

**Il caso-sanità.** Le cause spingono alla medicina astensionista

# I medici: troppe denunce strumentali

## LA PROPOSTA

I sindacati chiedono parametri oggettivi per filtrare i ricorsi da parte dei pazienti al tribunale

■ «Alcuni di noi vedono nel paziente il nemico che può danneggiarli». Il chirurgo del Policlinico Casilino di Roma Augusto Terenzi indica la sua soluzione per recuperare il rapporto con il malato: «Le persone hanno diritto al medico sereno, per questo dovremmo fermare gli interventi programmati finché non si mette un freno al business di chi "ingrassa" sulle colpe del medico, vere o presunte. Ormai ci sono colleghi che, per paura, calcano la mano nel prevedere le conseguenze di un intervento».

Sul banco degli imputati si sente anche Riccardo Marinoni chirurgo dell'Aurelia Hospital di Roma: «Molti pazienti, grazie alla cattiva informazione, ci percepiscono come killer, quando la fiducia sarebbe fondamentale». In questo clima c'è chi cerca di aggirare il problema. «La verità è che la **medicina difensiva** deresponsabilizza - afferma il vice presidente dell'associazione ostetrici e ginecologi Massimo Percoco - accade che si cerchi di far prendere in carico il paziente al collega del turno successivo o di dirottarlo su un'altra struttura».

Un rimedio lo suggerisce Giuliano Ferrara consigliere dell'associazione dentisti italiani: «Quello che serve è una legge "filtro" che fissi dei requisiti al di fuori dai quali non si può denunciare il medico. Non per cer-

care un'impunità per la categoria, ma per evitare processi che durano anche 15 anni. Le assicurazioni, infatti, quando la cifra è modesta pagano, altrimenti vanno in tribunale».

Sulle assicurazioni sono più sereni gli avvocati. Anche se non manca chi solleva dei dubbi sulla reale utilità della copertura per i cittadini, come l'avvocato Giancarlo Castagni, titolare di uno studio specializzato in diritto commerciale e assicurativo. «La natura intellettuale del contratto rende discrezionale la valutazione dell'operato del legale e la responsabilità scatta, per l'articolo 1176 del Codice civile, solo quando c'è la violazione del dovere di diligenza: "pecca" non facilmente riscontrabile. L'assicurazione del professionista è per il cliente uno scudo fragile soprattutto per le controversie importanti. Per l'avvocato a fare da "schermo" c'è l'articolo 2236 che limita la responsabilità al dolo o alla colpa grave. In tal caso l'assistito deve quantificare il danno subito, dimostrando che senza "colpa" avrebbe vinto la causa. Non vedo questa grande tutela, ancora meno in un momento in cui c'è un'offerta di prestazioni al ribasso».

Perplesso, per ragioni diverse, anche il presidente dell'Oua Nicola Marino: «Capiamo la volontà del legislatore di garantire il cliente ma il carico di costi rischia di essere eccessivo. È invece incomprensibile l'obbligo di assicurare per gli infortuni anche i dipendenti, già coperti dalla normale contribuzione. Lavoreremo per migliorare la normativa».

**P. Mac.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**ASSICURAZIONI**  
**I professionisti**  
**si preparano**  
 ▶ pagina 19

**Professionisti.** La copertura per la responsabilità negli studi

# Polizza obbligatoria, avvocati e ingegneri alla gara europea

I legali attendono i risultati del bando per definire le clausole del contratto-tipo

## LA TUTELA

I notai primi a stipulare l'assicurazione per tutti gli iscritti all'Albo I consulenti del lavoro hanno scelto il broker **Patrizia Maciocchi**

■ Un fiore all'occhiello per i notai, un problema per i medici: l'**assicurazione obbligatoria** per i professionisti, in ogni caso, non si esaurisce in un adempimento formale. I più preoccupati sono i **medici**, che oggi incontrano il ministro della salute **Renato Balduzzi** anche per affrontare il tema della responsabilità professionale. Una delle ragioni che ha portato i sindacati dei ginecologi a indire per il 12 febbraio lo "sciopero delle nascite", stoppando oltre 1.100 parti programmati. «Il costo delle polizze è altissimo - spiega il segretario nazionale della Federazione nazionale dei medici chirurghi e odontoiatri, Luigi Conte - un giovane specializzato in ginecologia arriva a pagare 10mila euro l'anno, mentre per un primario si sale a 18mila. Cifre che decurtano stipendi bloccati da tre anni e probabilmente fermi per i prossimi due».

«Oltre a individuare i broker più competitivi stiamo

pensando alla creazione di un fondo - annuncia Conte - da realizzare con il contributo del professionista e dell'assicurazione, a cui il medico può attingere per una misura che non può superare il 4% del premio. Il timore di un contenzioso sempre più alto (+24%) rende concreto il rischio di passare dalla medicina difensiva alla medicina astensionista. In questo contesto - conclude il segretario della Fnmceo - si inseriscono le speculazioni: sulla metro e sui bus fioriscono offerte di avvocati che si propongono a chi ritiene di aver subito un danno».

Chiaro sulle richieste da fare al ministro Salvo Calì, segretario generale del sindacato medici italiani: «Al ministro proporremo un intervento strutturale: depenalizzare l'atto medico e potenziare le camere arbitrali con chiari criteri di qualità (con medici e avvocati) al fine di ridurre il contenzioso».

Tutt'altra atmosfera in casa dei **notai**: l'unica categoria con una polizza collettiva e un contratto triennale "blindato" che non consente il recesso dell'assicurazione. «Abbiamo da poco rinnovato il contratto per il triennio 2013-2016 - informa il

coordinatore della commissione assicurazioni, Aniello Calabrese - e siamo stati i primi, dal '97, a stipulare una polizza che copre tutti gli iscritti».

Gli **avvocati** si stanno preparando. «Il Consiglio nazionale forense - dichiara il consigliere Luca del Paggio, delegato a seguire le assicurazioni - ha concluso il 18 gennaio scorso la gara europea indetta per individuare un consulente e un broker assicurativo che possa coadiuvarlo nella definizione delle condizioni essenziali di una polizza-tipo e, in un secondo momento, nell'individuazione della tipologia della soluzione da adottare. L'obiettivo, per cui siamo in contatto anche con la Cassa forense, è quello di definire una polizza collettiva con le adeguate coperture finanziarie in modo che gli avvocati si possano fare carico di un premio contenuto».

Pensano a una gara anche gli **ingegneri**. «Abbiamo fatto un'operazione di scrematura e individuato i broker più com-

petitivi - dice il presidente del Consiglio nazionale, Armando Zambrano -. L'intenzione è di indire una gara ma, per questo mese, la precedenza va ai regolamenti su formazione, parametri e testo unico».

Hanno già scelto, invece, i **consulenti del lavoro**. «Abbiamo una convenzione con una compagnia che risponde alle esigenze del nostro core business - spiega il presidente del Consiglio nazionale, Marina Calderone - e il broker ci dice che i colleghi si stanno assicurando. Tanti già dotati di polizza stanno facendo i "confronti" sulla convenienza. Non ci sarà comunque una corsa a ridosso di agosto, quando l'obbligo diventerà operativo».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Le categorie****01 | AVVOCATI**

La previsione di una polizza assicurativa per gli avvocati era contenuta nella proposta originaria della riforma forense; dunque fin dal 2009. Nelle more dell'approvazione della riforma da parte del Parlamento, è intervenuto il decreto legge manovra bis che ha anticipato questa previsione, estendendola a tutti i professionisti. La previsione è stata poi confermata dal nuovo ordinamento forense

**02 | NOTAI**

L'assicurazione copre il notaio per tutti i danni professionali derivanti da colpa per un importo massimo di 3 milioni per sinistro, per notaio e per anno, come stabilito da decreto ministeriale. Il notaio facoltativamente può optare per un'assicurazione di importo superiore fino a un valore massimo di 50 milioni. È

prevista la copertura per tutti i danni derivanti da errore per colpa del notaio. L'assicurazione copre tutti i campi di attività del notaio: immobiliare, successorio e societario

**03 | CONSULENTI DEL LAVORO**

Anche per i consulenti del lavoro il termine per mettersi in regola è slittato ad agosto 2013. Chi non rispetta l'obbligo sarà sanzionato disciplinarmente. Non passa però la richiesta dei professionisti di imporre un obbligo di stipula anche alle compagnie

**04 | MEDICI**

L'assicurazione per la responsabilità civile è imposta, dal decreto Balduzzi anche ai medici, l'80% dei quali durante la carriera "totalizza" almeno una denuncia, anche se il 98, 1% dei procedimenti penali si conclude con l'archiviazione

Rinvia la discussione per l'intesa in Stato-Regioni: i governatori pretendono certezze finanziarie

## Ospedali, un altro stop a Balduzzi

Il 7 febbraio nuovo tentativo, ma l'accordo resta a rischio - Edilizia, sbloccato un miliardo

**N**ulla di fatto in Stato-Regioni sul regolamento che taglia oltre 7 mila posti letto ospedalieri: se ne riparerà nella conferenza fissata per il 7 febbraio. I governatori hanno chiesto un rinvio perché la loro richiesta di incontro con il premier Monti - che risale al 20 dicembre - sui temi finanziari di Sanità e trasporto pubblico locale non ha avuto ancora risposte. Rinvio necessario anche a evitare una mancata intesa che avrebbe innescato da subito il meccanismo dei trenta giorni al termine dei quali il Governo

può approvare d'ufficio il provvedimento. Il ministro **Renato Balduzzi** è sicuro che l'incontro ci sarà, ma il percorso appare comunque difficile in questa fase pre-elettorale con un presidente del Consiglio (e un ministro) scesi in campo alle elezioni. E non mancano ombre sul regolamento: a cominciare dall'eventuale calcolo della mobilità che aumenterebbe la dotazione delle Regioni virtuose tagliando ancora di più i posti letto soprattutto al Sud e dove c'è un piano di rientro.

A PAG. 6

Rinvio per l'esame in Stato-Regioni del regolamento proposto da Salute ed Economia

## Ospedali, standard congelati

Senza incontro col Governo stop dei governatori - Ultima chance il 7 febbraio

**A**ncora nulla di fatto in Stato-Regioni la scorsa settimana per la bozza di decreto sugli standard ospedalieri messa a punto dai ministeri di Salute ed Economia. Il provvedimento resta così congelato in attesa della prossima conferenza fissata per il 7 febbraio. Quando il ministro ha comunque chiesto - che ci sia o meno l'intesa, senza la quale scatterebbero i trenta giorni per l'approvazione d'ufficio - che le Regioni esprimano un parere.

Motivo dell'ulteriore stop è prima di tutto la richiesta per ora non ascoltata delle Regioni di un incontro urgente con il Governo - il ministero della Salute Balduzzi ha detto la scorsa settimana che l'incontro con Monti dovrebbe essere fissato a giorni - sui temi del finanziamento della spesa sanitaria e della sostenibilità del sistema: o si chiarisce la questione o di standard - come da sempre ripetuto dai governatori - non se ne parla. C'è poi la questione della richiesta delle Regioni dello sblocco per i fondi dell'edilizia sanitaria, che però è in via di soluzione con la rimodulazione dei progetti (si veda altro servizio in basso). Per non dire del disaccordo regionale sul metodo per determinare alcuni parametri. Primo tra tutti quello sul calcolo dei posti letto in più in base alla mobilità sanitaria attiva: i ministeri vogliono che il saldo finale sia zero e per questo è necessario ridurre più posti letto del previsto (v. tabella) nelle Regioni con mobilità passiva. A questo punto l'intesa - che comunque deve essere raggiunta all'unanimità - sarebbe impossibile per il muro alzato dalle Regioni soprattutto del Sud. Ma senza il calcolo della mobilità non ci stanno le altre.

Il rinvio è stato una soluzione di mediazione per evitare da un lato che con la mancata intesa scattassero i trenta giorni dopo i quali il Governo potrebbe approvare il testo d'ufficio (proprio prima delle elezioni), e dall'altro per

cercare di risolvere la questione nella conferenza del 7 febbraio trovando una strada per ottenere l'assenso di tutte le Regioni. Quasi la quadratura del cerchio.

La conferenza del 7 febbraio avrebbe all'ordine del giorno anche altri due provvedimenti importanti: la proposta di remunerazione per le farmacie scritta dal ministro Balduzzi che però, in sede tecnica per ora, le Regioni (oltre a tutti gli esponenti della filiera) hanno già criticato duramente, e il decreto sulle modalità tecniche (definizioni e sicurezza comprese) per la realizzazione dell'infrastruttura di rete necessaria alla gestione della nuova intramoenia disegnata nel decreto Balduzzi. Modalità tecniche che rappresentano un primo passo verso l'adempimento che le Regioni avrebbero dovuto concludere già a fine 2012 e che dovrebbe essere a regime dall'inizio di aprile.

**Effetto mobilità.** Il meccanismo di calcolo in base alla mobilità attiva farebbe approssimativamente "guadagnare" posti letto alle Regioni più gettonate dai pazienti di tutta Italia. E in particolare, a esempio, secondo alcune stime, potrebbero valere quasi 400 posti letto in più in Lombardia e oltre 550 in Emilia Romagna, facendo scendere sotto la soglia dei 2 mila i posti letto complessivi da tagliare. E con il calcolo si avrebbero anche più di 250 nuovi posti letto in Veneto e oltre 500 posti letto da aggiungere in Toscana, Regione questa tra le poche che avrebbe comunque dovuto aumentare la sua dotazione in base ai calcoli del ministero. Una situazione che tuttavia per molte Regioni potrebbe avere l'effetto paradossale di aumentare la spesa mettendo a rischio la tenuta dei bilanci.

Fin qui quindi il quadro sarebbe quello che le Regioni avevano chiesto di raggiungere. Ma guardando quelle con mobilità passiva la situazione diverrebbe

complessa.

Per ottenere il "saldo zero" Regioni come Campania, Sicilia e Calabria che hanno una forte mobilità passiva (e che di posti letto ne ha già tagliati migliaia con i piani di rientro) dovrebbero lasciare sul campo oltre mille posti letto in più rispetto a quelli invece da aumentare calcolati dal ministero. E andrebbe male in genere a tutte le Regioni dalle Marche in giù che registrano valori passivi di mobilità economica (v. Il Sole-24 Ore Sanità n. 42/2012).

**Il privato accreditato.** Nell'ultima versione del regolamento sugli standard ospedalieri (v. Il Sole-24 Ore Sanità n. 1/2013) il tetto di posti letto al di sotto del quale i privati non possono essere accreditati scende dagli 80 originari a 60. Con l'effetto che ad abbandonare il Ssn sarebbero non più quasi 300 strutture, ma 192 per circa 6.039 posti letto (dati 2011), rispetto ai 7.400 circa che il calcolo della Salute riduce dal pubblico. In questo caso a perdere più strutture e posti letto sarebbe la Sicilia (33 cliniche e 1.023 posti letto), seguita dalla Campania (23 strutture e 918 posti letto). Danno minore invece in Liguria (una sola clinica da 16 posti letto) e in Friuli Venezia Giulia (anche qui con una clinica ma da 20 posti letto).

**Paolo Del Bufalo**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## I posti letto a rischio con la proposta della Salute

Regione	Posti letto strutture pubbliche			Strutture private accreditate	
	Acuti	Post acuti	Totale	Con meno di 60 posti letto	Posti letto
Piemonte	449	-1.292	-843	11	274
Valle d'Aosta	-87	77	-10	-	-
Lombardia	-1.426	-911	-2.337	18	431
Pa Bolzano	-359	30	-329	3	62
Pa Trento	-218	-152	-371	1	45
Veneto	-1.225	693	-532	7	237
Friuli V.G.	-690	542	-149	1	20
Liguria	-235	528	293	1	16
Emilia R.	-2.007	-536	-2.543	15	399
Toscana	-106	1.573	1.467	13	426
Umbria	94	359	453	4	168
Marche	-426	326	-100	5	192
Lazio	-1.644	-319	-1.963	19	561
Abruzzo	-208	240	32	3	95
Molise	-99	-86	-185	3	104
Campania	-1.710	1.875	165	23	918
Puglia	-890	1.179	289	16	508
Basilicata	-107	39	-68	1	56
Calabria	-940	355	-585	12	407
Sicilia	-918	1.415	497	33	1.023
Sardegna	-1.291	720	-572	3	97
<b>Totale</b>	<b>-14.043</b>	<b>6.653</b>	<b>-7.389</b>	<b>192</b>	<b>6.039</b>

Fonte: ministero della Salute 2012

## La mobilità economica 2011 nel mirino degli standard

Regioni	Mobilità passiva	Mobilità attiva	Saldo	Regioni	Mobilità passiva	Mobilità attiva	Saldo
Piemonte	232,3	229,3	-3,0	Lazio	440,3	308,2	-132,1
Valle d'Aosta	23,2	9,8	-13,5	Abruzzo	169,1	101,9	-67,2
Lombardia	322,4	817,0	494,6	Molise	52,9	83,6	30,8
Pa Bolzano	23,6	31,2	7,6	Campania	394,8	85,5	-309,3
Pa Trento	60,6	45,0	-15,6	Puglia	283,0	101,7	-181,3
Veneto	219,0	304,9	85,9	Basilicata	93,0	64,3	-28,8
Friuli V.G.	68,5	94,1	25,6	Calabria	265,6	28,4	-237,3
Liguria	186,9	129,3	-57,6	Sicilia	259,0	64,9	-194,1
Emilia R.	219,3	558,2	338,9	Sardegna	77,1	18,1	-59,0
Toscana	166,0	291,4	125,4	Bambino Gesù	-	175,7	175,7
Umbria	86,1	96,2	10,1	Acisciomom	-	36,8	36,8
Marche	136,8	104,4	-32,4	<b>Totale</b>	<b>3.779,7</b>	<b>3.779,7</b>	<b>-</b>

**REGOLATORIO AL CHECK UP**

## Aifa, rivoluzione tecnologica e nuovi prezzi nell'agenda 2013

### Marketing sotto la lente

Un nuovo modello per l'accesso al fondo dei **farmaci** orfani (5%), la messa a regime dei nuovi algoritmi elettronici per la valutazione dell'innovatività dei medicinali e controlli a tutto campo per assicurare la totale equivalenza del sistema ispettivo italiano rispetto ai Paesi Ue ed extra-Ue. Sono solo alcuni degli spunti contenuti nel piano di attività 2013 dell'Agenzia italiana del farmaco che proprio quest'anno festeggia il proprio decennale.

Nel pacchetto degli impegni dettagliati in 22 pagine di mission e obiettivi spicca in modo particolare il carico di lavoro legato alla necessità di migliorare la performance sul processo registrativo e autorizzativo dovendo nel frattempo far fronte alle attività aggiuntive assegnate all'Authority guidata da Luca Pani nel corso del 2012.

Tra queste, il vincolo imposto dal decreto «Balduzzi», che concede massimo 30 giorni complessivi per il rilascio di tutte le autorizzazioni finalizzate alla commercializzazione; l'ampliamento delle procedure relative alla valutazione dei Plasma Master file nazionali in attuazione dei decreti ministeriali per l'inclusione di nuovi stabilimenti nel programma di autosufficienza nazionale per la lavorazione del plasma italiano; l'avvio del processo di valutazione ai fini regolativi dei circa 31 mila omeopatici già in commercio, senza dimenticare lo svecchiamento del Prontuario terapeutico nazionale e il tavolo per il progressivo allineamento a quest'ultimo dei prontuari locali. Tra le novità in pista anche la promessa di un nuovo modello di determinazione del prezzo da utilizzare in fase di negoziazione e di individuazione delle condizioni di rimborsabilità dei **farmaci** equivalenti.

New entry tra gli impegni dell'Agenzia la prima edizione di un report annuale sul marketing farmaceutico, che va ad arricchire l'elenco di attività, eventi e iniziative che punteggeranno le attività di informazione e comunicazione indipendente. Oltre agli impegni tradizionali (campagne, convegni ecc.), il decennale sarà celebrato anche con un francobollo, una web Tv e l'approdo su tutti i principali network: facebook, Twitter, Youtube. Il primo appuntamento, intanto, è in programma per venerdì 8 febbraio: al convegno internazionale «**Farmaci**-Diritto di parola», in scena Fda, Ema, Nice e le esperienze italiane e internazionali in tema di dialogo tra pianeta regolatorio e stakeholder.

**S.Tod.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# IL TEMPO

**Forlanini** Simposio sulla prevenzione. Il dg Morrone: «Modificare i fattori di rischio allunga la vita»

## Lo stile di vita sano evita il cuore matto

■ Le malattie cardiovascolari sono la principale causa di morte in Europa occidentale e negli Stati Uniti e, secondo l'Organizzazione mondiale della Sanità, sono responsabili del 30% di tutti i decessi. È stato ricordato durante il simposio sulla prevenzione per le malattie del cuore che si è tenuto questa mattina nell'aula magna dell'ospedale Forlanini a Roma. «La comparsa della malattia cardiovascolare è fortemente correlata allo stile di vita e le modificazioni dei fattori di rischio sono in grado di ridurne in maniera significativa la mortalità e la morbilità - ha sottolineato Aldo Morrone, direttore generale dell'azienda ospedaliera San Camillo Forlanini - pertanto la prevenzione è parte essenziale dell'attività dell'ospedale, dove ai pazienti viene rivolto l'invito a migliorare la dieta e gli stili di vita». Durante l'incontro,

---

### **Robot in sala operatoria**

---

**Il prof. Musumeci: le nuove tecnologie non sono invasive**

---

**In 4 giorni si torna a casa**

---

Francesco Musumeci, direttore dell'unità operativa complessa di cardiocirurgia e del Centro trapianti del San Camillo Forlanini, ha illustrato come la chirurgia delle valvole cardiache ormai venga «eseguita quasi esclusivamente con tecniche robotiche, attraverso piccole incisioni sul torace, in modo che l'intervento risulti il più possibile mininvasivo e il recupero del paziente sia molto più rapido: entro 4-5 giorni può essere dimesso e tornare alle sue normali attività». In questo modo, inol-

tre, spiega Musumeci, «il torace rimane integro, non si rompe nessun osso e quindi si ottiene un impatto estetico diverso: la cicatrice che rimane è piccolissima, spesso invisibile, invece del taglio sul torace di 25-30 centimetri che veniva praticato in passato».

Nell'unità operativa complessa di cardiologia 1 al San Camillo Forlanini, che dispone di 7 letti di terapia intensiva cardiologica (Utic) e 8 di terapia subintensiva, una degenza mista di 10 letti e un organico composto da 14 cardiologi, arrivano ogni anno 700-800 pazienti in regime di ricovero. L'unità operativa possiede inoltre una sezione di cardiagnostica non invasiva, dove si eseguono esami con un ecocardiografo in 3D e metodiche molto sofisticate che consentono di individuare quadri clinici di alta complessità.



PUGLIA/ Progetto Itel con gli Atenei, il Cnr e l'Ordine dei farmacisti di Bari e Bat

## Km zero per i radiofarmaci

Formazione per supertecnici da impegnare nelle medicine nucleari locali

**A**lta formazione e sviluppo dei radio-farmaci, tutela della salute e nuova occupazione: questo il mix fondamentale alla base del progetto, presentato la settimana scorsa a Bari dalla Divisione radio-farmaceutica Itelpharma della Itel Telecomunicazioni, azienda pugliese con sede a Ruvo, leader nel settore della ricerca applicata alla diagnostica per immagini e alla terapia e realizzato in collaborazione con l'Università degli Studi di Bari Aldo Moro, l'Università del Salento, il Cnr di Lecce e con il patrocinio dell'Ordine interprovinciale dei Farmacisti di Bari e Bat.

Ideato nell'ambito del Pon - Programma operativo nazionale «Ricerca e competitività 2007-2013» - e presentato la settimana scorsa a Bari, il progetto punta a realizzare la produzione praticamente a chilometri zero del radio-farmaco Fdg, utilizzato nella diagnostica per immagini (Pet) e nella terapia, coinvolgendo le medicine nucleari della Regione. Attualmente Itelpharma produce durante la notte il radio-farmaco che ogni mattina alle 8,00 viene consegnato per essere iniettato nei pazienti che devono effettuare l'esame Pet in 7 degli 8 centri operativi in Puglia (tutti, tranne il Policlinico di Bari, a soli 20 km da Ruvo): una media di 60 esami al giorno per un totale di circa 10mila pazienti l'anno. «Oggi il processo produttivo si attesta su una scadenza in termini temporali, dal momento della produzione, di circa dieci ore, trasporto incluso» spiega Roberto la Forgia, site manager della Itelpharma e responsabile del progetto -. «Il nostro obiettivo è rendere sempre più efficiente questo processo garantendo anche una quantità maggiore di prodotto finito».

Proprio a realizzare l'obiettivo di una «produzione a chilometri zero che tutela pazienti e operatori» punta il progetto che prevede l'alta formazione, retribuita, di Tecnici della ricerca e dello sviluppo di radio-farmaci: dieci le borse di studio da 20mila euro ciascuna, destinate, attraverso una selezione pubblica, a laureati dai 24 ai 50 anni in diverse discipline (Farmacia, Ingegneria, Chimica, Biologia, Chimica e tecnologie farmaceutiche, Biotecnologie e Fisica). Una sinergia tra pubblico e privato sul territorio che secondo il presidente dell'Ordine interprovinciale dei farmacisti di Bari e Bat, il senatore d'Ambrosio Lettieri, servirà anche a colmare alcune lacune nell'ambito legislativo e della conoscenza nel settore della radio-farmacia.

### Borse di studio da 20mila euro

«Concrete azioni di sinergia e di partenariato tra i settori della ricerca, della produzione, della formazione e della professione - spiega - rappresentano una tappa obbligata se si vuol essere all'altezza delle sfide che la crescente ed esigente domanda di salute dei cittadini impone per garantire qualità e innovazione, sviluppo economico e dell'occupazione, ottimizzando la gestione delle risorse disponibili». «Proprio in virtù dei costi altissimi che spesso comporta lo standard qualitativo della produzione di alcuni farmaci, specie nel settore della medicina nucleare - conclude Lettieri - occorre che anche le istituzioni regionali prestino particolare attenzione alla valorizzazione dei centri di eccellenza che operano sul territorio interessato».

S.Tod.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

# Il Messaggero

Appello della Società italiana di infettivologia pediatrica: no agli antibiotici e agli antivirali a meno di una malattia cronica o di una ulteriore infezione batterica e mai senza prescrizione

## Influenza, ecco le cure per i bimbi

### LE TERAPIE

**N**o agli antibiotici e agli antivirali. A meno che nel bambino non sopraggiunga un'altra infezione batterica o si debba fronteggiare una malattia cronica. «Mai senza prescrizione medica». È un appello quello della Società italiana di infettivologia pediatrica preoccupata che ai più piccoli con la febbre vengano somministrate terapie non corrette. Spesso eccessive. Per questo i medici hanno deciso di ricordare, a ridosso del picco di influenza che arriverà tra un paio di settimane, come comportarsi quando, oltre alla temperatura alta, arrivano anche mal di gola, tosse e inappetenza.

Un'impennata di casi già si registra tra i bambini che hanno meno di cinque anni come si legge nel registro dell'Istituto superiore di sanità Influnet: nella fascia di età tra 0-4 anni l'incidenza è pari a 18,73 piccoli pazienti per mille e nella fascia tra 5 e 14 si sfiora il 13. «Non ci sono motivi di particolare allarme - tranquillizza Giacomo Milillo segretario della Federazione nazionale dei

medici di medicina generale - da sconsigliare la corsa al pronto soccorso. Solo per sintomi che fanno sospettare un aggravamento importante o una complicazione con una malattia di cui il bambino già soffre. E se si è in emergenza».

Dagli infettivologi poche regole: riposo, somministrazione di antifebbrili, dieta equilibrata con pochi grassi, un'adeguata integrazione dei liquidi, apporto calorico non esagerato. Il luogo chiuso della scuola come la palestra sono i luoghi ideali per far diffondere l'epidemia. Ma non per questo, dicono i pediatri, bisogna farsi prendere da un'esagerata paura di contaminazione. Anzi.

### GIOCO ALL'APERTO

Anche con il freddo meglio fuori a giocare che dentro casa. Per evitare gli agguati delle temperature basse, soprattutto la mattina, meglio coprirsi bene ma uscire. «Evitare di restare sigillati tra le mura domestiche anche durante le giornate rigide - consiglia Antonino Reale responsabile del Pronto soccorso del Bambino Gesù di Roma - non aumenterà certo le probabilità di prendersi un bel raffreddore. Diminuiranno, però, le occasioni di entrare in contatto con i virus che attaccano le vie respiratorie. Ricordare che un ambiente bello caldo i virus proliferano e si diffondono. Le eccessive variazioni termiche possono costituire un fattore favorente l'instaurarsi di infezioni».

Attenzione ai bambini con

problemi immunologici e a quelli colpiti da malattie croniche (cuore, diabete, patologie renali) che dovrebbero, comunque, essere stati vaccinati. «Possono andare incontro a complicanze - spiega Susanna Esposito presidente della Società italiana di infettivologia pediatrica - ad un aggravamento della patologia di base. Soprattutto i più piccoli. Per questo in Europa si sta lavorando all'ipotesi di vaccinare, in prossimo futuro, tutti i bambini dai sei mesi ai cinque anni anche se sani».

C.Ma.

### SERVONO RIPOSO ANTIFEBRILI DIETA EQUILIBRATA CON POCCHI GRASSI E INTEGRAZIONE DI LIQUIDI

### Il nutrizionista

## E come spuntino frutta o merendina

Più energetica con buona dose di carboidrati e pochi grassi. È la merenda ideale del piccolo sportivo nei giorni di grande freddo. «Come esempio - spiega il nutrizionista-medico dello sport Michelangelo Giampietro - prendiamo un bambino di 10 anni, che fa sport e ha un fabbisogno quotidiano di 1.500-1.800 calorie. Poiché la

merenda deve rappresentare il 10-15%, dovrà contenere 150-180 calorie: come spuntino una merendina non farcita con un succo di frutta o un frutto o uno yogurt. Se è sovrappeso - aggiunge - la merenda dovrà contenere meno di 150 calorie. Uno o due frutti, una merendina non farcita e un frutto, crackers o yogurt».



**L'annuncio** La promessa del direttore dell'Institute of cancer research di Londra: «Il male si trasformerà in una malattia cronica»

# «Cancro, in cinque anni non ucciderà più»

**Il professor Alan Ashworth: analisi sul Dna del tumore per una cura personalizzata**

**Deborah Ameri**

LONDRA. «Le terapie contro certi tipi di cancro hanno fallito. Serve un approccio nuovo. E se non sempre curare il tumore sarà possibile in futuro almeno potrà essere trasformato in una malattia cronica e non in una sentenza di morte». A dare speranza a milioni di persone è il professor Alan Ashworth, direttore dell'Institute of cancer research di Londra, uno dei centri di eccellenza mondiale per la ricerca contro il cancro. Ashworth sostiene che ogni malato di tumore debba ricevere un trattamento personalizzato, una cura fatta su misura e basata sul Dna delle sue cellule cancerogene. Dieci anni fa erano serviti milioni di euro e infiniti tentativi per arrivare a sequenziare il genoma umano. Oggi in un paio di giorni e con qualche centinaia di euro si può ricavare la sequenza genetica di un tumore. E in base alla presenza o all'essenza di certi geni

adottare una terapia specifica. «Non è fantascienza. In 5-10 anni questo approccio sarà routine. Tutti i malati avranno la mappa genetica del cancro da cui sono affetti. Ma già tra 2-3 anni qualcuno trarrà i benefici da questo metodo», ha assicurato al Daily Telegraph il professore. L'Institute of cancer research ha inaugurato un nuovo centro, una tumour profiling unit, proprio per raccogliere un database di tutti i geni collegati ai tumori. E invece di ricorrere alla tecnica invasiva della biopsia, per ricavare il Dna l'equipe di Ashworth sta mettendo a punto un semplice esame del sangue.

Più il database sarà vasto e aggiornato più probabilità ci saranno di creare terapie su misura davvero efficaci. «Oggi per testare i farmaci servono anni di laboratorio e migliaia di cavie. Ma spesso le cure non funzionano - prosegue Ashworth - Per esempio tra le donne con cancro al seno che si sottopongono alla chemioterapia solo una su dieci riceve benefici. Vogliamo creare farmaci che permettano anche a chi è in uno stadio avanzato della malattia di vivere dignitosamente e a lungo». Il profiling dei tumori è già in uso in certi casi, ma solo per alcuni tipi di geni. Le

donne affette da cancro al seno vengono sottoposte a biopsia per verificare se il loro tumore contiene il gene Her2. Se questo gene è presente il farmaco più adatto è l'Herceptin. Che è però inefficace per il tumore al seno con diverse mutazioni genetiche. Una paziente curata al Royal Marsden hospital di Londra, dove ha sede l'Istituto della ricerca sul cancro, è in vita da 10 anni grazie all'Herceptin, nonostante lo stadio avanzato di un tumore alla mammella. Un'altra paziente convive da 5 anni con la leucemia. Mary Bacon, 66 anni, spiega: «I medici hanno individuato la mutazione genetica del mio tumore e in base a questa mi hanno prescritto certi farmaci con i quali riesco ad avere una vita normale».

Ashworth ammette che le cure su misura sono solo agli inizi. E soprattutto c'è un ostacolo non indifferente da superare: la resistenza di certe cellule cancerogene a qualsiasi tipo di farmaco: «Dobbiamo capire che cosa causi la resistenza - commenta il professore - Ma non è magia nera. È qualcosa che può essere definito e quantificato. Abbiamo solo bisogno di tempo».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

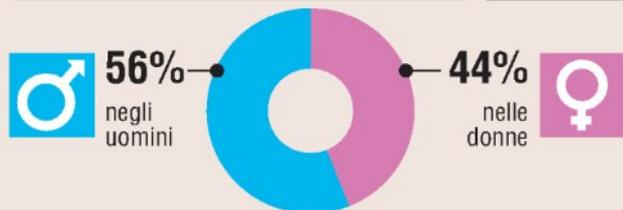


**I tumori in Italia**

Numeri del cancro nel 2012

**364.000** i nuovi casi (360.000 nel 2011)

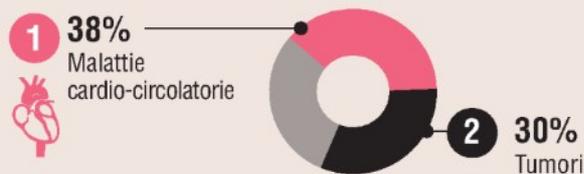
**1.000**  
al giorno



**175.000** decessi (174 mila nel 2011)

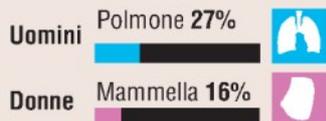
**500**  
al giorno

**PRINCIPALI CAUSE DI MORTE**



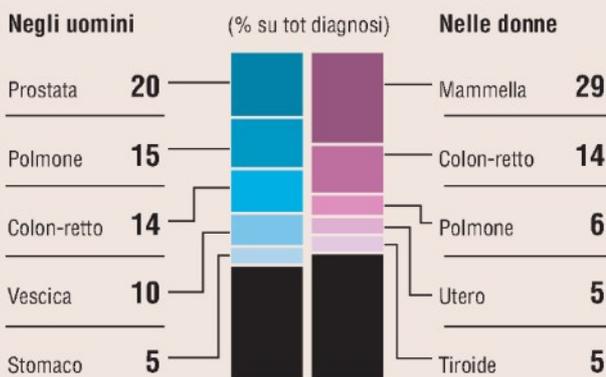
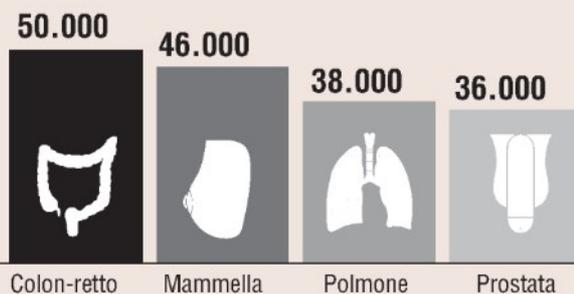
**I PIÙ MORTALI**

Polmone **34.500** decessi



**I PIÙ DIFFUSI**

In generale (nuove diagnosi)



ANSA-CENTIMETRI

**Le cifre**

Ogni giorno ci sono mille casi in più

Secondo la recente indagine contenuta nel volume «I numeri del cancro in Italia 2012», realizzato dall'Aiom, in collaborazione con l'Airtum, nel nostro paese sono circa 1.000 i nuovi casi di tumore che vengono diagnosticati ogni giorno. In totale, si stima che nel 2012 siano stati

364.000, cioè 4.000 in più rispetto all'anno precedente. Tuttavia le percentuali di sopravvivenza sono notevolmente migliorate. In Italia, infatti, 2 milioni e 250 mila connazionali vivono con una diagnosi di questa malattia. Ma più della metà, circa 1 milione e 285 mila (57 per cento), l'ha sconfitta. Tecnicamente vengono chiamati "lungosopravvivenenti", ovvero persone che hanno superato la soglia dei 5 anni senza ricadute della malattia.



# «Già ora non è una condanna guarisce la metà dei malati»

## L'intervista

L'oncologo Veronesi:  
per sconfiggerlo ci vuole  
una strategia complessa

**Valentina Arcovio**

«La personalizzazione è la strada maestra della terapia contro il cancro. Ma accanto a essa ce ne sono altre due: l'anticipazione della diagnosi per aumentare la curabilità e gli interventi sulle cause di questa malattia». Per l'oncologo Umberto Veronesi, direttore scientifico dell'Istituto europeo di oncologia (Ieo), per sconfiggere definitivamente il cancro non basta un'unica arma, ma una strategia ben più complessa che comprende sia la prevenzione che la diagnosi precoce e la personalizzazione dei trattamenti.

**Professore, basteranno dieci anni per evitare che il cancro sia per le persone una sentenza di morte?**

«Il cancro non è una condanna a morte già ora. Negli ultimi 40 anni i tassi di curabilità sono quasi raddoppiati: il cancro oggi si guarisce in media in oltre il 50% dei casi».

**Vale per tutti i tipi di tumore?**

«No. La guaribilità non è uguale per tutti i malati e per tutti i tumori. Ci sono forme, come il tumore del seno, per cui la guaribilità media è dell'80% e altre forme, più rare, per cui i progressi nella cura sono ancora limitati. Se però parliamo dei big killer, vale a dire i tumori più diffusi - polmone, seno, prostata, colon - la mortalità è in netto calo e la qualità di vita dei malati è in aumento costante».

**Sarà la conoscenza del Dna dei tumori e la possibilità di personalizzare le terapie a sconfiggere il cancro?**

**Prevenzione**  
Anticipare  
la diagnosi  
permette  
di intervenire  
sulle cause

**La Tac spirale**  
Dieci secondi  
per identificare  
il tumore  
polmonare  
alla fase iniziale

«Sicuramente è una strada. L'altra è l'anticipazione della diagnosi per aumentare la curabilità. E poi c'è un terzo via, più difficile, che consiste nell'intervenire sulle cause del cancro, per fare in modo che non si presenti. Le aree da sviluppare in questa direzione sono: l'eliminazione delle cause conosciute, vale dire i cancerogeni (fumo in primis, poi amianto, aflatoxine, amine aromatiche, combustibili fossili, e così via); le vaccinazioni (oggi disponibili per il cancro dell'utero, del fegato, per il linfoma di Burkitt, il cancro nasofaringeo e alcune leucemie); la farmacoprevenzione; la ricerca di molecole protettive e infine lo stile di vita, con il no alla sigaretta e la restrizione calorica».

**Quali progressi abbiamo fatto con le terapie personalizzate?**

«Ci vorrà ancora tempo prima che facciamo il loro ingresso nella pratica clinica perché i processi che portano alla personalizzazione sono molto complessi. In ogni caso la personalizzazione è la strada maestra della terapia e tutta la ricerca è oggi orientata in questa direzione».

**Cosa può portarci a una maggiore possibilità di guarigione dal tumore?**

«In generale la guaribilità dipende sostanzialmente dalla possibilità di anticipare la diagnosi e per questo la mappa della sconfitta del cancro è disomogenea. Per il tumore del seno intravediamo l'obiettivo mortalità zero. All'Ieo abbiamo effettuato uno studio clinico su oltre mille donne con tumore del seno impalpabile e abbiamo osservato che è guarito il 99,3% delle pazienti operate. Poiché oggi solo il 35% dei tumori mammari si presenta in fase impalpabile, è ragionevole pensare che se riusciamo ad

estendere questa percentuale alla maggioranza dei casi, anche la guaribilità si avvicinerà alla quasi totalità delle pazienti. Lo stesso discorso si applica al melanoma. Oggi l'85% dei melanomi è già diagnosticato in fase iniziale, tramite il controllo della pelle, ma aumentando la consapevolezza della popolazione e l'impegno dei medici possiamo scoprire tempestivamente più casi e arrivare a debellare la malattia».

**Quali altri tumori possiamo sperare di sconfiggere definitivamente?**

«Il terzo tumore che possiamo pensare di veder scomparire nel mondo occidentale è quello del collo dell'utero. Il pap test ha ridotto drasticamente la mortalità per questo tumore, ma oggi con il test virale (per la ricerca del virus Hpv) siamo in grado anche di identificare le donne a maggior rischio e proteggerle con controlli più attenti. E con il vaccino contro l'Hpv, disponibile da pochi anni, sradicheremo definitivamente questo tumore nelle prossime generazioni. Ci sono poi tumori per cui disponiamo di strumenti di anticipazione diagnostica, che ne permetterebbero il controllo, ma purtroppo si fa fatica a diffonderli, come nel caso del tumore del colon retto e il tumore della prostata.

Inoltre, il tumore del polmone - che miete 32 mila vittime ogni anno in Italia - potrebbe diminuire la sua mortalità di almeno il 20% se i forti fumatori si sottoponessero alla Tac spirale annuale. Ne parleremo oggi a Milano presentando le linee guida dell'American Cancer Society sullo screening del tumore polmonare».

**Cosa ha di speciale questa Tac spirale?**

«Tutti gli ultimi studi, tra cui anche quello dell'Istituto Europeo di Oncologia,



confermano che la TAC a basso dosaggio, è in grado di identificare il tumore polmonare allo stadio iniziale, quando le possibilità di guarigione sono molto elevate. Lo Ieo coordina un studio clinico multicentrico nazionale, Cosmos II, che offre a 10mila forti fumatori o ex fumatori di più di 55 anni esami di diagnosi precoce gratuiti per 5 anni. C'è un numero unico che si può chiamare per prendere appuntamento in 7 città distribuite su tutto il territorio nazionale: 0264107700. Voglio concludere con un appello a chi fuma o ha fumato molto ad aderire a Cosmos II, dedicando alla propria vita 10 secondi, il tempo di una Tac».

© RIPRODUZIONE RISERVATA