulla presenza di servizi e di procedure formalizzate che mettano il cittadino al centro del sistema per una sempre più efficace umanizzazione delle cure.

Il focus a 360° ha riguardato tutti gli ambiti con cui un cittadino si confronta nel suo approccio all'emergenza: dall'attenzione alla privacy, alle procedure di comunicazione tra struttura sanitaria, operatori e familiari, al sollievo con generi di conforto. Fino alla eventuale predisposizione di percorsi dedicati per le persone fragili o di spazi dignitosi dedicati al "fine vita". Altra nota dolente: gli ambienti per malati terminali sono ancora fermi al 13% nei Ps, al 36% nei Dea di I livello e al 45% nei Dea di II livello. Un gap drammatico, venuto alla ribalta nei giorni scorsi con il caso del paziente deceduto all'ospedale San Camillo-Forlanini di Roma «dopo 56 ore, passate interamente in pronto soccorso, nonostante fosse malato oncologico terminale, nella sala dei codici bianchi e verdi, ovvero i casi meno gravi», come ha denunciato il figlio in una lettera alla ministra della Salute Beatrice Lorenzin che ha inviato una task force per verificare la situazione.

Su questo aspetto, come su molti altri emersi dal Rapporto, bisognerà lavorare intensamente, anche dal punto di vista della formazione e del coinvolgimento attivo dei pazienti. «È di fondamentale importanza - ha dichiarato **Maria Pia Ruggieri**, presidente Simeu - che medici, infermieri e pazienti con i loro familiari si sentano dalla stessa parte nella tutela e nella promozione dei servizi del servizio sanitario nazionale a partire proprio dall'emergenza, per il rafforzamento di una responsabilità collettiva verso il bene pubblico e di un forte senso di cittadinanza comune: questo è il significato ultimo del monitoraggio e della Carta dei diritti che abbiamo condiviso con il Tdm». Mentre il coordinatore nazionale del Tdm-Cittadinanzattiva **Tonino Aceti** ricorda che «il Pronto soccorso rappresenta per i cittadini un punto di riferimento irrinunciabile e nel quale nutrono fiducia. È necessario però investirci e migliorarlo per renderlo più accessibile e umano. Si inizi adottando in tutte le strutture la Carta dei Diritti al Pronto soccorso e rispettando le leggi: va garantita in tutti i Ps l'attivazione di letti di Osservazione breve intensiva previsti dal Decreto 70 del 2015 sugli standard ospedalieri, ancora oggi non disponibili in tutti gli ospedali. C'è bisogno di una migliore e più trasparente gestione dei posti letto per evitare affollamenti, il sovraccarico del personale e garantire la dignità delle persone. È grave infatti che solo il 45% dei Dea I livello abbia conoscenza in tempo reale dei posti letto disponibili nei reparti di tutta la struttura. Chiediamo che la presenza del familiare sia un diritto e non un favore da chiedere di volta in volta. E si lavori ancora sui fondamentali che oggi scontati non sono: sapone, carta igienica, bagni separati e per le persone con disabilità, barriere sensoriali, informazione al paziente e ai suoi familiari, rispetto della riservatezza e della privacy, attenzione al dolore e alla sofferenza».

Infine, un richiamo alle responsabilità del territorio sulla cui riorganizzazione, come ha ricordato il coordinatore degli assessori alla Sanità **Antonino Saitta**, «stiamo conoscendo una battuta d'arresto malgrado il riordino basato su Aft e Uccp previsto nel Patto per la salute del luglio 2014. Colpa, anche, di un federalismo "anarchico" e spesso mal interpretato. Dove le Regioni, come in Piemonte, si sono attivate con la piena applicazione del Dm 70 e con l'avvio delle Uccp, i pazienti al territorio si rivolgono. Gli ospedali possono tornare così alla loro funzione: farsi carico delle acuzie».

«Siamo stupiti - ha chiosato infine Aceti - che la ministra Lorenzin in seguito alla vicenda del San Camillo abbia inviato gli ispettori solo nella struttura ospedaliera, che pure ha delle re-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2016: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

11-OTT-2016
da pag. 2
foglio 2 / 3
www.datastampa.it

sponsabilità, e non invece sul territorio, dal momento che proprio la medicina territoriale, a partire dall'assistenza domiciliare, è risultata del tutto assente. Il punto è che un malato oncologico terminale in pronto soccorso non dovrebbe arrivarci proprio poiché dovrebbe essere preso in carico dall'assistenza domiciliare e dai servizi sul territorio. Il grande problema - ha concluso Aceti - è che c'è un'enorme inadeguatezza organizzativa e di gestioni dei servizi». Affermazione confermata dai dati emersi dal report: un cittadino su 4 viene inviato in Pronto soccorso dal medico di medicina generale (il 26% nei Ps, il 23% nei Dea di I livello, il 25% nei Dea di II livello) e nel 10% dei casi vi torna perché nel momento del bisogno il suo dottore di famiglia non era reperibile.

Barbara Gobbi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Informazioni agli utenti

	Ps	Dea I livello	Dea II livello
Il triage è ben segnalato	67%	87%	97%
Presenza di segnaletica al triage per il rispetto della distanza di cortesia	47%	57%	58%
Presenza di un display di "chiamata" per i pazienti tramite numero o altra modalità (che rispetti la privacy)	20%	43%	39%
Presenza di monitor che indica i tempi di attesa divisi per codici di priorità	33%	47%	42%
Presenza nel sito web aziendale dei tempi di attesa per codice di triage	33%	38%	39%
Presenza di materiale illustrativo del sistema triage in Ps	53%	66%	74%
Informazioni sul triage in diverse lingue nella sala d'attesa del Ps	33%	40%	39%
Informazioni su prestazioni soggette a ticket e modalità di accesso	53%	57%	65%

Classificazione delle strutture di Emergenza Urgenza monitorate

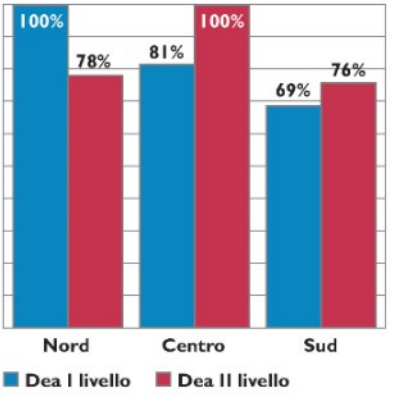
	Italia	Nord	Centro	Sud
Pronto soccorso	15	1	1	13
Dea I livello	47	13	21	13
Dea II livello	31	9	5	17
Totale	93	23	27	43

Fonte tabelle e grafici: Cittadinanzattiva/Tribunale per i diritti del malato - Simeu, 2016

Presenza Obi - Italia

60%	83%	81%
Pronto soccorso	Dea I livello	Dea II livello

Presenza Obi - Nord, Centro, Sud



Funzione di bed management

	Ps	Dea I ivello	Dea II livello
È prevista	13%	28%	48%
Se sì, questa funzione è in carico:			
• alla Direzione sanitaria	0%	70%	60%
• al personale di Ps	0%	15%	20%
• altro	100%	15%	20%

Attenzione al dolore

	Ps	Dea I livello	Dea II livello
È prevista una specifica procedura di valutazione del dolore durante il triage	60%	72%	74%
È prevista una specifica procedura di rivalutazione del dolore in tutto il percorso	60%	66%	61%
Sono state formalizzate linee guida per la gestione del dolore in Ps	47%	66%	61%

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2016: 348.035
Diffusione 08/2016: 229.466
Lettori Ed. II 2016: 1.965.000
Quotidiano - Ed. nazionale

NAZIONE - Carlino - GIORNO

Dir. Resp.: Andrea Cangini

11-OTT-2016
da pag. 12
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Migliora lo stile alimentare

Gli italiani sovrappeso si pentono «Uno su due fa la dieta»

Servizi ■ Alle pagine 12 e 13

Italiani sovrappeso, popolo di pentiti «Uno su due si è messo a dieta»

Indagine della Coldiretti. Ma gli obesi sono ancora sei milioni

LA SPESA
«Pesce, olio di oliva, ortaggi Nel 2015 è stato un boom di acquisti di alimenti sani»

Nessuna punizione

La dieta non deve mai essere triste o punitiva, tipo fettina e spinaci lessi: il cibo è anche gioia

Sabrina Pignedoli
■ ROMA

IL 60% DEGLI ITALIANI ha problemi di peso: ci sono circa sei milioni di obesi e 21 milioni di persone in sovrappeso, calcolando solo i maggiorenni. Sono i dati preoccupanti che emergono dall'indagine Coldiretti/Ixè resa pubblica in occasione dell'Obesity Day. E la tendenza è alla crescita: dal 2001 al 2014 la percentuale di quanti si ritrovano con i chili di troppo è salita del 3%. Altro dato emerso dallo studio, il 49% degli italiani dichiara di essere a dieta, in buona parte perché vuole dimagrire, ma esiste anche una fetta consistente, circa il 14% di persone, che hanno deciso di cambiare regime alimentare per problemi di salute o allergie (come per esempio la celiachia). Le principali cause di sovrappeso non sono dovute, come comunemente si pensa, al fatto che si mangia troppo. C'è anche questo, ma i veri problemi sono la mancanza di attività fisica e una alimentazione scorretta. A questo si aggiungono anche ragioni ormonali, disfunzioni e fattori genetici che vanno tenuti costantemente monitorati. Non va dimenticato che un peso eccessivo può avere gravi conseguenze per la nostra salute, soprattutto per quanto riguarda il sistema cardiovascolare e circolatorio: diabete, ipertensione arteriosa, con aumento del rischio di infarto e ictus.

«L'OBESITÀ è una malattia cronica multifattoriale in continuo aumento e sta diventando un vero e proprio problema di salute pubblica», spiega Michela Barichella, responsabile della Dietetica e nutrizione clinica dell'isituto Pini-Cto di Milano. In molti casi, precisa la nutrizionista, «è sufficiente una riduzione del 10% del proprio peso per ridurre fattori di rischio cardiovascolare, e fare movimento per almeno trenta minuti al giorno è importante quanto una corretta alimentazione».
L'obesità, come emerso anche nel rapporto Rapporto Osservasalute, presentato nei giorni scorsi, riguarda prevalentemente gli uomini, soprattutto coloro che hanno difficoltà economiche o una bassa istruzione, e che per un motivo o per l'altro non possono permettersi una dieta sana e variegata. Nelle regioni del Sud, spiega l'indagine di Coldiretti, c'è una maggior concentrazione di grassi, con in testa il Molise dove gli oversize raggiungono la vetta del 64,8%, seguito dalla Campania con il 61,6% e dalla Sicilia con il 60,6% .

Anche per quanto riguarda le donne, le percentuali maggiori di sovrappeso sono nel Mezzogiorno, a partire dalla Basilicata dove hanno problemi di taglia il 46,5% delle donne, seguita dalla Puglia con il 44,1% e dalla Campania. Secondo il rapporto, invece, i cittadini più in forma sono in Trentino-Alto Adige e in Valle d'Aosta.

MA IL PROBLEMA non riguarda solo gli adulti. Secondo il Rapporto Osservasalute, nel 2014 due bambini su dieci nella fascia di età tra gli otto e i nove anni erano in sovrappeso, uno su dieci era obeso. Un dato che cresce anche a livello mondiale, dove il fenomeno dei bambini oversize è ormai preoccupante. Ma per quanto riguarda l'Italia ci sono anche segnali positivi. Secondo i dati Coldiretti sui consumi, nel 2015 c'è stato un aumento degli acquisti di cibi sani, a partire dal pesce che ha avuto un incremento del 5%, poi l'olio di oliva con un +19%. Sale anche il consumo di frutta (5%) e di ortaggi freschi (3%).

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2016: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

11-OTT-2016
da pag. 13
foglio 1
www.datastampa.it

INTESA FIMMG-FIAMS SULLA FORMAZIONE

Il medico di famiglia si occuperà di sessualità

Sarà estesa anche ai medici di base la formazione sulle patologie e i disturbi sessuali, formazione che invece oggi copre circa 30mila medici l'anno. Così il medico di famiglia si trasformerà in "dottore della sessualità".

Lo prevede l'accordo siglato dalla Federazione italiana dei medici di medicina generale (Fimmg) e la società scientifica che si occupa delle patologie sessuali (Fiams) durante il congresso nazionale Fimmg di Chia Laguna (Cagliari) che si è svolto nei giorni scorsi. Proprio dal Congresso i medici hanno richiamato l'attenzione: «Attenzione alla disfunzione erettile, può anticipare ictus e infarti». Questo, spiegano, «per via delle caratteristiche anatomiche delle arterie che irrorano il membro, che sono di minori dimensioni rispetto a quelle cardiache e cerebrali e che proprio per questo possono manifestare con anni di anticipo problemi rispetto a quelle di organi vitali come cuore e cervello». Un campanello d'allarme che dopo una prima anamnesi per capire come e quando la disfunzione si manifesta, consiglia analisi e accertamenti su altri distretti cardiovascolari, che spesso hanno permesso di prevenire eventi ben più pericolosi. In Italia, sono 16 milioni le persone che vivono non serenamente la propria vita sessuale. In 4 milioni per via dell'eiaculazione precoce, ai quali si sommano 3 milioni di maschi per la disfunzione erettile e 4 milioni e mezzo di donne che soffrono di anorgasmia, cioè non raggiungono l'orgasmo.

Red.San.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2016: 122.069
Diffusione 08/2016: 89.323
Lettori Ed. II 2016: 304.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

11-OTT-2016
da pag. 9
foglio 1 / 4
www.datastampa.it

INCHIESTA / DIECI PROGETTI PER IL RILANCIO TECNOLOGICO ITALIANO

Dare cittadinanza all'innovazione

PRIMOPIANO ALLE PAGINE 8 E 9

Ricerca, brevetti e innovazione L'Italia in rimonta sull'Europa

High-tech e sviluppo anche al Sud, ma il gap resta forte

Dieci idee per riaccendere l'Italia. Per una crescita all'insegna della sostenibilità e dell'alto tasso di innovazione. Idee italiane di imprenditori o giovani ricercatori che cercano di smentire anche i numeri di un Paese tuttora non in grado di investire quanto gli altri Paesi avanzati nel proprio futuro. Iniziamo a presentarne due, oggi, di queste idee innovative, per arrivare a raccontarne in tutto dieci in alcuni dei settori più promettenti dell'economia dell'innovazione. Si va dalla meccatronica al biotech, dalla ricerca sui nuovi materiali alla sostenibilità energetica. E in molti casi, la capacità d'innovazione è legata anche al genio estetico del made in Italy.

L'attività innovativa e commerciale italiana è all'avanguardia in tre macrosettori: chimica, elettronica e meccanica. Nell'ultimo siamo al top anche per le registrazioni

MASSIMO IONDINI
MILANO

Agli italiani l'inventiva non è mai mancata. La fiducia in se stessi e in chi li governa invece sì. Un'altra cosa che non è mai mancata agli italiani è l'eccessivo carico fiscale. E una certa capacità organizzativa invece sì. Potrebbe essere anche il poco opinabile quadro sullo stato dell'innovazione tecnologica nel nostro Paese, tra investimenti insufficienti e fughe di cervelli, anche se poi qualche volta qualcuno ritorna. Un quadro in chiaroscuro, tra cronici e annosi ritardi e improvvise impennate di orgoglio e inaspettata efficienza. Con eccellenze sparse un po' qua e là sul territorio, a macchia di leopardo, ma sullo sfondo una strutturale incapacità di fare sistema, a partire dalla sconnessione del mondo del lavoro e imprenditoriale da quello della scuola, università in testa. Su tutto ciò, la persistenza di uno storico gap con l'Europa del Nord. Una distanza che però si sta via via riducendo, nonostante il Belpaese resti molto al di sotto della media europea e ancora lontano dagli obiettivi di Europa 2020. Stando all'ultimo Rapporto Bes 2015, la spesa totale in ricerca e sviluppo ammontava nel 2013 a circa 21 miliardi di euro (+1,1% rispetto all'anno precedente), ma tuttavia l'investimento in R&S è ancora lontano dal target nazionale dell'1,5% di Europa 2020, con un gap di 0,7 punti percentuali rispetto alla media Ue, pari al 2%. In aumento anche la spesa privata in R&S (12,1 miliardi, +3,4%) che sale dal 57,1 al 57,7% sul totale, ma solo un quarto delle imprese investe nei nuovi prodotti, soprattutto tra le industrie di grandi dimensioni.

Un fronte ancora piuttosto problematico in Italia è soprattutto l'insufficiente interazione tra università e mondo imprenditoriale. Anche se proprio ieri è cominciata a Napoli l'esperienza dei primi cento cervelloni della Apple Academy nel nuovo polo universitario tecnologico, dove i duecento ragazzi che hanno superato i test verranno cresciu-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2016: 122.069
Diffusione 08/2016: 89.323
Lettori Ed. II 2016: 304.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

11-OTT-2016
da pag. 9
foglio 2 / 4
www.datastampa.it

ti a pane e algoritmi per diventare esperti di informatica grazie alla Ios Developer Academy, la prima scuola europea per sviluppatori di app sorta dalla partnership tra il colosso di Cupertino e l'Università Federico II. Un segnale positivo e incoraggiante, soprattutto per una regione che sconta ritardi strutturali in molti altri ambiti sociali. La Campania nell'high-tech si posiziona così a livello delle regioni del Centro-Nord al pari di Veneto e Toscana e ben sopra il Friuli-Venezia Giulia. Certo, a livello nazionale a fare la parte del leone c'è la solita Lombardia, l'unica regione italiana fra le top 20 europee. Posizione che non consente però all'Italia di collocarsi al di sopra del misero ventesimo posto nella classifica degli occupati nei settori ad alta tecnologia, dove siamo seguiti soltanto da Grecia, Portogallo e dai Paesi dell'Europa orientale.

Un'altra nota dolente è quella dei brevetti, un chiaro indicatore di capacità innovativa. I dati forniti dall'European Patent Office, l'organismo europeo che registra e tutela i brevetti a livello nazionale, dicono che lo scorso anno gli italiani hanno presentato 3.979 richieste di brevetto, con un aumento di 330 rispetto al 2014 (+9%). Un balzo che ci consente di superare la Svezia e di agganciare l'ultimo posto della top ten mondiale, che vede in testa con 42.692 brevetti applicati gli Usa, seguiti da Germania, Giappone, Francia, Paesi Bassi, Svizzera, Corea del Sud, Cina e Regno Unito. In pratica l'Italia è al sesto posto europeo, ma se si considera il rapporto brevetti/popolazione risultiamo molto indietro in classifica. Tra le nazioni della nostra dimensione, la Germania vanta 3,02 brevetti registrati ogni 10mila abitanti, la Francia 1,73, il Regno Unito 0,82 e l'Italia 0,65. In pratica superiamo soltanto la Spagna con 0,33.

Ma perché fatichiamo a brevettare, nonostante un'indiscussa genialità e considerando che l'Epo tiene conto della nazionalità dell'inventore, a prescindere dal Paese in cui il brevetto è stato registrato? Pur esistendo il cosiddetto «privilegio accademico» (che attribuisce al ricercatore universitario la facoltà esclusiva di realizzare l'invenzione e di trarne i relativi profitti), il ricercatore deve vedersela con una burocrazia ostile e con costi proibitivi. Oltretutto le università hanno spesso regolamenti differenti in materia e questo scoraggia le imprese a mettere in campo progetti di collaborazione con gli atenei. Nonostante questo, ci sono tre macro settori nei quali l'attività innovativa e commerciale italiana è all'avanguardia: chimica, elettronica e meccanica. In quest'ultimo poi l'Italia è al top (e in controtendenza) anche per quanto riguarda i brevetti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

ANSAit

10-10-2016

http://www.ansa.it

Oncologi Ue contro il fumo, giusto aumento prezzo sigarette

Ciardiello (Soc. europea oncologia), prevenzione è priorità

COPENAGHEN - Gli oncologi europei 'dichiarano guerra' al fumo e alle sigarette: il fumo è responsabile di un caso di tumore su 3 e "aumentare il prezzo delle sigarette sarebbe una misura da perseguire anche perché lo Stato ne trarrebbe profitti economici in ogni caso". E' la posizione espressa dal presidente della Società europea di oncologia medica, l'oncologo italiano Fortunato Ciardiello che, in occasione del congresso della Società scientifica in corso a Copenaghen, ha espresso totale appoggio alla richiesta dell'Associazione italiana di oncologia (Aiom) di una tassa di un cent a sigaretta per istituire un fondo nazionale per i farmaci oncologici.

"Da una parte - afferma Ciardiello - dal Congresso Esmo emergono importanti novità e studi su nuove terapie per il trattamento dei tumori, dall'altra bisogna dire chiaramente che è la prevenzione il primo e più importante passo: se oltre ad eliminare il fumo si incentivassero anche una dieta corretta e l'attività fisica riusciremmo a prevenire 4 casi di tumore su 10". Per questo, prevedere "un maggior costo delle sigarette è giusto, e questo non comporterebbe comunque minori entrate per lo Stato. Infatti, l'aumento del prezzo determinerebbe la riduzione di una certa quota di fumatori ma la quota restante di fumatori, pagando di più - conclude - garantirebbe comunque entrate equivalenti".

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2016: 77.355
Diffusione 08/2016: 46.987
Lettori Ed. II 2016: 712.000
Quotidiano - Ed. nazionale

IL MATTINO

Dir. Resp.: Alessandro Barbano

11-OTT-2016
da pag. 1
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

che italia fa

Malati di tumore muore prima chi è più povero

Marilicia Salvia

Chi si ammala di tumore e vede per questo aggravarsi la sua condizione economica muore più in fretta di chi, colpito dalla stessa malattia, può affrontarla senza particolari preoccupazioni per il proprio portafogli. È fin troppo facile abbandonarsi all'ironia, di fronte ai risultati dello studio che la Fondazione Pascale ha presentato al congresso annuale della Società europea di oncologia in corso a Copenaghen: lo sanno tutti che piangere fra le comodità di una limousine è sempre più accettabile che farlo dentro un'utilitaria. Il fatto è che dentro quelle utilitarie ci sono persone, storie, ci sono drammi e differenze: è lì che Francesco Perrone, direttore dell'unità sperimentazioni cliniche dell'Istituto dei tumori di Napoli, è andato a guardare, non solo per proporre risposte terapeutiche ma anche nel tentativo di rendere meno ineluttabili certi destini che sembrano già scritti.

«Naturalmente - dice Perrone - ci aspettavamo che i pazienti con problemi economici, di fronte a una diagnosi e al successivo percorso di cura, avessero un peggioramento della qualità di vita più in generale, perché è intuitivo che questi due concetti siano collegati. Ci ha sorpreso, invece, trovare che il rischio di morte aumenta per i pazienti che durante il trattamento vedono peggiorare la loro condizione economica».

Quel rischio, secondo i dati raccolti dall'equipe di Perrone in collaborazione con la cattedra di Statistica medica della Seconda Università di Napoli, raggiunge la soglia del 20 per cento. Più nel dettaglio, la ricerca ha «censito» 3670 pazienti affetti da cancro del polmone o della mammella o dell'ovaio, in un arco di tempo che va dal 1999 al 2015: fin dall'inizio, un quarto dei pazienti riportava difficoltà economiche di grado variabile collegate alla diagnosi della malattia, e queste persone segnalavano un rischio del 35% in più di avere un peggioramento della propria qualità della vita rispetto a chi non aveva problemi finanziari. In un altro 22% di pazienti i problemi economici aumentavano durante il trattamento, e in queste persone il rischio di morte aumentava appunto del 20 per cento rispetto a chi non riferiva problemi.

Insomma, fa capire lo studio, si va via venti volte più in fretta, quando nel magro bilancio familiare bisogna inserire d'improvviso una visita specialistica, un viaggio della speranza lontano da casa, l'acquisto di bendaggi o di farmaci integratori, l'assistenza di un badante. Si va via venti volte più in fretta, quando di punto in bianco si deve abbandonare il lavoro, e una notte dietro l'altra ci si logora nell'ansia di non sapere come la famiglia potrà cavarsela e andare avanti da sola. I ricercatori del Pascale l'hanno definita tossicità finanziaria, perché proprio come una tossina la preoccupazione dei riverberi che la malattia può comportare sulle proprie finanze si insinua e avvelena la vita del paziente. E come una tossina, sostiene Perrone, questa preoccupazione dall'esito mortale va trattata. In che modo? Il compito di dare risposte il ricercatore lo lascia ovviamente a quelli che chiama «decisori politici», in un quadro che tuttavia non appare rassicurante: «Il dibattito sulla sanità negli ultimi anni - rileva Perrone - è notevolmente concentrato sul problema del costo dei farmaci che aumenta in maniera irragionevole e sottrae risorse rilevanti». Invece buona sanità non significa mettere solo farmaci a disposizione di medici e pazienti, e il fatto che il sistema sanitario nazionale copra la gran parte dei costi dell'assistenza oncologica (al punto che, certifica lo studio, la stessa tossicità finanziaria negli Stati Uniti uccide addirittura nell'80 per cento dei casi) non autorizza distrazioni.

Dal Pascale non arriva solo un campanello d'allarme ma, a guardar bene, la proposta di un modo nuovo e «globale» di pensare l'assistenza sanitaria: la ricerca presentata a Copenaghen - e che sarà pubblicata sulla prestigiosa rivista Annals of Oncology - dice infatti che «la dimensione dell'effetto negativo sulla sopravvivenza della tossicità finanziaria è simile alla dimensione dell'effetto benefico di alcuni nuovi farmaci». In altre parole l'impatto di

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2016: 77.355
Diffusione 08/2016: 46.987
Lettori Ed. II 2016: 712.000
Quotidiano - Ed. nazionale

IL MATTINO

Dir. Resp.: Alessandro Barbano

11-OTT-2016
da pag. 1
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

una "cura" contro la tossicità finanziaria «avrebbe un effetto molto rilevante, e ovviamente senza effetti collaterali». Rasserenare il malato garantendogli un'assistenza il più possibile gratuita, per esempio attraverso una più capillare presenza di hospice per la lungodegenza (istituto quasi del tutto assente in Campania) e la copertura di tutte le spese "imposte" dalla malattia potrebbe, sembra suggerire Perrone, curare il paziente quanto e più una seduta di chemioterapia. O almeno rendere quest'ultima un po' più utile in prospettiva.

«Noi oncologi ricercatori - spiega Perrone - abbiamo la mente aperta ben oltre la prescrizione di farmaci, e se possiamo identificare degli interventi di sistema che possano produrre benefici analoghi a quelli ottenibili con alcuni farmaci, è nostro dovere segnalarlo». Ai «decisori politici» tocca invece scegliere se raccogliere il segnale. E se potrà esistere un mondo nel quale, prima che alla morte, *'a livella* che attende tutti possa appartenere anche alla malattia.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 12/2013: 28.334
Lettori Ed. I 2015: 391.000
Quotidiano - Ed. Napoli

IL MATTINO Napoli

Dir. Resp.: Alessandro Barbano

11-OTT-2016
da pag. 32
foglio 1
www.datastampa.it

«Perché oggi si può vincere la battaglia anticancro»

Il convegno

Confronto tra specialisti e pazienti su storie di dolore e guarigione L'importanza della diagnosi precoce

Ettore Mautone

La battaglia può essere vinta: il cancro è una malattia terribile che può piombare nella vita di chiunque. Un evento inscritto nella storia dell'evoluzione della specie, che può essere tragico, in alcun casi condurre alla morte. Ma oggi il cancro può essere efficacemente combattuto. Di tumore si guarisce in una notevole percentuale di casi, soprattutto quando la diagnosi è precoce ma anche quando le terapie iniziano in fase avanzata.

Testimonianze, storie di dolore ma anche di guarigioni, di successi della scienza medica che in trenta anni hanno tracciato il lungo cammino che ha cancellato dalla mappa dei tumori la parola "inguaribile". Una cartina in cui gli avamposti di eccellenza della ricerca parlano napoletano. A ricordarlo ieri, nella sala del Rettorato della Seconda Università di Napoli, in via Costantinopoli, il direttore del Mattino Alessandro Barbano che ha coordinato un incontro "Più forti del cancro" dedicato alla prevenzione, alla ricerca e alle nuove cure. In diretta da Copenaghen, dove si è concluso il congresso annuale dell'European society of medical oncology (Esmo), sono intervenuti Fortunato Ciardiello, ordinario della Sun e Presidente Esmo, Carmine Pinto, presidente Aiom (Associazione italiana Oncologia medica) e primario di Oncologia medica dell'Irccs Santa Maria Nuova di Reggio Emilia, Giacomo Cartenì, primario del Cardarelli di Napoli e Francesco De Lorenzo presidente di oltre 400 associazioni di pazienti attive in Europa. In collegamento da Milano anche Marina Garassino, primaria di Oncologia medica.

In sala con Barbano, a raccontare storie personali e testimonianze Laura Berti, giornalista di Rai 2 conduttrice di Medicina 33, il cantante Sal Da Vinci, Silvana Galderisi, presidente della Società europea di Psichiatria e direttore del dipartimento di Psichiatria della Sun, Raffaella Pannuti, presidente della fondazione Ant Italia onlus.

Più forti del cancro dunque: una narrazione che tocca con mano paure, attese, solitudini ma che racconta in diretta su mattino.it e corriere.it, anche la gioia di chi è guarito. «Oggi – ha detto Ciardiello - abbiamo a disposizione armi sempre più efficaci che partono dalla prevenzione - strategia primaria basata sull'adozione di corretti stili di vita, sul no a fumo e alcool e il sì a una dieta sana e varia e a una costante attività fisica - andando alla diagnosi precoce (da inseguire con gli screening), passando dalle nuove chemio alla chirurgia, dalla radioterapia ai nuovi farmaci biologici, fino alle nuove frontiere dell'immunologia».

Sotto la lente le novità per il tumore del colon retto, del polmone e della prostata, oggi sempre più ridotti al rango di malattie croniche a patto che la terapia sia giusta, la diagnosi corretta e tempestiva e l'approccio del paziente motivato. E qui si colloca la mappa delle disparità tra i tanti Nord e i molti Sud, in Italia come in Europa. A parlare di 20 sistemi regionali diversi è Franco De Lorenzo che racconta come 5 mila malati metastatici in Europa non hanno avuto accesso ai farmaci giusti e di 800 mila persone guarite dal cancro che non sanno cosa sia la riabilitazione. Quindi i paletti delle nuove leggi che riconoscono indennità e pensioni di invalidità ai malati. Il bisturi di Barbano affonda nel disagio dei malati, nelle tante sfaccettature della sofferenza, e con Silvana Galderisi scopre il ruolo dello psicologo nella equipe che deve affiancare il paziente nella sua dura lotta.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le indicazioni

Servono stili di vita sani ma anche lo screening anticipato e i farmaci più innovativi

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2016: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

11-OTT-2016
da pag. 6
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

TUMORI PROFESSIONALI

Oncologia in mano ai giudici

Il punto degli esperti - Problemi aperti nei processi penali

In Italia sono decine di migliaia le persone colpite da tumori di origine professionale. Le stime sono molto variabili e vanno da 4mila a oltre 20mila su un totale di 365mila nuovi casi di cancro diagnosticati ogni anno. Su oltre 1.000 mesoteliomi, almeno 700 derivano da un'esposizione professionale ad amianto. Altrettanti i carcinomi polmonari.

Tanti lavoratori che si sono ammalati in fabbrica, nei cantieri, in miniera, a contatto con sostanze cancerogene e genotossiche. E che da Casale Monferrato a Taranto vedono allontanarsi sempre di più la speranza di ottenere giustizia. Perché l'accertamento della verità nelle aule giudiziarie è una corsa a ostacoli talmente lunga che i reati cadono in prescrizione, le persone esposte muoiono troppo presto per vedere una sentenza e i presunti responsabili raggiungono età venerande.

Il nodo del contendere è sempre lo stesso: la complessa dimostrazione del nesso causale tra esposizione e patologia. E la scienza, invocata e usata nelle perizie tecniche che dovrebbero aiutare i giudici a capire e decidere, è troppo spesso resa strumentalmente ambigua sotto il palese effetto di conflitti di interesse.

Il punto in una giornata di studio al Senato su «I procedimenti penali per i tumori professionali: giustizia o ingiustizia?».

I numeri

Tumori professionali	20mila
Mesoteliomi	1.000
Carcinomi polmonari	1.000

MAGNANO A PAG. 6-8

TUMORI PROFESSIONALI/ Riflessioni degli esperti sui procedimenti penali e i nodi da sciogliere

Se il cancro finisce in tribunale

In Italia colpiti 20mila lavoratori l'anno - Scienza e conflitti di interesse

In Italia sono decine di migliaia le persone colpite da tumori di origine professionale. Le stime sono molto variabili e vanno da 4mila a oltre 20mila su un totale di 365mila nuovi casi di cancro diagnosticati ogni anno. Su oltre 1.000 mesoteliomi, almeno 700 derivano da un'esposizione professionale ad amianto. Altrettanti i carcinomi polmonari.

Tanti lavoratori che si sono ammalati in fabbrica, nei cantieri, in miniera, a contatto con sostanze cancerogene e genotossiche. E che da Casale Monferrato a Taranto vedono allontanarsi sempre di più la speranza di ottenere giustizia. Perché l'accertamento della verità nelle aule giudiziarie è una corsa a ostacoli talmente lunga che i reati cadono in prescrizione, le persone esposte muoiono troppo presto per vedere una sentenza e i presunti responsabili raggiungono età venerande.

Il nodo del contendere è sempre lo stesso: la complessa dimostrazione del nesso causale tra esposizione e patologia. E la scienza, invocata e usata nelle perizie tecniche che dovrebbero aiutare i giudici a capire e decidere, è troppo spesso resa strumentalmente ambigua sotto il palese effetto di conflitti di interesse.

Per tentare di fissare alcuni punti fermi si è svolta al Senato il 23 settembre scorso una giornata di studi su «**I procedimenti penali per i tumori professionali: giustizia o ingiustizia?**», promossa da un gruppo di associazioni (Legambiente, Cittadinireattivi, Medicina democratica, Isde, Associazione italiana esposti amianto) e dal senatore **Felice Casson** (Pd).

L'ex pm del processo contro la Montedison, il petrolchimico di Porto Marghera, spiega: «Abbiamo deciso di concentrarci sui procedimenti penali

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2016: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

11-OTT-2016
da pag. 6
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

per tumori professionali con un occhio di riguardo a quelli per amianto, perché ci rendiamo conto che sia nel settore civile che penale ci sono ripetutamente sentenze che contrastano tra loro per motivi diversificati, anche sulla base di relazioni, studi e approfondimenti presentati alla magistratura, che non sempre è in grado di districarsi tra le diverse posizioni». In attesa di giustizia infatti «ci sono centinaia di migliaia di persone, tra morti e malati. Questa è quindi una questione sociale che va risolta», puntualizza.

Le difficoltà che si incontrano nei procedimenti penali sono note da anni agli addetti ai lavori. «Ho incominciato a imbattermi in queste problematiche - continua Casson - a metà degli anni '90. Il processo sul petrolchimico di Marghera che riguardava il cloruro di vinile monomero, sostanza certamente cancerogena e genotossica, si era concluso in primo grado con una formula di assoluzione. E sulla base degli stessi studi, delle stesse carte e degli stessi approfondimenti e dichiarazioni testimoniali, la Corte d'appello ha ribaltato nel merito quella sentenza, condannando amministratori delegati, dirigenti di Montedison e il responsabile medico sanitario: e la Corte di cassazione ha confermato la sentenza di condanna». Questo, per l'ex pm «dà il senso plasticamente di una difficoltà, anche all'interno della magistratura, nel recepire le sollecitazioni che arrivano dal mondo scientifico. Il tentativo quindi è quello di venir fuori da queste discordanze interpretative».

In merito alla profanazione della scienza nelle aule giudiziarie è intervenuto l'epidemiologo **Benedetto Terracini**, citando lo scienziato italiano **Lorenzo Tomatis**, che fu direttore della Iarc: «Per le malattie infettive e alcune altre, l'identificazione delle cause trova un consenso generale per le prospettive di poterle prevenire. Nel caso del cancro, al contrario, il riconoscimento di una causa viene spesso accolta con perplessità, se non ostilità. L'identificazione di un cancerogeno trova regolarmente una forte opposizione da parte di coloro che dominano il potere finanziario e riescono a incidere sulle decisioni di politica sanitaria». «L'opposizione - continua Terracini - si manifesta attraverso quello che il Collegium Ramazzini ha chiamato la "scienza a favore del prodotto"». In pratica, per i cancerogeni di dimostrazione recente, l'obiettivo è «presentare ai legislatori dei paesi industrializzati l'immagine di una querelle tra professori. Per i cancerogeni noti da tempo, come l'amianto, il bersaglio sono i paesi in via di industrializzazione a basso e medio reddito, dove l'expertise scientifica per la valutazione dei rischi ambientali o lavorativi è più limitata».

Per l'epidemiologo «La scienza a favore del prodotto consiste nell'introduzione sistematica e intenzionale di distorsioni nel disegno degli studi e/o mancanza di imparzialità nella interpretazione delle osservazioni: l'innocuità di una sostanza (o delle circostanze in cui si è verificata esposizione a un cancerogeno) viene sostenuta sollevando dubbi e ingrandendo l'inevitabile incertezza scientifica residua».

Gli esempi di scienza «a gettone» non mancano: «Dai consulenti scientifici dell'industria del tabacco - continua Terracini - che minimizzano la pericolosità del fumo attivo e passivo, alle scorrettezze commesse dalla lobby nordamericana dello zucchero. E analoghe circostanze di asservimento della scienza agli interessi industriali sono documentate negli atti del processo Eternit di Torino». Dunque l'attenzione sui conflitti di interesse deve restare alta. «Nel settore della salute pubblica - conclude Terracini - diventa sempre più evidente che la produzione scientifica è meno imparziale di quanto si vorrebbe e che non sempre gli scienziati sono guidati da una scala di valori guidata dal benessere collettivo e individuale».

Ma il problema non è solo quello della terzietà della scienza. Ci sono ovviamente le responsabilità politiche, tra vuoto di governance e di controlli da parte delle amministrazioni, mancata tutela delle vittime e assenza di una vera sorveglianza sanitaria. Per questo, a colmare la lacuna, molte importanti indagini epidemiologiche sulle popolazioni e sui lavoratori esposti a sostanze killer sono state disposte dalle procure.

Con l'obiettivo di dare una svolta, almeno sul capitolo amianto, Casson e una quarantina di cofirmatari bipartisan hanno presentato al Senato un ddl ad hoc già nel 2006. «Ma nonostante le dichiarazioni di buona volontà di gran parte della classe politica - racconta il senatore - questo ddl resta in stallo».

Ad aggravare il già pesante quadro c'è la prescrizione, che si abbatte inesorabile sia nei processi che riguardano le vittime di violazione delle norme su sicurezza e igiene del lavoro sia sui reati ambientali. E su questi aspetti sono all'esame del Senato tre emendamenti all'art. 7 del ddl di Riforma del processo penale, presentati dallo stesso relatore Casson. Misure che spunterebbero le armi di chi usa la prescrizione come escamotage per evitare condanne e risarcimenti alle vittime. Ma che hanno incontrato finora la forte opposizione del Ncd. Insomma le soluzioni ci sarebbero, manca la voglia di metterle in pratica.

Rosanna Magnano

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 03/2016: 28.000
Lettori: n.d.
Quotidiano - Ed. Campania

ROMA

Dir. Resp.: Antonio Sasso

11-OTT-2016
da pag. 13
foglio 1
www.datastampa.it

LA RICERCA Studio del direttore dell'Unità Sperimentazioni cliniche del "Pascale", Francesco Perrone

Tumori, chi è povero muore prima degli altri

NAPOLI. Chi si ammala di tumore oggi in Italia e ha problemi economici muore prima. Questo in sintesi la conclusione di uno studio presentato a Copenhagen, durante il Congresso annuale della Società europea di oncologia, condotto da Francesco Perrone, direttore dell'unità sperimentazioni cliniche dell'Istituto dei tumori di Napoli Fondazione Pascale, in collaborazione con la cattedra di Statistica Medica della Seconda Università di Napoli. Lo studio, i cui risultati verranno a breve pubblicati sulla prestigiosa rivista Annals of Oncology, è stato condotto mettendo insieme i dati di 16 sperimentazioni cliniche condotte in Italia tra il 1999 e il 2015, coordinate dall'Istituto dei Tumori di Napoli. Nel complesso, hanno partecipato a queste sperimentazioni 3670 pazienti affetti da cancro del polmone, della mammella e dell'ovaio. Tutti gli studi prevedevano l'uso di un questionario di qualità della vita (che chiedeva ai pazienti, alla domanda 28, se nell'ultima settimana avevano avuto difficoltà economiche legate alla malattia, assegnando uno di quattro possibili gradi, da "per niente" a "moltissimo". Già all'inizio dello studio è stato constatato che un quarto dei pazienti riportava difficoltà economiche di grado variabile e che queste persone avevano un rischio del 35% in più

di avere un peggioramento della propria qualità di vita rispetto a chi non aveva problemi finanziari. Inoltre, in un altro 22% di pazienti, i problemi economici aumentavano durante il trattamento chemioterapico e in queste persone il rischio di morte aumentava del 20% rispetto a chi non riferiva problemi. «Riteniamo che siano risultati importanti per almeno due motivi. – dice Perrone – Sono i primi dati di uno studio prodotto per la prima volta in un paese europeo e sono, purtroppo, coerenti con quanto è stato già segnalato negli Stati Uniti dove però non esiste servizio sanitario nazionale. La dimensione, inoltre, dell'effetto negativo sulla sopravvivenza della tossicità finanziaria è simile alla dimensione dell'effetto benefico di alcuni nuovi farmaci. Quindi l'impatto di una "cura" contro la tossicità finanziaria avrebbe un effetto molto rilevante, e ovviamente senza effetti collaterali. In realtà ci aspettavamo che i pazienti con problemi economici avessero un peggioramento della qualità di vita più in generale, perché è intuitivo che questi due concetti siano collegati. Ci ha sorpreso, invece, trovare che il rischio di morte aumenta per i pazienti che peggiorano i problemi economici durante il trattamento». Alla domanda su cosa si possa fare in termini di governo della sanità, Perrone replica che «il dibattito in sanità negli ultimi anni è notevolmente concentrato sul problema del costo dei farmaci, che aumenta in maniera irragionevole e sottrae risorse rilevanti. I nostri dati sono un campanello d'allarme e spingono a riflettere sul fatto che buona sanità non significa mettere solo farmaci a disposizione dei medici e dei pazienti. Esiste altro su cui si può e si deve migliorare, all'interno di un sistema pubblico che rappresenta (e i nostri dati lo confermano) una solida base, per soddisfare i bisogni di assistenza degli ammalati di cancro. Inutile dire che le difficoltà economiche dello Stato e i tagli alla sanità non aiutano».

data stampa
dal 1980 monitoraggio media