

**LA PROMESSA DELL'OMS****«Milioni  
di vaccini  
entro il 2015»**

■ L'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) spinge sull'acceleratore della creazione di vaccini contro l'ebola: test potrebbero iniziare in Africa Occidentale già a dicembre, con 200 mila dosi pronte per essere distribuite entro la metà del 2015 e milioni disponibili entro la fine dell'anno prossimo. Due vaccini, quello della GlaxoSmithKline e della NewLink Genetics sono già in fase di sperimentazione umana, mentre per altri cinque i test clinici inizieranno nel 2015.

«È stato fatto tutto per far partire i test nei Paesi colpiti già a dicembre», ha affermato Marie-Paule Kieny, vicedirettore generale dell'Oms, aggiungendo che «prima della fine del primo semestre 2015 potremmo avere a disposizione centinaia di migliaia di dosi». I vaccini, ha proseguito il dirigente dell'Oms, «non sono la bacchetta magica, ma una volta pronti potrebbero fare la loro parte nello sforzo di invertire la tendenza». Kieny ha inoltre specificato che gli esperti prevedono di svolgere test differenti in Liberia, Sierra Leone e Guinea per produrre i primi dati affidabili entro aprile. La situazione è più avanzata in Liberia dove già due diversi vaccini verranno messi a confronto con un placebo.



# La Ue comincia a muoversi per Ebola

## STANZIATO UN MILIARDO

**P**aul Allen, miliardario americano e cofondatore di Microsoft, è solo l'ultimo in ordine di tempo ad essersi impegnato in prima persona nella lotta contro Ebola, che semina panico (ieri a New York è stato confermato il primo caso di infezione) e vittime. I suoi 100 milioni di dollari si vanno ad aggiungere alle tante, illustri donazioni di quest'ultimo periodo: i 25 milioni di dollari di Mark Zuckerberg e Priscilla Chan; i 50 della Fondazione di Bill Gates.

E l'Europa? Qui si marcia, come sempre, in ordine sparso. Ma l'Unione Europea ha finalmente annunciato un aumento degli aiuti finanziari da 600 milioni a un miliardo di euro. E il neo-coordinatore unico Ue, Chrystos Stylianides, ha lanciato un appello per «agire in modo unitario». Cosa che fino ad ora non è avvenuta, tanto che David Cameron al vertice europeo aveva puntato il dito contro i colleghi premier dicendo che ben 18 dei Paesi che guidano hanno stanziato fondi inferiori a quanto dato solo dalla Fondazione Ikea, che ha donato 5 milioni di euro a Médecins sans frontières. La Gran Bretagna ha già messo a disposizione degli interventi umanitari 125 milioni di sterline (160 milioni di euro), oltre all'aiuto delle forze armate britanniche e di altri corpi di emergenza inviati in Sierra Leone.

La Ue ha promesso 1 miliardo; gli Usa si sono impegnati con 750 milioni di dollari, tolti al bilancio del Pentagono. Basteranno? Per ora, siamo ben lontani dalla stima dei danni che Ebola causerà nel medio periodo, fatta dalla Banca Mondiale, pari a 32,6 miliardi di dollari.



Venerdì 24 OTTOBRE 2014

## Stabilità. Boschi: "Il taglio al fondo per i malati di Sla può essere rivisto in Parlamento"

***Così il ministro per le Riforme, ha commentato nel corso di un'intervista a Radio Capital, il taglio di 100 mln di euro al fondo per i malati di Sla. "Questo è uno dei temi più sensibili cui presteremo più attenzione in accordo con il ministro Lorenzin", ha assicurato Boschi.***

"Sicuramente alcune norme verranno riviste nel corso dell'iter parlamentare. Alcuni tagli possono essere rivisti". Così il ministro per le Riforme, **Maria Elena Boschi**, nel corso di un'intervista a *Radio Capital*, ha commentato il taglio di 100 milioni di euro al fondo per i malati di Sla previsto dalla legge di Stabilità.

Nel documento, infatti, si parla di un incremento di 250 milioni di euro a decorrere dal 2015. Ma, ad ogni manovra, il fondo riparte da zero. Quindi, considerando che nel 2014 i soldi per il fondo erano 350 milioni, ora si avrebbe taglio di 100 milioni di euro.

"Questo - ha rassicurato Boschi - è uno dei temi più sensibili cui presteremo più attenzione in accordo con il ministro Lorenzin".

**LORENZIN: RIMEDIEREMO**

## Governo diviso sul taglio di 100 milioni ai malati di sla

**BRUXELLES**

La Legge di Stabilità prevede, fra le altre cose, anche il taglio di 100 milioni di euro, portandolo da 350 a 250 milioni. L'Aisla (Associazione italiana sclerosi laterale amiotrofica), denuncia che «molti malati gravi, non autosufficienti, non avrebbero più il sostegno all'assistenza domiciliare e in molti casi sarebbero costretti a rivolgersi alla rete ospedaliera e assistenziale, con un conseguente aumento dei costi a carico del Sistema sanitario nazionale».

Il ministro per le Riforme, Maria Elena Boschi, dice che «alcune norme e alcuni tagli potranno essere rivisti durante l'iter parlamentare».

Più decisa la posizione del ministro della Salute **Beatrice Lorenzin**, che attraverso Twitter promette «massimo impegno per reintegrare risorse già previste».

Ma sulla questione il governo è diviso. Il ministero del Tesoro sostiene le ragioni del taglio e invita a vedere il bicchiere mezzo pieno, anche se ammette: «Possiamo fare di più». La Legge di Stabilità 2015, commenta il sottosegretario Enrico Zanetti, «prevede un rifinanziamento del fondo che, seppure inferiore rispetto allo scorso anno, diventerà strutturale e non più, come accadeva fino a ora, deciso anno per anno, rendendo impossibile agli operatori qualsiasi pianificazione».

In precedenza, in contributo era ammontato a 300 milioni nel 2008, 400 nel 2009 e altrettanti nel 2010, ma solo 100 milioni nel 2011. Lo stanziamento era stato addirittura azzerato nel 2012, quindi rifinanziato con 275 milioni nel 2013 e 350 nel 2014. [R. E.]



# La legge di stabilità

## I TAGLI DI SPESA

### Spending sui ministeri ferma a 2,3 miliardi

I tagli maggiori a Difesa (767 milioni), Istruzione (474) e Lavoro (455) - Nuova stretta ai conti di Inail e Inps

**La forbice sugli enti territoriali**

Confermata la riduzione dei trasferimenti

ai Comuni per 1 miliardo e alle Regioni per 4

**Meno fondi per la tv**

Presente anche la riduzione del 5%

sul conferimento del canone alla Rai

#### LA REVISIONE DEI FONDI

La riprogrammazione del Piano azione coesione da 1 miliardo servirà in parte per coprire gli interventi sugli ammortizzatori sociali

**Davide Colombo**

ROMA

■ Vedi alla voce tagli di spesa della Relazione tecnica e, soprattutto, delle numerose tabelle allegate, e ritrovi solo una parte degli aggregati anticipati nelle slides del Consiglio dei ministri di mercoledì 15 ottobre. Una distanza che fotografa tutta la lontananza tra comunicazione politica e realtà amministrativo-contabile. Il contributo dei ministeri alla manovra di finanza pubblica 2015 si articola in interventi di taglio su missioni e programmi, con un impatto di 2,3 miliardi circa in termini di indebitamento netto (2,5 se si guarda al saldo netto da finanziare). Una cifra di risparmio che sale di qualche centinaio di milioni nel 2017, a 2,450 miliardi.

La cifra è notevole ma, appunto, lontana dai 6,1 miliardi di tagli alle spese (correnti e in conto capitale) che erano stati cifrati nelle slides per le amministrazioni centrali dello Stato. Che cosa manca? Sicuramente i tagli sugli acquisti di beni e servizi, di cui non si trova traccia in Relazione né nelle tabelle. Mentre sono ben evidenziate le altre voci aggregate che concorrono a determinare il risultato di minori spese per circa 15 miliardi sull'indebitamento dell'anno venturo. Ciriferiamo ai 4 miliardi di minori trasferimenti alle regioni ordinarie e agli statuti speciali, al miliardo di minori trasferimenti ai comuni e al miliardo e 200 milioni di tagli alle province e alle città metropolitane. Altre

voci sono ben cifrate e tabellate (è il caso degli interventi sugli altri enti centrali di cui scriviamo in pagina) ma per importi più modesti, come per esempio di 10 milioni di tagli al budget della Presidenza del Consiglio dei ministri o i 2 milioni in meno che verranno riconosciuti all'Istat per finire con i 100 mila euro in meno che verranno garantiti all'Autorità nazionale anticorruzione guidata da Raffaele Cantone. Tra i tagli confermati anche quello del 5% sul trasferimento dell'incasso del canone Rai da parte dell'Erario all'azienda di Stato. Altra voce importante da considerare ai fini del calcolo delle minori spese la riprogrammazione delle risorse del Piano di azione coesione: vale 1 miliardo sull'indebitamento netto del 2015 e verrà utilizzato in parte anche per coprire gli interventi previsti sugli ammortizzatori sociali.

Tornando ai ministeri gli interventi di riduzione della spesa 2015 per 2,3 miliardi si suddividono in circa 1,154 miliardi di spesa corrente e in 890 milioni in conto capitale. A guidare la classifica sono i primi cinque ministeri di spesa: la Difesa con 767,5 milioni, l'Istruzione con 474,4 milioni, il Lavoro con 455,2, l'Economia e la Giustizia, rispettivamente con 211 e 102 milioni.

Sul conto dei tagli al ministero del Lavoro la voce più cospicua è certamente quella legata alla riduzione di 200 milioni del fondo per finanziare la decontribuzione sui contratti di secondo livello legati alla produttività. Altri 50 milioni sono invece frutto di un nuovo taglio secco al bilancio Inail (su una spesa aggredibile di 380 milioni già ridotta del 40% da precedenti interventi lineari), e altri 50 milioni sull'Inps, cui si ag-

giungono 19 milioni legati in parte all'operazione di spostamento del pagamento delle pensioni al 10 del mese per chi percepisce l'assegno Inps e quello dell'ex Inpdap.

Diverse le voci che concorrono a comporre il risparmio sul Miur. Lo stop alle supplenze docenti di un solo giorno farà risparmiare 45 milioni. Un po' di meno, 21,3 milioni, sono invece le economie che arriveranno dalla razionalizzazione delle supplenze brevi e saltuarie del personale tecnico-amministrativo (gli Ata). Un po' di più, 34,3 milioni, sarà il risparmio per effetto dell'abrogazione degli esoneri e semiesoneri per i collaboratori del dirigente scolastico. Il rientro a scuola di tutto il personale comandato, poi, cifra un taglio di 13,7 milioni. Mentre la riduzione di poco più di 2 mila unità dell'organico Ata farà risparmiare 16,9 milioni (a regime, dal 2016, il risparmio sarà invece di 50,7 milioni).

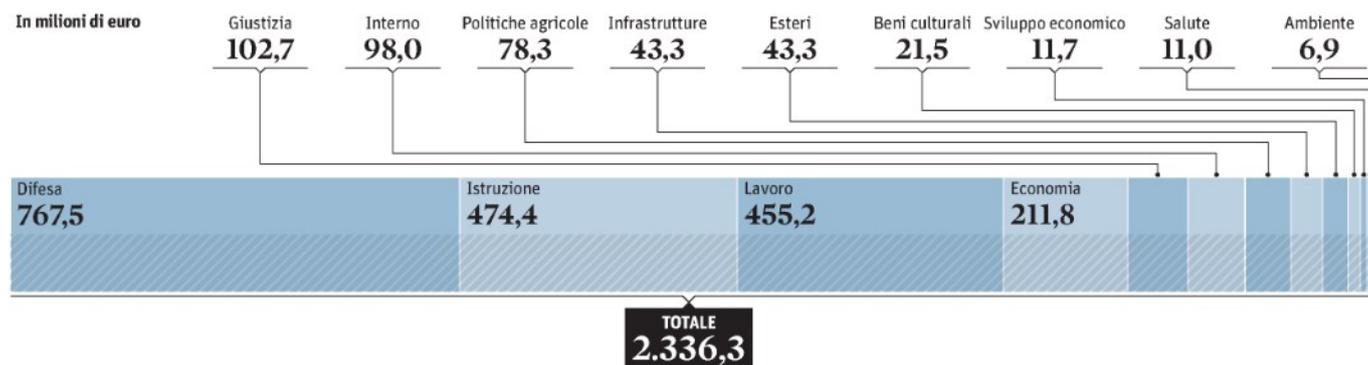
Interventi a tutto campo per il ministero della Difesa, quello che nel conto tabellare della manovra dà più di tutti alla manovra 2015: si spazia dalla riorganizzazione del personale alla dismissione di immobili (220 milioni) e dai tagli sugli affitti fino alle norme di revisione dello strumento militare (66 milioni di minori spese sull'indebitamento netto).

Anche il ministero della Giustizia è interessato in maniera consistente delle riduzioni di spese. La parte del leone la faranno le uscite correnti (84,3 milioni) mentre quelle in conto capitale (gli investimenti) dovranno ridursi di 18,4 milioni. Manca in Relazione tecnica una traccia degli interventi previsti su specifiche voci di spesa.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## La mappa dei tagli dei ministeri nel 2015

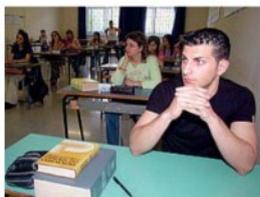


## Il dettaglio dei principali dicasteri



### DIFESA

Per quel che riguarda il ministero della Difesa, i risparmi maggiori saranno ricavati grazie alla vendita di alloggi di pregio e non (l'impatto atteso sui conti è di 220 milioni). Ci saranno poi tagli consistenti ricavati dalla revisione dell'apparato di difesa



### ISTRUZIONE

Si parte dallo stop alle supplenze docenti di un solo giorno, che farà risparmiare 45 milioni. Un po' di meno, 21,3 milioni, sono le economie che arriveranno dalla razionalizzazione delle supplenze brevi e saltuarie del personale tecnico e amministrativo



### LAVORO

La voce più cospicua è la riduzione di 200 milioni del fondo per finanziare la decontribuzione sui contratti di secondo livello legati alla produttività. Altri 50 milioni sono frutto di un nuovo taglio secco al bilancio Inail. Altri 50 milioni arriveranno dall'Inps



### ECONOMIA

La voce più consistente dei tagli del ministero dell'Economia in realtà si traduce in una trattenuta del 5% del canone Rai (86,8 milioni). Altra riduzione (28,4 milioni) riguarda il contratto di programma con le Fs, nella parte servizi-traffico merci su ferro



### GIUSTIZIA

Anche il ministero della Giustizia è interessato in maniera consistente dalle riduzioni di spese. La parte del leone la faranno le uscite correnti (84,3 milioni) mentre quelle in conto capitale (gli investimenti) dovranno ridursi di 18,4 milioni

# la storia naturale e umana delle pandemie

**Tracimazione** | *David Quammen analizza gli agenti patogeni che negli ultimi trent'anni hanno ucciso 30 milioni di persone. Dalla Sars all'Ebola, c'è una correlazione cruciale fra la diffusione di questi virus e le nostre azioni*

**Là dove si abbattono alberi e si uccide la fauna, i germi del posto si trovano a volare in giro come polvere**

**CARLOTTA VISSANI**

■ «Se osserviamo il pianeta dal punto di vista di un virus affamato o di un batterio», scrive lo storico William McNeill, «vediamo un banchetto con miliardi di corpi umani disponibili che fino a poco tempo fa erano la metà di adesso perché in 25 anni siamo raddoppiati (siamo 7 miliardi, arriveremo a 9 prima che la curva di crescita subisca un appiattimento). Siamo un eccellente bersaglio per gli organismi in grado di adattarsi quel che basta per invaderci». I nomi delle pandemie cui fanno capo i virus di cui parla McNeill sono conosciuti, per nome, da tutti: vaiolo delle scimmie, Sars, tubercolosi bovina, malattia di Lyme, influenza spagnola, febbre del Nilo Occidentale, rabbia, Ebola, Hiv, citando i maggiori, ma i profani sono portati a credere si tratti di flagelli divini. Raramente ci sfiora l'idea di aver contribuito alla loro diffusione. Oltre al fatto che siamo troppi, c'è una correlazione cruciale tra le zoonosi (si parla di zoonosi quando un patogeno fa il salto da animale a uomo e si radica nel nuovo organismo come agente infettivo in grado di causare malattia o morte) che negli ultimi trent'anni hanno ucciso 30 milioni di persone e le nostre azioni.

Cosa rende gli agenti patogeni sempre più forti? Cosa determina la loro capacità di mutare e adattarsi a nuove, estreme, condizioni di vita?

La risposta sta soprattutto nella crisi ecologica cui abbiamo sottoposto il pianeta, spiega David Quammen, sessantasei anni, narratore, saggista, giornalista originario di Cincinnati, esperto di ecologia e biologia evolutiva (già tradotto da noi in *Alla ricerca del predatore alfa*, Adelphi), nel mastodontico e illuminante *Spillover. L'evoluzione delle pandemie* (Adelphi, tr. di Luigi Civalleri, pagine 640, euro 29,00).

Una lettura da brivido pur non essendo un thriller, un testo che invita a districarsi tra terminologia tecnica e narrazione aneddotica e che fa assumere alla pellicola apocalittica *Virus letale* (1995), con protagonisti Dustin Hoffman e Morgan Freeman, i toni del possibile. La crisi di cui parla Quammen potrebbe condurci al *Next Big One*, il prossimo grande evento, un'epidemia letale di dimensioni catastrofiche.

Quammen ha scritto *Spillover* negli ultimi dodici anni in occasione dei numerosi viaggi come inviato del *National Geographic* nelle zone più selvagge del mondo, pertanto non poteva immaginare che la pubblicazione in Italia avvenisse proprio in concomitanza con la nuova emergenza Ebola. Quando ipotizza che il *Next Big One* sarà causato da un virus, si manifesterà nella foresta pluviale o in un mercato cittadino della Cina meridionale e farà milioni di vittime, non sta profetizzando l'impossibile - e siamo in guai seri. Quale responsabilità ha l'uomo nel fenomeno che Quammen definisce *spillover*, letteralmente *tracimazione*, cioè il momento riconducibile a una circostanza precisa in cui un patogeno passa da una specie ospite all'altra,

da animali a uomo, sovente dopo avere soggiornato in un ospite serbatoio? L'Ebola sarebbe stata trasmessa agli esseri umani a partire dai pipistrelli o dalle volpi volanti, passando per altre specie forse tramite il consumo di *bushmeat*, carne di animali selvatici. Ai pipistrelli, predisposti ad accogliere il virus e a diffonderlo poiché portati a vivere in grandi colonie e a volare per lunghi tragitti, vengono attribuiti anche virus come Marburg, Hendra, Nipah e Menangle.

Ebola, la cui prima emergenza si è registrata nel 1976, è sempre stata determinata da fattori comuni. L'uomo disturba l'ecosistema della foresta nel punto in cui si registrano i primi casi, si riscontra una moria tra i primati, il contagio passa per *spillover* agli umani, poi è il turno del contagio secondario dovuto al ricovero in strutture ospedaliere o al contatto con personale sanitario sul campo e la mortalità sfiora il 70%, percentuale tra le più alte mai registrate se si esclude la rabbia. Non c'è da stupirsi.

Viviamo in città sovraffollate, manchiamo di rispetto alle grandi foreste e ai pochi ecosistemi rimasti intatti, detronizziamo la fauna locale e ne prendiamo il posto facendo terra bruciata, alleviamo intensivamente molte specie animali, le bombardiamo con profilassi di antibiotici e ormoni per farle crescere velocemente e guadagnare il più possibile, favorendo l'evoluzione di ceppi batterici resistenti. Commerciamo animali esotici anche se è vietato dalla legge, contrabbandiamo carne e piante che, talvolta, ospitano passeggeri patogeni.

Visitiamo templi pieni di scimmie in Asia perché è un *must* turistico, passeggiamo nei mercati in-

diani sicuri di non correre alcun rischio, ci avventuriamo in grotte piene di pipistrelli in Africa orientale. E tocchiamo, maneggiamo. Entriamo in contatto, per morso, con animali infetti o ingeriamo cibo contaminato perché è localmente considerato una prelibatezza e gli stessi autoctoni non immaginano (pensate agli scimpanzé uccisi e mangiati da cui deriva il virus dell'Hiv) sia il veicolo prediletto dal patogeno di turno.

Poi, nella peggiore delle ipotesi, ci imbarchiamo su un aereo, non mostriamo sintomi conclamati, e il gioco è fatto. La reazione a catena si è innescata.

«Là dove si abbattono gli alberi e si uccide la fauna, i germi del posto si trovano a volare in giro come polvere che si alza dalle macerie. Un parassita disturbato nella sua vita quotidiana, sfrattato dal suo ospite abituale, si estingue o trova una nuova casa. I virus non ce l'hanno con noi, siamo noi a essere diventati molesti, visibili e abbondanti. Le circostanze ambientali forniscono opportunità per gli *spillover*. L'evoluzione le coglie, esplora le potenzialità e dà gli strumenti per tramutarle in pandemie», scrive Quammen che ha chiesto a molti autorevoli specialisti, tra cui esperti di virus portati dai pipistrelli e dai primati, se nel prossimo futuro emergerà davvero una nuova malattia abbastanza virulenta e trasmissibile da causare una pandemia alla stessa scala dell'influenza spagnola. Le risposte sono ancora vaghe ma nessuno contesta il fatto che il prossimo *Big One* sarà proprio una zoonosi.

## LA FEBBRE MORTALE

■ Un piccolo libro dedicato a tutti i lettori che non hanno il tempo o l'interesse di leggere l'intero *Spillover*, ma vogliono sapere di più riguardo a Ebola da un punto di vista non solo scientifico, ma anche storico e geografico. È così che David Quammen vede il suo *Ebola: The Natural and Human History of a deadly virus*, appena pubblicato negli Stati Uniti da W.W. Norton & Company (nelle librerie dal 20 ottobre). Si tratta infatti della sezione di *Spillover* dedicata al virus, arricchita da un'introduzione e un

epilogo inerenti all'epidemia che sta devastando l'Africa. «Le epidemie in genere esauriscono a livello locale, per cause naturali o grazie alle misure sanitarie. Poi il virus scompare, come una banda di guerriglieri nella giungla», scrive Quammen. Ma non stavolta, perché ha colpito Paesi che non erano pronti ad affrontarlo. Pochi investimenti nel sistema sanitario, l'eco di guerre civili e una forte componente di diffidenza nei confronti dei medici occidentali. E, per una volta, Ebola non si è dileguata tra gli alberi.

[http://www.corriere.it/salute/sportello\\_cancro/14\\_ottobre\\_22/a-casa-il-tumore-adesso-chi-parlo-346f0234-59e6-11e4-b202-0db625c2538c.shtml](http://www.corriere.it/salute/sportello_cancro/14_ottobre_22/a-casa-il-tumore-adesso-chi-parlo-346f0234-59e6-11e4-b202-0db625c2538c.shtml)

DAL CONVEGNO NAZIONALE DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI ONCOLOGIA MEDICA

## A casa dopo il tumore «E adesso con chi parlo?»

Tre sondaggi provano lo scarso livello di comunicazione tra specialisti e medici di famiglia. Serve una figura di riferimento per i malati e più collaborazione fra medici

**di Vera Martinella**



In Italia sono oltre un milione. Le fila dei lungosopravvissuti al cancro, ovvero quei pazienti liberi da malattia e che non effettuano alcun trattamento da oltre cinque anni, sono costantemente in crescita. E a loro vanno sommati tutti quei malati che, dopo i primi trattamenti, devono sottoporsi a regolari controlli per anni. Chi si prende cura di loro e delle molteplici necessità che si presentano in persone (e famiglie) già duramente provate dalla malattia? La situazione è esplosiva: di fronte a numeri in crescita e tagli alla sanità, oncologi e medici di famiglia hanno deciso di trovare una soluzione.

### **C'è bisogno di una figura di riferimento**

«Dobbiamo dare a tutte queste persone la possibilità di essere seguite per le visite di routine anche vicino casa, senza recarsi per forza nei centri oncologici - commenta Stefano Cascinu, presidente dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica (Aiom), il cui congresso nazionale è in corso a Roma -. Ecco perché è necessario creare un modello di condivisione del follow-up con i medici di famiglia. Nasce così l'alleanza con la Società di Medicina Generale (Simg), con l'intento di ottimizzare l'assistenza e diminuire i tassi di ospedalizzazione». Se si considera che nel 2013 sono stati accertati nel nostro Paese 366mila nuovi casi di tumore, che le diagnosi sono in crescita e che, grazie ai risultati raggiunti con diagnosi precoce e terapie più efficaci, sale pure il numero di chi cronicizza la malattia per anni o guarisce, i conti sono presto fatti: milioni di italiani hanno bisogno prima di essere curati e poi, per periodi anche molto lunghi, di essere tenuti sotto controllo. Devono fare visite ed esami, ma anche affrontare le potenziali conseguenze a lungo termine dei trattamenti anticancro, possibili disagi psicologici o problemi lavorativi e sociali. E ancora, che fare se si vogliono avere dei figli dopo il cancro? Che farmaci è lecito prendere se ci si ammala anche solo di una brutta influenza? E se ci si vuole vaccinare per un lungo viaggio in Africa, sogno diventato possibile dopo mesi di trattamenti in ospedale?

## **Il «ritorno a casa» visto dai pazienti**

Per lunghi periodi, è chiaro, chi ha avuto un tumore ha bisogno di una figura di riferimento a cui fare domande sui molteplici aspetti della propria vita. Oggi è l'oncologo, come dimostra un sondaggio presentato al convegno e condotto dall'Associazione Malati di Cancro (AIMaC): dopo le dimissioni dall'ospedale e i primi trattamenti, durante il follow up il 59 per cento dei pazienti considera come proprio referente l'oncologo, il 26 per cento ha un mix di specialisti (oncologo, chirurgo, radioterapista o altri), solo il 9 per cento conta sul proprio medico di famiglia e un 6 per cento dei malati dice di non avere una figura specifica a cui affidarsi. Anche per piccoli disturbi legati alla malattia oncologica i più preferiscono andare dall'oncologo (42 per cento), anche se un malato su tre talvolta va dal proprio medico di famiglia. E se si tratta di affrontare gli effetti collaterali delle cure o di esporre dubbi e preoccupazioni legate al tumore le risposte non cambiano molto. Fra quanti però hanno fiducia nel medico di famiglia la soddisfazione per le risposte ottenute è elevata (il 68 per cento ha ritenuto utile il suo parere). Di certo su un punto c'è un ampio consenso: il 73 per cento dei pazienti riconosce il valore della collaborazione fra oncologo e medico di famiglia per la gestione della sua malattia, ma oltre la metà (54 per cento) giudica oggi questo rapporto insufficiente.

### **Medici e oncologi: «Serve più integrazione»**

Opinione condivisa anche dai clinici: per il 57 per cento di loro la cooperazione ospedale-territorio è inadeguata. Oncologi e medici di famiglia (interpellati in altri due sondaggi, condotti parallelamente al primo da Aiom e Simg) non si parlano o si parlano poco e questo pesa nella gestione della patologia, soprattutto dopo la fase acuta. Con la conseguenza di affollare per anni gli ambulatori di oncologia degli ospedali, far lievitare i costi, affrontare trasferte verso il centro clinico con perdite di giornate di lavoro per i familiari. Eppure basterebbe poco per sviluppare un forte rapporto fra oncologo e medico di medicina generale che potrebbe, senza problemi, gestire il follow-up del paziente, riservando la visita specialistica quando è davvero utile. «Questo significa garantire alle persone una migliore qualità di vita - sottolinea Carmine Pinto, presidente eletto Aiom -. Ovviamente, in caso di necessità o di urgenza, il centro specialistico rimane sempre presente. Ma dobbiamo iniziare a deospedalizzare il più possibile la patologia oncologica». I sondaggi sono parte del primo progetto nazionale (reso possibile da un *educational grant* di Novartis) che riunisce Aiom, Simg e associazioni di pazienti, per cui sono stati realizzati anche opuscoli informativi e un sito internet, che diventerà una piattaforma di confronto tra specialisti.

### **Ottimizzare i controlli e ridurre i costi**

Nella prospettiva che i cosiddetti lungosopravvivenuti continuino ad aumentare, grazie soprattutto alle nuove terapie. «La richiesta dei malati è chiara: adottare un modello di cure integrate caratterizzato da una costante interazione tra i professionisti, in tutte le fasi della storia clinica della persona - spiega Elisabetta Iannelli, segretario AIMaC -. Le competenze necessarie, infatti, sono articolate e non possono essere concentrate su una figura unica». Il 40 per cento dei pazienti intervistati è in follow-up da 5 e più anni e solo uno su quattro si reca sempre dal medico di famiglia per consigli sui piccoli disturbi. «La nostra attività è fondamentale già a monte, nell'identificazione dei fattori di rischio. Deve esserlo sempre più anche in fase di malattia conclamata, soprattutto nella gestione degli effetti collaterali più leggeri delle terapie e nei piccoli disturbi quotidiani - aggiunge il dott. Claudio Cricelli, presidente Simg -. Grazie a una collaborazione adeguata tra oncologi e medici del territorio riusciremo a ottimizzare le risorse e ridurre i costi. Priorità assolute, vista la grave situazione economica». Il follow-up è una procedura

## IL FUMO È SEMPRE CATTIVO

LA PREVENZIONE PASSA anche dalla corretta informazione. Potrà sembrare strano, ma ancora oggi, nel 2014, oltre otto italiani su dieci non sanno che il fumo passivo provoca il cancro del polmone, sette fumatori su dieci fumano regolarmente in luoghi chiusi e la metà lo fa anche in presenza di bambini.

In Italia, più di 11 milioni di persone fumano regolarmente, circa sei milioni di uomini e cinque di donne. I tabagisti rappresentano oltre il 20 per cento della popolazione con più di 15 anni e a maggioranza fuma in media dalle dieci alle 14 sigarette al giorno. È questa una fotografia scattata dal recente sondaggio dell'Associazione di Oncologia Medica (*aiom.it*). Ma il dato che forse mi preoccupa maggiormente è che la metà dei connazionali (48 per cento) **pensa che il tumore ai polmoni non si possa prevenire**. E il 43 per cento crede, erroneamente, che smettere non riduca il rischio di sviluppare la malattia. Dati che spaventano e che devono spronarci a investire ancora di più in campagne di sensibilizzazione. Ne va del nostro futuro.

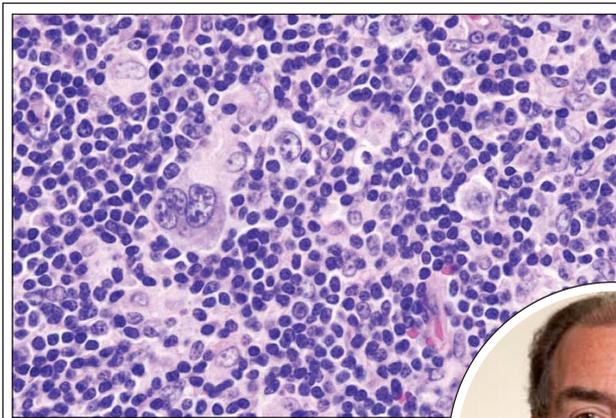
Smettere di fumare porta già immediati benefici. Dopo solo un giorno, il monossido di carbonio viene eliminato dal corpo e, dopo due o tre giorni senza sigarette, alito, dita, denti e capelli sono più puliti. Dopo tre settimane, migliorano circolazione sanguigna e capacità polmonare. A un anno di distanza, si dimezza il rischio di infarto e quello di tumore inizia a calare. Ma le buone notizie non finiscono qui: a 15 anni dall'ultima bionda, il rischio per cuore e polmoni è paragonabile a quello di chi non ha mai fumato. Un motivo in più per smettere.

Intervista a **Gioacchino D'Alò**, B. U. Oncology Director di Takeda

# Cambia il linfoma di Hodgkin «Ora ci sono ottime terapie»

**GIACCA TAGLIENTE**

Da due anni responsabile della Oncology Business Unit di Takeda Italia, medico di formazione, Gioacchino D'Alò ha percorso tutta la sua carriera nel settore medico dell'industria farmaceutica "fino a quando mi hanno offerto, vista la mia naturale propensione per il business, di dirigere una struttura che continua ad occuparsi di aspetti scientifici ma che cura anche quelli commerciali – precisa D'Alò – Insomma, una visione a tutto tondo del mondo oncologico, non soltanto sul versante della ricerca ma anche su quello della commercializzazione dei farmaci che sviluppiamo in casa Takeda". **Perché è considerato 'raro' un tumore come il linfoma?** Perché in Italia si registrano 2000/2500 casi annui, con un'osservazione leggermente maggiore nel sesso maschile e con due picchi; nei giovani fra i 20/30 anni e poi negli anziani al di sopra dei 65/70 anni di età. Ed essendo una malattia che interessa



anche se non soprattutto i giovani riveste un interesse ancora maggiore per i costi sociali diretti e indiretti legati alla patologia.

**A che punto sono le ricerche in questo settore?**

Devo fare una premessa: il linfoma di Hodgkin è un tumore 'curabile'. Significa che dal momento in cui viene diagnosticato si entra nella prima fase terapeutica con una chemioterapia ben validata e circa l'80% dei soggetti riesce a guarire. Ovviamente ci sono dei pazienti che vengono dichiarati 'guariti', o per lo meno il periodo di osservazione privo da malattia si

è protratto per un tempo sufficientemente lungo per dire che il paziente è fuori dalla malattia ma che poi, ahimè, ricadono. E quando c'è la recidiva significa che la malattia sta riprendendo e spesso in quel caso l'esito è infausto: di solito entro un anno, un anno e mezzo dalla recidiva. **In questo caso che succede, come ci si comporta?**

Si interviene con i farmaci ma si cerca soprattutto di intervenire con una terapia molto particolare, il trapianto

di cellule staminali autologhe, prese dallo stesso soggetto. Circa il 50% di questi pazienti dopo il trapianto autologo va incontro ad una nuova recidiva, e proprio per questi soggetti Takeda ha sviluppato brentuximab vedotin, un farmaco attualmente

in commercio in Italia e rimborsato per uso ospedaliero. I risultati ottenuti in questi pazienti che ormai non avevano grandi alternative terapeutiche perché anche il trapianto di cellule staminali non aveva dato l'esito

sperato, sono veramente convincenti: nel 70% dei casi è stata ottenuta una risposta terapeutica mentre prima i risultati delle chemioterapie tradizionali erano assai meno buoni. Addirittura un piccolo gruppo di circa 10 pazienti che ha ricevuto dopo recidiva soltanto il nostro farmaco, continua ad essere 'senza malattia' a distanza di 4 anni dall'inizio della terapia.



Gioacchino D'Alò

# Sulla copertura sanitaria integrativa c'è ancora molta strada da fare

**L'**assistenza sanitaria integrativa oggi potrebbe giocare finalmente quel ruolo di supporto e integrazione al Sistema sanitario nazionale per cui è nata. Gli italiani, interpellati da Eurisko per Assidim (associazione indipendente senza scopo di lucro con fini assistenziali), sono ormai sicuri: si tratta del benefit più importante che si può ricevere dalla propria azienda (42%), superiore ai buoni spesa (29%), all'auto (14%), agli asili nido o alle convenzioni con esercizi commerciali (6%). Certamente però la situazione non è tutta rose e fiori. Se è vero che il 74% dei lavoratori conosce benefit e vantaggi di un'assistenza integrativa e vorrebbe adottare i servizi ad essa connessi, resta basso il numero dei lavoratori che ne beneficiano. Solo il 17% dei lavoratori infatti ha una copertura integrativa.

Nonostante la crisi economica, il 33% degli italiani crede nella garanzia del diritto alla cura: il 10% in più rispetto al 2013. Anche la conoscenza delle modalità di erogazione dei servizi è particolarmente bassa: ad esempio, il 47% degli intervistati non sa che la copertura integrativa può essere sottoscritta dall'azienda, nonostante la maggior parte degli intervistati la conoscano. «In questo senso l'assistenza integrativa può giocare pienamente il ruolo di supporto al Sistema sanitario nazionale», spiega Assidim. Il Ssn, infatti, non viene bocciato in toto dagli

italiani: il 44% del campione considera buona la qualità dei servizi. I motivi di insoddisfazione del 56% degli intervistati sono le code e l'attesa (86%), la qualità delle prestazioni (30%) e la professionalità degli operatori (20%).

Per quanto riguarda i servizi sanitari privati, il 55% della popolazione ne ha usufruito nell'ultimo anno: il 31% per uno specifico problema mentre il 24% lo utilizza per prevenzione. «Oggi gli italiani danno priorità alla salute e l'assistenza sanitaria integrativa è il pilastro su cui fondare il futuro», dice Bruno Soresina, presidente Assidim. Esso permette a ogni singolo di scegliere la modalità di assistenza, attraverso ottime prestazioni e vantaggi fiscali. Infine, a livello aziendale, i lavoratori vorrebbero l'assistenza sanitaria integrativa come benefit e lo apprezzerrebbero rispetto a tutti gli altri.

Un tema su cui il pilastro integrativo può fare molto è quello delle cure per la non autosufficienza che in un'Italia sempre più vecchia costano oltre 20 miliardi. L'Italia è il secondo Paese dopo la Germania per numero di anziani. Secondo l'ultima fotografia disponibile, nel 2013 gli over 80 in Italia erano più di 3 milioni e mezzo, di cui più di 16 mila i centenari e ultracentenari. E le statistiche dicono che seguendo questo trend, nel 2030 un italiano su tre avrà più di 65 anni e i non autosufficienti passeranno dagli attuali 2,1 milioni a 3,5 milioni. «La popolazione italiana è sempre più anziana: questo trend in aumento ci fa dire che quella del progressivo invecchiamento della popolazione è una delle principali criticità che il nostro Paese dovrà affrontare nei prossimi anni. I dati del Ministero evidenziano la portata economica del problema», spiega Fiammetta Fabris, direttore generale di UniSalute, compagnia del gruppo Unipol specializzata in

assistenza sanitaria.

Il numero crescente di anziani comporta spese per cure e assistenza che il Ssn non potrà più sostenere e graveranno sempre più sulle tasche dei singoli. «Per quanto riguarda le problematiche della non autosufficienza e dell'assistenza domiciliare, purtroppo, una domiciliarità puntuale supportata da una medicina del territorio in Italia non è ancora decollata. È ormai chiaro a tutti che lo Stato potrà sempre meno dare risposte in questo ambito, basti ricordare che il Fondo nazionale sulla non autosufficienza è già stato eliminato da un paio d'anni. Crediamo che un fondo solidaristico che funzioni a livello territoriale e che veda collaborare le figure di operatori privati e pubblici, come regioni, province e comuni, con questi ultimi nel ruolo di controllori degli standard qualitativi erogati dal fondo, possa essere la risposta giusta», afferma Fabris. Alla luce di tutto questo, non stupisce che il 60% degli italiani sia preoccupato dei problemi legati all'invecchiamento e delle spese che esso comporta, come segnala la nuova ricerca dell'Osservatorio Sanità della stessa UniSalute. Nello specifico il 30% è preoccupato della concreta possibilità che il Ssn non riesca più a garantire il supporto sanitario adeguato, mentre l'altro 30% teme di non essere in grado di sostenere le spese per le cure e l'assistenza di cui avrà bisogno quando sarà anziano (percentuale che sale al 36% tra le donne). Timori legati a problematiche già presenti in molte famiglie: sono sempre più infatti quelle che devono occuparsi direttamente dei genitori anziani. (riproduzione riservata)

## TUTTI LA CONOSCONO MA POCHI LA POSSIEDONO

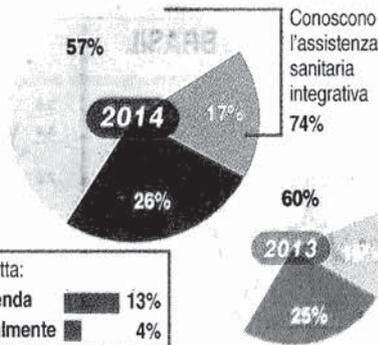
La notorietà e il possesso di una copertura sanitaria integrativa

Non conoscono l'assistenza sanitaria integrativa

Conoscono ma non hanno un'assistenza sanitaria integrativa

Hanno un'assistenza sanitaria integrativa

Sottoscritta:  
Dall'azienda 13%  
Personalmente 4%



Fonte: Sondaggio Gfk Eurisko, Osservatorio Assidim - Salute

GRAFICA MF-MILANO FINANZA

